Cardiologia negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO

LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OTTOBRE 2008 N°164 - 165

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

Sped. in A.P. - Art. 2, comma 20, lettera b, Legge 662... ...ALE 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 opera di

Gustav Klimt
L'attesa (1905 - 1909)

N. 164/165 - lugl./ago. - sett./ott. 2008
Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:
Mario Chiatto

Co-Editor:
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione:
Francesco M. Bovenzi, Pasquale Caldarola, Massimo Uguccioni

Redazione:
Simonetta Ricci, Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

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

Leggi on - line tutti i numeri del **Congress News Daily** alla pagina:

www.anmco.it/formazione/CongressoNazionale/CongressNewsDaily/

p.2 **EDITORIALE**
L'Editoriale
di Mario Chiatto

p.4 **DAL PRESIDENTE**
Il programma del Consiglio Direttivo ANMCO per il biennio 2008 - 2010
di Salvatore Pirelli

HCF RISPONDE
p.9 La Giornata "per il TUO cuore"
di Attilio Maseri
p.10 Inaugurazione della nuova Sede di HCF
di Francesco Chiarella

p.12 **DALLA FIC**
Commissioni FIC al lavoro
di Giuseppe Di Pasquale

p.14 **DAL SITO WEB ANMCO**
Un Sito Web nuovo!
di Alessandra Chinaglia

p.16 **REPORTAGE DAL CONGRESSO ANMCO**
Il XXXIX Congresso Nazionale dell'ANMCO
di Francesco Chiarella
p.18 Reportage dal Congresso
R. Pecoraro e di M. Cassin
p.28 Minimaster di Elettrocardiografia
di M. Del Greco e M. Chiatto
p.30 Minimaster di Ecocardiografia
di Alessandra Chinaglia

p.33 **DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO**
Verso la definizione del Piano delle Ricerca 2009 - 2010, sintesi del contributo di tutte le componenti dell'Associazione
di Andrea Di Lenarda

PAG.81

PAG.36

PAG.52

PAG.60

PAG.77

DALLE AREE

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE p.34
Studio INCIPIT: si parte!
di I. Enea e C. D'Agostino

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ p.35
La gestione dei conflitti in una Struttura Ospedaliera Complessa
di G. Rosato e E. Pasini

AREA NURSING p.37
Cardionursing 2008
di Annalisa Fiorillo

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE p.39
Come reimpostare la prevenzione secondaria dopo una Sindrome Coronarica Acuta
di Stefano Urbinati

DALLE REGIONI

BASILICATA p.49
I Cardiologi scelgono la qualità
di Sergio Maria Caparrotti

CALABRIA p.50
Nuove prospettive in Calabria per l'Angioplastica primaria
di Antonio Butera

FRIULI VENEZIA GIULIA p.51
Campagna Educazionale Nazionale sul Ritardo Evitabile
di D. Pavan e T. Morgera

LAZIO p.53
L'ANMCO Lazio verso il nuovo biennio di attività
di Furio Colivicchi

MARCHE p.55
Lo Scompenso Cardiaco Percorso diagnostico - terapeutico
di Gianserafino Gregori

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA p.57
Analisi e progetti del nuovo Consiglio Direttivo
di Maurizio Dalmasso

PUGLIA
Un messaggio di continuità dalla Puglia p.59
di A. Villella e A. Matera

SICILIA p.61
Coordinamento assistenziale: ricerca di un nuovo modello operativo
di Abele Ajello

TOSCANA p.63
Miocardiopatia da stress tipo Tako - Tsubo: parte il Registro Toscano con l'endorsement dell'ANMCO
di B. Bellandi, F.M. Bovenzi, S. Del Pace, G. Parodi

UMBRIA p.65
Il "disease management" dello Scompenso Cardiaco: tra sogno e realtà
di A. Murrone, P. Martire, G. Alunni

VENETO p.67
Nuovo Consiglio Direttivo ANMCO Veneto: tra conferme e novità
di Giampaolo Pasquetto

CUORI ALLO SPECCHIO p.69
Pasquale Caldarola intervista Attilio Maseri

FORUM
- Insufficienza renale e cardiopatia: alleanza fra Cardiologi e Nefrologi p.72
di Sabino Scardi
- Ruolo dei Peptidi Natriuretici nelle Sindromi Coronariche Acute p.74
di N. Aspromonte, A. Celestini, R. Valle, M. Tubaro

FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO p.76
Una nuova rubrica di approfondimento delle tematiche di ordine sindacale
di Domenico Gabrielli

IL PARERE LEGALE p.78
La responsabilità del Medico e della Struttura Sanitaria. Obbligazione di mezzi o di risultato?
di Ornella Mafrici

VIAGGIO INTORNO AL CUORE
Un cuore in inverno p.80
di Paride Leporace
La Chiesa in Calabria respira con due polmoni... p.81
di Papàs Pietro Lanza

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

L'Editoriale

di Mario Chiatto

Come per tradizione, con il rinnovo del Consiglio Direttivo dell'ANMCO anche "Cardiologia negli Ospedali" ha un nuovo Comitato di Redazione. Un Comitato che ha la fortuna di assumere la guida di una Rivista che ha trovato negli anni una forma e uno stile che ne hanno fatto un punto di riferimento per i Cardiologi ospedalieri.
Vogliamo per questo ringraziare chi ci ha preceduti nella direzione, Gennaro Santoro ed il Comitato Editoriale uscente. Il loro lavoro renderà più facile il nostro compito, ma d'altro canto, ci obbligherà ad un impegno non leggero per mantenere elevato il livello del prodotto che ereditiamo e ci obbligherà a compiere sforzi ancora maggiori se l'obiettivo sarà quello di migliorarlo. Ci conforta a questo riguardo la certezza di avere al nostro fianco il meraviglioso Staff redazionale della Rivista, Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio, persone di provata esperienza, professionalità, cortesia, e, particolare di non poca importanza, notevole pazienza.
E veniamo alle innovazioni. Abbiamo deciso di portare il numero dei Componenti del Comitato Editoriale da quattro a cinque, cooptando Colleghi che hanno contribuito in passato al rinnovamento del giornale: siamo sicuri che questo sarà fonte di nuove iniziative e di nuove idee."Cardiologia negli Ospedali" appartiene alla comunità cardiologica ospedaliera e per questo chiediamo da subito a tutti gli Iscritti ANMCO di "far sentire la loro voce" collaborando attivamente con la Redazione attraverso i loro contributi in forma di articoli, lettere, critiche che dovranno servire a descrivere i problemi, le criticità, i progressi che avvengono nei grandi e piccoli centri di Cardiologia distribuiti nel nostro Paese, e che del Paese spesso sono la rappresentazione in termini culturali e organizzativi. Anche per questo abbiamo deciso di mantenere e se possibile ampliare lo spazio dedicato alle notizie dalle Regioni. I redattori delle "news" regionali pertanto non dovranno limitarsi alla cronaca più o meno dettagliata delle iniziative scientifiche e culturali, ma dovranno fare lo sforzo di analizzare le loro realtà per fornire un quadro il più possibile esauriente dello stato della Cardiologia ospedaliera italiana, delle soluzioni che vengono trovate per risolvere i problemi, dei rapporti con le Istituzioni Sanitarie e politiche in generale. Sarà mantenuto, e se possibile ulteriormente valorizzato, lo spazio dedicato alle Aree che rappresentano una parte importante della nostra Associazione e che possono trovare nella Rivista un formidabile veicolo per diffondere le loro proposte e iniziative tra gli Iscritti e tra i Colleghi interessati alle Aree stesse.
Desideriamo inoltre ampliare lo spazio dedicato alla Rubrica "Viaggio intorno al cuore". È un settore della Rivista molto apprezzato, nel quale, come è noto, vengono pubblicati interventi che esulano dagli aspetti più specificatamente professionali.
All'interno di questa Rubrica è stata inserito "L'angolo delle immagini": sarà un contenitore in prevalenza di fotografie e per questo invitiamo i Colleghi "fotografi" a inviarci le loro immagini che saranno utilizzate per illustrare gli articoli della Rivista ed in alcuni casi potranno essere pubblicati

Editor

Mario Chiatto

Co - Editor

Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione

Francesco M. Bovenzi

Pasquale Caldarola

Massimo Uguccioni

Redazione "Cardiologia negli Ospedali"

Simonetta Ricci

Luana Di Fabrizio

veri e propri portfolio di singoli autori o a tema, con immagini di diversi autori. Un'altra nuova sezione denominata "I versi del cuore" sarà dedicata alla poesia: anche in questa sezione ci piacerebbe poter pubblicare, insieme a poesie di autori noti, i versi inediti di tanti Colleghi che scrivono poesie e che, forse senza saperlo, sono dei poeti. La nuova Rubrica "Il parere legale" sarà dedicata a temi di natura giuridica e sindacale. Negli ultimi anni l'interesse su questi argomenti è molto aumentato e ci è sembrato utile fornire ai Colleghi la possibilità di fruire del parere di specialisti del settore. Saranno pubblicati articoli di interesse generale ed una specifica sezione di corrispondenza cercherà di dare risposte a lettere con quesiti di singoli Lettori. Infine abbiamo deciso di dedicare uno spazio ai "giovani" Cardiologi. È difficile dire cosa significhi oggi "giovane Cardiologo" ed è difficile, per certi versi imbarazzante, definirne un limite anagrafico. Pensiamo però che esistano dei problemi che riguardano più specificamente i Colleghi più giovani: tra questi certamente la formazione e la precarietà occupazionale che, pur se in misura minore rispetto ad altre categorie, interessa anche la nostra professione. La Rubrica sarà a loro disposizione e saranno loro a definirne i contenuti e gli indirizzi.

Non mi resta a questo punto che ringraziare Salvatore Pirelli ed il Consiglio Direttivo per l'incarico affidatomi, un incarico che mi riempie di gioia e di orgoglio; augurare un buon lavoro al Comitato Editoriale ed alla Redazione, e a Voi, cari Amici e Colleghi, buona lettura nella certezza che ci faremo buona compagnia nei prossimi due anni.

Libro dei sogni o progettualità realistica?

Il programma per il biennio 2008 - 2010

di Salvatore Pirelli

L'elezione a Presidente ANMCO, la più prestigiosa carica nell'ambito della Cardiologia ospedaliera italiana, mi riempie di gioia e nello stesso tempo mi preoccupa: sarò all'altezza dei miei predecessori che hanno fatto grande questa Associazione? È proprio vero che "gli esami non finiscono mai"… L'ANMCO è una realtà complessa e articolata che è cresciuta splendidamente negli ultimi anni e che necessita di una attenzione costante che consenta di armonizzare le sue varie componenti in modo, da un lato, di permettere ai singoli Associati di esprimere tutte le proprie potenzialità e dall'altro di "governare" le spinte centrifughe che di volta in volta sembrano emergere. Guidare l'Associazione, oggi, è un compito difficile, che richiede, amore, determinazione, flessibilità, fermezza, umiltà, costanza, dedizione, ma è una sfida stimolante che per essere efficace, deve fornire risultati tangibili in tempi brevi.
L'ANMCO, forte di una tradizione di quaranta anni di attività e di un grande numero di Associati, che lavorano quotidianamente con passione ed entusiasmo, proseguirà il suo cammino nella linea del Consiglio Direttivo precedente che ha operato con l'unico obiettivo di rendere l'Associazione sempre più forte ed apprezzata.
Individuare e sottolineare le criticità, operazione certamente necessaria, non significa non dare atto agli Associati del loro impegno quotidiano, non ribadire che i risultati straordinari che sono stati ottenuti in questi anni sono il frutto del lavoro e della passione di tutti, non essere fieri ed orgogliosi di appartenere ad una Associazione importante che ha ancora molto da fare e molto da dire nell'ambito della ricerca, della formazione, della gestione oculata delle risorse.

L'ANMCO e la centralità del paziente

L'ANMCO contrasterà con vigore la frammentazione della Cardiologia nella convinzione che il paziente con problematiche cliniche di origine cardiaca ha il diritto di essere curato dal Cardiologo nella Unità Operativa di Cardiologia/Dipartimento Cardiologico.
Queste affermazioni, vogliono riportare l'attenzione sulla centralità del paziente e sulla necessità che questi sia valutato e gestito nel suo insieme in modo da evitare la dispersione dei riferimenti sanitari e realizzare una vera continuità assistenziale, di cui spesso si parla, ma che di fatto è ben lungi dall'essere realizzata.
Prima di portare all'attenzione del decisore pubblico queste istanze è non solo opportuno, ma assolutamente necessario che noi stessi condividiamo questa impostazione e contribuiamo nei fatti, con il nostro atteggiamento e le nostre scelte, a far sì che questi assunti diventino credibili. Troppe volte, purtroppo, alla ricerca di ogni sorta di "autonomia", abbiamo noi stessi favorito o quanto meno non ostacolato abbastanza, certi processi di frammentazione, che peraltro alla lunga si sono dimostrati inefficaci, ingannevoli, confondenti, effimeri, facendoci inevitabilmente perdere di vista l'interesse prioritario del paziente.

L'ANMCO e la qualità

L'ANMCO, con la sua Area Management & Qualità, non è solo interessata a perseguire gli obiettivi di miglioramento della qualità e accreditamento professionale ma continuerà ad essere disponibile a fornire competenze, divulgare esperienze, interloquire con le Istituzioni, per essere parte attiva nella migliore gestione dei pazienti.
Sarebbe auspicabile che le nuove classi dirigenti, non ignorino la esperienza e la capacità di chi lavora da anni in questo settore e al contrario riconoscano ed utilizzino al meglio quanto i professionisti e le Società Scientifiche propongono, progettano e sperimentano, sul campo, con la finalità prioritaria di soddisfare i bisogni del paziente, utilizzando in modo oculato le risorse disponibili.

L' ANMCO e la ricerca

L'ANMCO si impegnerà a individuare meccanismi di incentivazione in grado di riavvicinare gli Associati alla ricerca clinica nello spirito del GISSI che ha consentito alla Cardiologia italiana di imporsi all'attenzione della comunità cardiologica internazionale.
Una rivitalizzazione dell'istituto della fellowship, la diffusione e la istituzionalizzazione delle Unità di Ricerca Clinica, un maggiore impegno propositivo del Comitato Scientifico, che ha fin qui lavorato egregiamente nella valutazione del valore e della fattibilità dei progetti di ricerca, sono passaggi importanti da promuovere subito per essere sviluppati in tempi brevi.

L'ANMCO e la formazione

L'ANMCO ripenserà a fondo la progettualità relativa alla formazione cercando di individuare le necessità che vanno emergendo, che sono certamente cambiate negli ultimi anni, che possono essere anche profondamente diverse nelle varie realtà e che quindi necessitano di modalità diverse, più accattivanti e più fruibili per un numero sempre maggiore di Soci.
La diffusione e la implementazione della formazione sul campo, insostituibile per la crescita dei giovani Cardiologi, è un valore aggiunto importante che la nostra Associazione è in condizione di fare nel modo migliore proprio per le caratteristiche dei nostri Soci, aperti ed entusiasti di trasmettere ai Colleghi più giovani la loro esperienza e le loro capacità tecniche.
L'avvento di un maestro come Attilio Maseri alla guida della Fondazione può essere di grande aiuto in questo ambito dal momento che egli è particolarmente sensibile alle problematiche formative e si è reso disponibile a promuovere incontri informali, sulla analisi, gestione e valutazione di casi clinici "strani", "infrequenti", difficili da inquadrare negli stereotipi abituali, che vengono alla nostra attenzione giornalmente e che potrebbero essere spunto per valutazioni e riflessioni originali e stimolanti.

L'ANMCO e HCF

ANMCO, insieme ad Attilio Maseri, ritiene che nella Associazione ci siano potenzialità "uniche" per affrontare in modo originale la comprensione dei meccanismi che stanno alla base della diversa evoluzione dei pazienti, solo apparentemente simili. La sua formidabile rete di strutture sparse su tutto il territorio nazionale darà tutto il supporto necessario a portare avanti questa ipotesi di ricerca innovativa, già così tanto apprezzata, anche a livello internazionale, valutandone e condividendone ogni passaggio.
L'obiettivo prioritario di Maseri, che ha accettato con l'entusiasmo di un neofita la Presidenza della Fondazione, è proprio quello di sviluppare la ricerca clinica in modo innovativo, spostando l'attenzione curiosa e accurata sui casi che più si discostano dal comportamento medio per presentazione clinica, risposta alla terapia, ed evoluzione, che può consentire la raccolta di sottogruppi omogenei di pazienti sui quali concentrare la ricerca di base, biologica, molecolare, genetica. Secondo Maseri, ed in accordo con quanto è avvenuto in questi anni, nel campo della Istruzione le iniziative di HCF dovranno concentrarsi sulla promozione di stili di vita più salutari non solo spiegando i possibili rischi connessi a stili di vita non salutari, ma anche creando "role models" attraenti, capaci di favorire essi stessi stili di vita più adeguati.

L'ANMCO e la FIC

L'ANMCO continuerà a dare il suo impegno leale e convinto a favore della Federazione Italiana di Cardiologia che dovrà continuare ad operare secondo il suo preciso mandato: federare le Società Scientifiche cardiologiche, rappresentarle presso le Istituzioni ed in Europa, portare avanti una politica unitaria di formazione permanente con il coinvolgimento, nelle Scuole di Specializzazione, di Strutture di eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale.
Avere iniziato a fornire un'immagine

di unitarietà della Cardiologia italiana nei rapporti con la ESC ha dato i suoi frutti: l'elezione del Prof. Roberto Ferrari a President Elect della ESC va considerata come un successo della Federazione e non solo un riconoscimento degli elevati meriti scientifici e professionali e della credibilità internazionale del Prof. Ferrari. La Presidenza italiana della ESC sarà certamente una grande occasione per consentire alla Cardiologia italiana di occupare il posto di rilievo che le spetta non solo per il grande numero di Associati, ma anche e soprattutto per i contributi forniti in ambito di ricerca e formazione. Il raggiungimento a breve dell'impact factor per Journal of Cardiovascular Medicine è una prova ulteriore delle risorse, della passione, delle competenze, delle possibilità, della forza della Cardiologia italiana. È del tutto evidente che un interlocutore "unico" come la FIC potrà portare avanti in Italia e in Europa, con dignità e risolutezza, le istanze di tutti i Cardiologi italiani.

L'ANMCO e il Nursing

L'ANMCO è a conoscenza del fatto che negli ultimi anni il livello di competenza e responsabilità degli Infermieri nei confronti dei pazienti è molto cresciuto e pertanto sempre di più vi è necessità di professionisti preparati, capaci di confrontarsi, in grado di essere consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dei loro interventi. Rafforzare le competenze degli Infermieri è un valore essenziale e uno strumento indispensabile per raggiungere un più elevato livello di competenze e di conoscenze, per tradurre tali acquisizioni nella pratica professionale quotidiana e in definitiva per assicurare l'erogazione di cure più efficaci e più sicure.

Organizzazione interna

I Soci

L'ANMCO ritiene che vi sia la necessità di prendere una serie di iniziative concrete che aggiornino e ridisegnino la mission dell'Associazione e nel contempo studi e valuti nel concreto i correttivi da introdurre perché ogni Socio torni ad essere protagonista e non semplice spettatore del cambiamento.
Nel panorama attuale di sostanziale crisi di identità delle varie forme di associazionismo, è certamente opportuno chiederci che cosa stiamo facendo per incentivare la partecipazione alla vita associativa degli Iscritti, quali iniziative abbiamo messo in campo per valorizzare quelli più motivati, in sostanza perché un Cardiologo ospedaliero, oggi, deve iscriversi all'ANMCO. Certamente l'arricchimento sul piano professionale, l'immediatezza dei rapporti umani, la possibilità di discutere e di proporre, il piacere di diventare amici, il grande numero e la qualità delle proposte formative, i risultati concreti che sono stati raggiunti e che hanno posto la Cardiologia italiana all'attenzione della comunità cardiologica internazionale sono buoni motivi per continuare a far parte dell'Associazione, tuttavia c'è bisogno di qualcosa ancora per continuare a crescere.

Le Aree

L'ANMCO continuerà ad avere come braccio culturale e scientifico le Aree che, istituite per una felice intuizione del Prof. Luigi Tavazzi, hanno contribuito a far crescere l'Associazione, proponendo e partecipando attivamente alle attività di ricerca e di formazione e gestendo di fatto la maggior parte degli Studi e delle Campagne Educazionali Nazionali che si sono realizzate negli ultimi anni.
Il loro ruolo e la loro propositività sono un patrimonio importante dell'Associazione, vanno stimolate e tenute nella massima considerazione perché possono continuare a dare un impulso vigoroso alla ricerca clinica e portare le istanze necessarie su problematiche di settore che vanno individuate e valorizzate. Pur riconoscendo il valore e la importanza strategica del loro ruolo, dobbiamo cercare di migliorare la comunicazione al nostro interno anche in questo ambito: molte, troppe volte, è mancato uno spirito di collaborazione e di condivisione necessari per armonizzare e valorizzare il lavoro di tutti.

Le Regioni

ANMCO si impegna a favorire e rafforzare il rapporto con le Regioni stimolando i Consigli Direttivi e i Presidenti Regionali a individuare le criticità e a proporre soluzioni in tutti gli ambiti possibili da quelli culturali e formativi a quelli organizzativo - gestionali.
Al momento attuale molti Presidenti Regionali collaborano ed operano in stretta sintonia con il Consiglio Direttivo Nazionale, alcuni pur lavorando egregiamente tendono ad una 'autonomia' non solo culturale, ma anche organizzativa e gestionale che alle volte può indurre incomprensioni e malintesi, pochi si limitano alla ordinaria amministrazione. Bisogna fare

uno sforzo per arrivare in ogni caso ad un maggior grado di condivisione nella consapevolezza da un lato che la propositività e la genialità dei singoli sono caratteristiche da valorizzare e non da ostacolare e dall'altro che anche chi lavora in situazioni più difficili ha comunque l'appoggio pieno e solidale dell'Associazione. Il proposito di "portare" il Consiglio Direttivo Nazionale nelle singole Regioni, per sentire le "ragioni" di tutti, può essere una modalità per raggiungere questi obiettivi.

Il Centro Studi

L'ANMCO cercherà di stringere con il Centro Studi un rapporto più stretto per raggiungere il maggior grado di integrazione possibile, avendo in mente che lavorando a stretto contatto si possono ottenere risultati brillanti, e forse addirittura inattesi, come quelli che ci hanno consentito di recente di valutare in tempi brevissimi la epidemiologia dei ricoveri nelle nostre Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Il Centro Studi, struttura magistralmente diretta da Aldo P. Maggioni, è notoriamente il fiore all'occhiello dell'ANMCO, in grado di gestire la ricerca clinica con oculatezza e straordinaria efficacia. Da più parti al mondo viene guardata come esempio da seguire e questo Consiglio Direttivo, conscio della sua importanza e delle sue potenzialità, farà tutto quello che sarà nelle sue possibilità per aumentarne il prestigio e la visibilità, laddove ve ne fosse ancora bisogno.

Il personale

L'ANMCO è convinta che il successo dall'Associazione sia anche legato all'impegno quotidiano, alla abnegazione, alla sensibilità del personale della Segreteria, dell'Amministrazione, del Centro Studi e di HCF. Vi è la necessità di migliorare la comunicazione interna e creare un clima di maggiore armonia indispensabile per continuare a lavorare bene.
L'ANMCO nel corso degli anni si è dotata di una struttura organizzativa molto efficiente che non ha riscontri in nessuna altra Società Scientifica e può anzi essere presa come un modello di gestione di una azienda di medie dimensioni. Accanto ad un ristretto numero di "quadri" che hanno visto e fatto crescere il team, lavorano un gruppo di giovani collaboratori entusiasti e pieni di voglia di far bene: gran parte dei successi dell'ANMCO si deve anche al loro impegno quotidiano, alla loro partecipazione, alla loro sensibilità.

In definitiva l'ANMCO vive oggi, come la maggior parte delle Associazioni, una condizione critica di identità che deriva da molte ragioni tra cui la riduzione indiscriminata degli organici, l'aumento dell'età media dei Cardiologi strutturati, la delusione per le tante promesse non mantenute, la attenzione sempre più spasmodica alle possibili conseguenze medico legali del nostro agire quotidiano, la "convinzione" che tutto sia inutile e che comunque le decisioni operative prescindono dal valore reale dei singoli. D'altra parte è anche vero che i Cardiologi italiani continuano a rispondere con entusiasmo quando sono chiamati a lavorare per l'Associazione: lo Studio BLITZ 3 ne è una prova tangibile. Lo spirito GISSI, la capacità di attivare la rete delle strutture cardiologiche italiane sono dunque ancora vive e rappresentano un patrimonio unico al mondo, di cui essere orgogliosi. Ad un osservatore attento e profondo conoscitore della realtà internazionale, ma finora all'oscuro delle dinamiche dell' ANMCO, come Attilio Maseri, questo "entusiasmo", questa " curiosità", questa "partecipazione", questa capacità di "aggregazione", sembrano assolutamente "incredibili" e certamente "uniche" al mondo. Sono le caratteristiche e i pregi che hanno consentito di avviare la storia del GISSI, che hanno permesso alla Cardiologia italiana di essere conosciuta in tutto il mondo e additata come splendido esempio da seguire, di meritare editoriali e commenti della comunità Cardiologia internazionale in occasione del suo decennale. Il problema è dunque quello di "toccare" le corde giuste, di individuare le problematiche cliniche e gestionali attuali, di condividere gli obiettivi da perseguire, di lasciare spazio alle iniziative e alle proposte dei singoli purché siano ragionevoli, attenti alle dinamiche interne, rispettosi del ruolo e degli obiettivi della Associazione che ha bisogno dell'impegno corale di tutti, e non del "protagonismo" dei singoli, per continuare a crescere come ha saputo fare in questi anni.

Consiglio Direttivo ANMCO

biennio 2008 - 2010

PRESIDENTE
SALVATORE PIRELLI
Direttore di struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333
0372/405111 - 332 - 323
Fax 0372/433787
e-mail: pirelli.s@libero.it

PRESIDENTE DESIGNATO
MARINO SCHERILLO
Direttore di struttura complessa
U.O. di Cardiologia - A.O. G. Rummo
Via dell'Angelo, 1 - 82100 Benevento
Tel. 0824/57679 - 0824/57580
Fax 0824/57679
e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

PAST - PRESIDENT
FRANCESCO CHIARELLA
Direttore di struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Santa Corona
Via XXV Aprile, 128
17027 Pietra Ligure (SV)
Tel. 019/6234471
Fax 019/6234483
e-mail: francesco.chiarella@ospedale-santacorona.it

VICE - PRESIDENTE
Attività Culturali
ZORAN OLIVARI
Direttore di struttura complessa
Cardiologia Interventistica
Ospedale Ca' Foncello
P.zza Ospedale, 1 - 31100 Treviso
Tel. 0422/322776
Fax 0422/322662
e-mail: zolivari@ulss.tv.it

VICE-PRESIDENTE
Attività Organizzative e Gestionali
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

SEGRETARIO GENERALE
GIUSEPPE PALAZZO
Dirigente
U.O. di Cardiologia
UTIC e Semintensiva
Ospedale Cannizzaro
Via Messina, 821 - 95126 Catania
Tel. 095/7262563
Fax 095/7262588
e-mail: gipalace@yahoo.it

TESORIERE
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

CONSIGLIERI
PASQUALE CALDAROLA
Dirigente
U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale M. Sarcone
Via P. Fiore, 135 - 70038 Terlizzi (BA)
Tel. 080/3608344
Fax 080/3608343
e-mail: pascald@libero.it

MARIO CHIATTO
Dirigente
U.O.C. di Cardiologia
Presidio Ospedaliero 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
Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino
Tel. 011/4393315
Fax 011/4393465
e-mail: chinaglia@fastwebnet.it

DOMENICO GABRIELLI
Responsabile di struttura semplice
U.O. di Cardiologia - AOUOR Presidio Cardiologico G.M. Lancisi
Via Conca,71 - 60122 Ancona
Tel. 071/5965704
Fax 071/5965025
e-mail: d.gabrielli@ospedaliriuniti.marche.it, d.gabrielli@ao-umbertoprimo.marche.it

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI
Dirigente
Cardiologia Generale 1
A.O.U. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947692
Fax 055/7947468
e-mail: mazzuolif@aou-careggi.toscana.it, francesco.mazzuoli@unifi.it

MASSIMO UGUCCIONI
Direttore di struttura complessa
Cardiologia II - C.T.O.
Via San Nemesio, 28 - 00145 Roma
Tel. 06/51003741
Fax 06/51003806
e-mail: uguccioni.massimo@aslrmc.it

La Giornata "per il TUO cuore"

Sabato 14 febbraio 2009 San Valentino

di Attilio Maseri

Assieme al Presidente ANMCO ed al Consiglio Direttivo abbiamo ritenuto opportuno creare una giornata speciale che vada oltre al concetto di "Cardiologie Aperte" con un coinvolgimento più esteso ed intensivo sia a livello locale che nazionale.

Sabato 14 febbraio, San Valentino, sarà la giornata "per il TUO cuore" che avrà un appropriato lancio a livello nazionale.

In questa giornata le Cardiologie potranno sia aderire con iniziative già collaudate in loco durante precedenti edizioni di "Cardiologie Aperte", sia partecipando allo schema ideato a livello centrale che avrà il supporto dei media nazionali e regionali mobilitati in una campagna ad hoc.

La Segreteria HCF, prossimamente invierà la comunicazione relativa alla nuova giornata con i dettagli per la partecipazione e la scheda di adesione che sarà anche in questo caso necessario completare. È possibile, comunque, segnalare fin da ora attraverso una semplice mail ad heartcarefound@heartcarefound.org la volontà della Vostra struttura ad aderire alla giornata "per il TUO cuore".

Inaugurazione della nuova sede di Heart Care Foundation

Saluto del Presidente dell'ANMCO a:

Prof. Eugene Braunwald
Prof. John Camm
Prof. Richard Conti
Prof. Marc Alan Pfeffer
Prof. Magdi Yacoub

Dott. Andrea De Martino
Prefetto di Firenze

Dott. Antonio Zanardi Landi
Ambasciatore d'Italia
presso la Santa Sede

Dott. Andrea Monorchio
Presidente Consap SpA

Avv. Edoardo Speranza
Presidente Ente Cassa di Risparmio di Firenze

Dott. Giuseppe Di Pasquale
Presidente Federazione Italiana di Cardiologia

Signori Presidenti delle Società Scientifiche Italiane

Dott. Andrea Di Lenarda
Coordinatore Comitato Scientifico

Dott. Aldo Maggioni
Direttore del Centro Studi

Cari Dipendenti di ANMCO, HCF e Centro Servizi ANMCO

Cari Amici del Consiglio Nazionale

Cari Amici del Consiglio Direttivo con cui tutte le scelte sono state volute e condivise in questi due anni

Firenze, 26 maggio 2008

Illustri Ospiti tutti,
è un grande onore per il Presidente dell'ANMCO porgere il saluto dell'Associazione alle S.V. e dare Loro il benvenuto in un giorno per noi storico, in questa cornice nuova e straordinaria.
Vi porge il suo saluto l'ANMCO, Associazione con oltre 5.000 iscritti e 45 anni di storia, che nel corso della sua esistenza ha dato un forte impulso alla Cardiologia Italiana giungendo a traguardi di ricerca che il nome GISSI ha fatto conoscere alla comunità cardiologica internazionale.
Oggi siamo qui ad inaugurare la nuova sede di HCF, la Fondazione dell'ANMCO per la lotta alla malattie cardiovascolari. È un evento che rappresenta un punto di arrivo ed un punto di partenza.
Alla sua realizzazione hanno concorso due grandi elementi: la storia e la costante premura dei Cardiologi ospedalieri, che si è snodata nel corso dei decenni, sempre rivolta alla crescita associativa ed il decisivo e generoso impulso dato da Attilio Maseri, nuovo Presidente della Fondazione HCF.
Forse a qualcuno resta difficile cogliere l'origine di tanta volontà e di tante energie che qui confluiscono, e che aprono oggi grandi prospettive.
Vorrei che tutti comprendessero che la nuova sede che oggi viene inaugurata rappresenta la sintesi di un singolare incontro: l'incontro. L'incontro tra:
• la passione ideale e la operatività dei Cardiologi che, lavorando negli ospedali, hanno ben compreso che per migliorare la prevenzione e la cura dei nostri Pazienti sono necessari un continuo e vivace scambio culturale, la voglia di capire e di ricercare ed una sincera amicizia associativa;
• Attilio Maseri, che ha dedicato la sua vita ed ogni energia alla ricerca cardiovascolare, alla apertura di orizzonti di conoscenza applicabili alla clinica, ottenendo risultati di straordinario interesse ed altrettanti riconoscimenti nelle più prestigiosi sedi internazionali e che è riconosciuto come il più insigne ricercatore che la Cardiologia italiana abbia espresso in questi decenni.
Oggi l'inaugurazione della nuova sede suggella l'incontro di questi due mondi profondamente ispirati dall'ideale del bene comune, incontro che si trasforma in una formidabile potenzialità per la crescita della Cardiologia italiana.
Come Loro vedono, non si tratta di intenzioni astratte, di enunciazioni teoriche, ma di un impegno concreto, toccabile come queste mura, aperto come aperte sono queste porte, posto a servizio di tutta la Cardiologia italiana, ben oltre i confini della Cardiologia ospedaliera.
Da oggi queste porte sono aperte non solo ai Soci dell'ANMCO, ma sono aperte a tutti coloro che, di area medica e biologica, intendano sviluppare la ricerca clinica cardiologica, in particolare sono aperte a tutte le Società Scientifiche federate nella Federazione Italiana di Cardiologia.
"Per il Tuo Cuore" la Fondazione dall'ANMCO al servizio di tutta la Cardiologia italiana, si propone di investigare, di ricercare, di offrire risultati utilizzabili per il cuore di ciascuno.
La persona affidata alle nostre cure è unica, originale, irripetibile: lavorare per questa originalità è la sfida più antica e più innovativa che ci sia.
Grazie a tutti Voi, grazie all'ANMCO e grazie ad Attilio Maseri.

Francesco Chiarella

Presidente ANMCO

Eugene Braunwald, Marc Alan Pfeffer e C. Richard Conti

Il tavolo presidenziale del Convegno sul tema "Need and strategies for innovative clinical research" che si è tenuto presso la sede dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze

Attilio Maseri

La Sede di HCF

di Giuseppe Di Pasquale

Commissioni FIC al lavoro

Uno degli obiettivi culturali della Federazione Italiana di Cardiologia è quello di produrre Documenti di Consenso e Position Paper nazionali su argomenti di particolare rilevanza per le ricadute cliniche e sanitarie organizzative. Nel momento in cui esiste un dibattito su un determinato argomento e mancano Linee Guida certe di riferimento nazionale, è necessario che la comunità cardiologica esprima un consenso ed una propria posizione. Il Consenso avrà sicuramente un peso maggiore nel momento in cui sarà espressione unitaria dell'intera Cardiologia italiana e non di una singola parte, pur autorevole, delle sue componenti. È questo il motivo per il quale all'interno della FIC è stata condivisa l'opportunità di produrre Documenti e Position Paper unitari, ferma restando la progettualità culturale autonoma di ANMCO, SIC e delle altre Società cardiologiche federate.

Ad oggi sono state attivate tre Commissioni nazionali federative ed è obiettivo concreto della FIC quello di rendere disponibile entro la fine dell'anno tre Position Paper sui seguenti argomenti:

- nuovo imaging delle coronarie;
- procedure percutanee valvolari aortiche;
- profilassi dell'endocardite infettiva.

Gruppo di Lavoro FIC su "Il nuovo imaging delle coronarie: utilizzo nella pratica clinica delle recenti evidenze scientifiche"

(Componenti: Massimo Lombardi - Coordinatore, Giovanni Bisignani, Gian Carlo Casolo, Francesco Romeo, Mauro Pepi, Gianmario Sambuceti, Luigi Oltrona Visconti)

L'evoluzione tecnologica della tomografia computerizzata multistrato (TCMS) consente oggi di utilizzare questa metodica non solo negli abituali distretti di indagine, ma anche nello studio del cuore ed in particolare dei vasi coronarici. Tuttavia, come spesso accade con le innovazioni, l'utilizzo di questa tecnologia nello studio della cardiopatia ischemica si sta diffondendo con una rapidità maggiore di quanto la ricerca clinica metta a disposizione informazioni esaustive sulla sua effettiva utilità clinica. Analogamente, la risonanza magnetica trova sempre più spazio nello studio della patologia cardiovascolare. La FIC ha pertanto ritenuto opportuno costituire un Gruppo di Lavoro che ha lo scopo di produrre un Position Paper della Cardiologia italiana relativo al nuovo imaging delle coronarie, in particolare per quanto riguarda le indicazioni d'uso appropriato all'utilizzo della TCMS e della risonanza magnetica per la diagnostica della patologia coronarica. Il Documento è indirizzato principalmente al Cardiologo clinico piuttosto

che all'esperto di imaging ed esprimerà una precisa posizione sulle modalità di coinvolgimento della figura del Cardiologo nel processo di elaborazione e stesura del referto delle indagini di nuovo imaging cardiovascolare. Il Documento cardiologico prodotto dal Gruppo di Lavoro della FIC verrà sottoposto all'attenzione della Società Italiana di Radiologia Medica per la ricerca di una condivisione sugli aspetti di integrazione delle competenze cardiologiche e radiologiche nell'utilizzo appropriato delle nuove metodiche di imaging coronarico.

Commissione Cardiologica - Cadiochirurgica FIC - SICCH sulle procedure percutanee valvolari aortiche

(Componenti: Gennaro Santoro - Coordinatore, Angelo Ramondo, Francesco Pizzuto, Eugenio Quaini, Corrado Tamburino, Ettore Vitali)
Recentemente la Cardiologia interventistica ha proposto una nuova e promettente modalità terapeutica per i pazienti con stenosi aortica severa non trattabili con la Chirurgia tradizionale: l'impianto percutaneo o transapicale di una valvola aortica biologica. Il trattamento di sostituzione valvolare aortica per via percutanea o transapicale è allo stato attuale ancora in fase di sperimentazione. In considerazione dell'avvio di queste procedure presso diversi Centri cardiologici e cardiochirurgici italiani, la FIC insieme alla Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) ha ritenuto opportuno costituire una Commissione nazionale cardiologica - cardiochirurgica. La Commissione cardiologica - cardiochirurgica FIC - SICCH, costituita da esperti di SICI - GISE, ANMCO e SIC, ha lo scopo di produrre uno statement scientifico nazionale, analogamente a quanto realizzato recentemente dall'American Heart Association e dalla ESC, con la definizione dei criteri di indicazione e appropriatezza clinica, insieme a quelli di clinical competence professionale, standard e VRQ dei laboratori di emodinamica necessari per eseguire queste procedure innovative.

Gruppo di Lavoro FIC sulla profilassi dell'endocardite infettiva

(Componenti: Rita Trinchero - Coordinatore, Enrico Cecchi, Massimo Imatio, Rocco Lagioia, Giuseppe Oreto)
In tema di profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva negli ultimi anni si è verificato un avvicendamento di Linee Guida molto diverse tra loro e basate sul parere di esperti che hanno radicalmente modificato le vecchie Linee Guida dell'American Heart Association del 1997 adottate anche dalla ESC nel 2004. Si è osservata una progressiva riduzione delle indicazione alla profilassi antibiotica, dapprima con le Linee Guida francesi del 2002, poi più decisamente con quelle inglesi del 2006 e le nuove Linee Guida dell'American Heart Association pubblicate nel 2007; infine le recentissime Linee Guida NICE ridimensionano drasticamente le indicazioni per la profilassi antibiotica. La pubblicazione delle nuove diverse Linee Guida ha indotto disorientamento non solo tra i pazienti ma anche tra i Medici ed i Cardiologi che si ritrovano spesso ad adottare comportamenti contrastanti. È pertanto molto opportuno un consenso nazionale su questo controverso argomento. Su proposta del Gruppo di Studio ANMCO "Cuore e Malattie Infettive" è stato pertanto costituito un Gruppo di Lavoro che ha lo scopo di produrre un Position Paper ed un Documento di Consenso nazionale sulla profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva, attraverso un'analisi critica delle diverse Linee Guida internazionali. È previsto il coinvolgimento nel Gruppo di Lavoro di esperti indicati dalla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT). A queste iniziative federative potranno in futuro farne seguito altre, ogni volta che vi sia la necessità di esprimere un consenso unitario della Cardiologia italiana su argomenti particolarmente rilevanti o controversi. Attraverso Documenti e Position Paper la FIC potrà farsi portavoce nei confronti delle Istituzioni Sanitarie e delle altre Società Scientifiche della posizione unitaria della comunità cardiologia nazionale su temi emergenti a forte valenza clinica ed organizzativa.

Un Sito Web nuovo!

di Alessandra Chinaglia

Commissione Sito WEB ANMCO 2008 - 2010

Coordinatore:
Alessandra Chinaglia
Componenti:
Pasquale Caldarola
Guido Giordano
Francesco Mazzuoli
Alfredo Pizzuti
Giampaolo Scorcu

Staff Gestione Sito WEB ANMCO
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio

L'estate 2008 ha portato all'ANMCO un Sito Web completamente rinnovato nella veste grafica, ma soprattutto più agevole e ordinato. Il Sito dell'ANMCO è lo specchio della vita associativa: ricco di contributi, sezioni, idee, che nel tempo si sono stratificati ed assommati talora in modo disordinato. Non era più tanto facile orientarsi. Pertanto il Consiglio Direttivo uscente ha ritenuto opportuno un rinnovamento, ed è stato affidato alla Commissione per il Sito WEB 2006 - 2008, coordinata da Gian Francesco Mureddu fino a giugno 2008, la realizzazione di questo compito. Il nuovo Sito Web è on line dal 15 luglio 2008 grazie al lavoro di Gian Francesco e della precedente Commissione, che ne hanno curato la riorganizzazione ed alla determinazione di Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio, che con passione ed efficienza costituiscono il prezioso riferimento all'interno dell'ANMCO per il Sito Web. Il nostro compito è ora quello di portare a termine il lavoro iniziato e di arricchire ulteriormente il Sito di contenuti e aggiornamenti culturali. Per quanto riguarda la navigazione sarà ora possibile accedere ai contenuti da cinque menu principali presenti in Homepage.
Associazione, dove si potranno trovare lo Statuto e i Regolamenti dell'Associazione, l'Organigramma

degli Organi istituzionali, le sezioni dedicate alle singole Regioni ed alle singole Aree, l'elenco delle Strutture cardiologiche. Una particolare attenzione sarà posta al settore Community, in quanto si tratta della parte interattiva del Sito che ci consente di dialogare ed intervenire. Il Forum permette la discussione non solo su argomenti clinici, ma anche su temi associativi o organizzativi della Cardiologia, in cui il dibattito è fondamentale e le esperienze locali e personali possono diventare occasione importante di arricchimento e riflessione.

Fondazione e Ricerca, dedicata a Heart Care Foundation, al Centro Studi e alla Ricerca.

Formazione, dove si potranno trovare il Piano Annuale Formativo, con la possibilità di iscriversi on line ai singoli eventi, le notizie relative al Congresso e gli Atti del Congresso, oltre alle informazioni relative a corsi e convegni in ambito cardiologico non promossi dall'ANMCO. A giugno 2008 erano già presenti sul Sito in tempo reale le diapositive e le registrazioni di alcune Sessioni del Congresso Nazionale. Questa modalità sarà sempre più utilizzata e sono attualmente in progettazione incontri con l'esperto su Casi Clinici via Web.

Pubblicazioni ed aggiornamento, da questo menu si può accedere alle Riviste federative (Journal of Cardiovascular Medicine, Giornale Italiano di Cardiologia) ed a "Cardiologia negli Ospedali" e "Congress News Daily". Inoltre è presente in quest'area la rassegna delle Linee Guida nazionali ed internazionali, in formato pdf, da consultare o scaricare.

L'ultimo menu, **My ANMCO**, ci permetterà di avere informazioni sul nostro attuale profilo (stato dei pagamenti delle quote associative, partecipazione ai Congressi Nazionali, ecc.), oltre a rendere possibile la ricerca Soci e la ricerca Fellows. In questa sezione sarà inoltre possibile effettuare il pagamento delle quote associative on line.

Alcune parti del Sito saranno visibili solo mediante registrazione con inserimento di username e password: la password verrà richiesta al momento della registrazione e inviata via mail a breve.

Il nostro intento è quello di facilitare la comunicazione, mettendo in evidenza in Homepage le notizie importanti per l'Associazione e le novità inserite nel Sito. La comunicazione deve anche riguardare la vita associativa: uno spazio sarà dedicato alle Linee Programmatiche del Presidente e periodicamente sarà pubblicato un sunto delle riunioni del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale. Con il tempo cercheremo di fornire anche altri servizi e spunti di aggiornamento: proposte e suggerimenti a questo riguardo sono graditi e preziosi e potete inviarli allo Staff Gestione Sito WEB all'indirizzo di posta elettronica sitoweb@anmco.it.

Il Sito Web deve essere uno strumento di comunicazione efficace e di facile utilizzo: il nostro compito sarà quello di facilitare lo scambio e la trasmissione di informazioni, ma solo la partecipazione e la risposta dei Soci lo renderà un vero mezzo di comunicazione interattiva ed uno strumento di crescita. Invito pertanto tutti i Soci a visitare il Sito ed a rispondere al Poll del mese per darci un riscontro sulla facilità di accesso e di navigazione, per segnalare eventuali difficoltà e regalarci qualche suggerimento.

Il XXXIX Congresso Nazionale dell'ANMCO

di Francesco Chiarella

La vivacità dell'ANMCO, protagonista nella Cardiologia e nella Sanità Italiana, ha caratterizzato il XXXIX Congresso Nazionale tenutosi a Firenze dal 30 maggio al 2 giugno. Il Congresso ha riproposto la forte e articolata presenza dell'ANMCO sul piano gestionale, scientifico e di ricerca. Nella Cerimonia Inaugurale, alla presenza del Sottosegretario Fazio, dei Presidenti delle Società Scientifiche e delle più prestigiose personalità della Cardiologia Italiana è stato riproposto l'Appello dell'ANMCO per la Centralità del Paziente cardiopatico nel sistema delle cure contro il rischio di frammentazione della Cardiologia e la disgregazione delle Unità Operative Cardiologiche.
Nella prima giornata del Congresso è stato dato ampio spazio all'evento federativo dedicato alla riedizione di "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia" ed in una affollata seduta plenaria si è avviata la preparazione del documento che a fine anno la Federazione Italiana di Cardiologia proporrà alle istituzioni politiche, amministrative e sanitarie del nostro Paese.
Il XXXIX Congresso è stato caratterizzato dal grande rilancio della Fondazione dell'ANMCO per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari, la nuova HCF "Per il Tuo cuore" presieduta da Attilio Maseri. Sono state presentati gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, le attività di ricerca clinica innovativa, le iniziative di "Cardiologia di Comunità" e le proposte per la formazione.
L'ANMCO ha espresso la propria grande riconoscenza al Prof. Maseri per il suo generoso operato a vantaggio dell'intera Cardiologia Italiana e l'Assemblea dei Soci con un imprevisto "motu proprio" ha chiesto per il Prof. Maseri l'appartenenza alla Associazione in qualità di Socio Onorario.
Il XXXIX Congresso è stato il Congresso in cui sono stati consegnati alla comunità scientifica i risultati dello studio randomizzato GISSI - AF e degli studi osservazionali IN - ACS Outcome e Blitz 3, risultati che rappresentano il frutto di una ricerca appassionata che ha impegnato i Cardiologi degli ospedali ed il Centro Studi ANMCO con indagini estese, complessivamente, a più di 14.000 pazienti. I risultati sono ora consegnati alla comunità cardiologica e sono disponibili sui resoconti e sul Sito dell'ANMCO.
La partecipazione è stata ampia e attenta. I Congressisti hanno gremito la sala Michelangelo ove si sono tenute le Main Session, di eccellente livello e le Sale dove si è svolto Cardionursing. Ampia la partecipazione ai 32 Simposi ed ai 43 Seminari, grande l'interesse per i Minimaster e per le "Live Session" che hanno realizzato in tempo reale collegamenti video dalle Sale in cui erano in corso le procedure interventistiche. Complessivamente sono stati presentati 543 abstract e 163 comunicazioni.

In chiusura la Tavola Rotonda sul Testamento Biologico, di grandissima attualità, ha avvinto un uditorio numericamente limitato a motivo dell'orario, ma fruibile quasi in tempo reale sul Sito Internet, con relazioni ispirate a linee di pensiero assai diverse, che si sono confrontate non per definire posizioni ideologiche ma per favorire la riflessione di tutto il mondo sanitario su senso e significato delle scelte cui obbliga la tematica del fine vita.
"Congress News Daily", il quotidiano del Congresso, presentato in una edizione elegante ed attraente ha permesso di seguire giorno dopo giorno gli eventi di maggiore interesse e resta, insieme agli Atti del Congresso, a ricordare il livello culturale e scientifico, la partecipazione, la passione, i protagonisti ed i fatti di questo momento che conclude la terza decade dei Congressi della Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri.

Attilio Maseri, Francesco Chiarella e Giuseppe Di Pasquale durante la Cerimonia Inaugurale

Francesco Chiarella, Presidente ANMCO 2006 - 2008, ed il Sottosegretario al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Ferruccio Fazio.

Reportage dal XXXIX Congresso Nazionale ANMCO

di R. Pecoraro e M. Cassin

Riportiamo qui di seguito alcuni tra gli spunti di interesse scientifico emersi tra le numerose discussioni e dai vivaci dibattiti che si sono tenuti durante il XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO svolto a Firenze dal 30 maggio al 2 giugno 2008 presso la Fortezza da Basso.

Embolia Polmonare

Sono stati esaminati, inizialmente, l'epidemiologia e i percorsi dell'Embolia Polmonare (EP) in Italia. I dati epidemiologici a disposizione non sono completi e in sostanza sottostimano la sua reale incidenza. Dai dati a nostra disposizione si va da 30 (ISTAT) a 100 (Giuntini 1985) nuovi caso/anno per 100.000 abitanti, ma vi è una grande disparità legata alla metodologia di raccolta dei dati. Nel Veneto, a partire dalle SDO, abbiamo un tasso di incidenza di 0.33/1.000 valutato nell'arco di 7 anni (2000 - 2006). Negli stessi anni il numero di ricoveri varia da 1.525 a 1.674, con degenza media che cala da 15.4 a 13.1 giorni e mortalità intra - ospedaliera che cala dal 22% al 16% (Figura 1). In relazione alle precedenti condizioni cliniche, la prevalenza di EP idiopatica è circa 40%, quella dopo chirurgia 37%, dopo trauma 12%. Nei pazienti con la forma idiopatica la prognosi a lungo termine è peggiore e una parte di questi (6 - 9%) svilupperà in seguito una neoplasia. Per quanto riguarda l'utilizzo delle attrezzature è stato fatto un confronto tra i dati del 1993 (Veneto) e 2008 (IPER); emerge che l'uso della TC è raddoppiata, mentre vi è stato un sensibile calo di utilizzo della scintigrafia polmonare, dell'ecocardiogramma e dell'angiopneumografia. Vi è stato quindi uno sviluppo tecnologico ma anche dubbi: TC come esame di primo livello? Quale il significato clinico dell'EP isolata a livello segmentario e subsegmentario? Quale il ruolo dell'angio TC degli arti inferiori? Quale il ruolo della scintigrafia polmonare? Vi è un significativo rischio delle radiazioni associato all'incremento della diagnostica TC? Sicuramente si sta profilando il pericolo di passare direttamente dal sospetto clinico di embolia polmonare all'angio TC, mentre la scelta della strategia diagnostica dovrebbe essere la conseguenza della probabilità clinica pretest, delle condizioni cliniche del paziente, della disponibilità del test, del rischio legato al test, del rischio di una diagnosi inesatta, positiva o negativa, e infine dei costi. È stata esaminato poi il problema dell'embolia polmonare submassiva. Secondo le Linee Guida ESC 2000, dal punto di vista clinico l'EP si distingue in massiva (con shock e/o ipotensione) e non massiva che, se associata a segni ecocardiografici di ipocinesia del VD viene classificata come submassiva (Figura 2). La classificazione generale di gravità dell'EP si fonda su dati clinici e non morfologici. La diagnosi di EP non massiva è di "esclusione" (assenza di instabilità emodinamica), la diagnosi di EP submassiva richiede l'esecuzione di eco, per valutare la disfunzione ventricolare dx (RVD). L'EP submassiva comprende un sottogruppo di

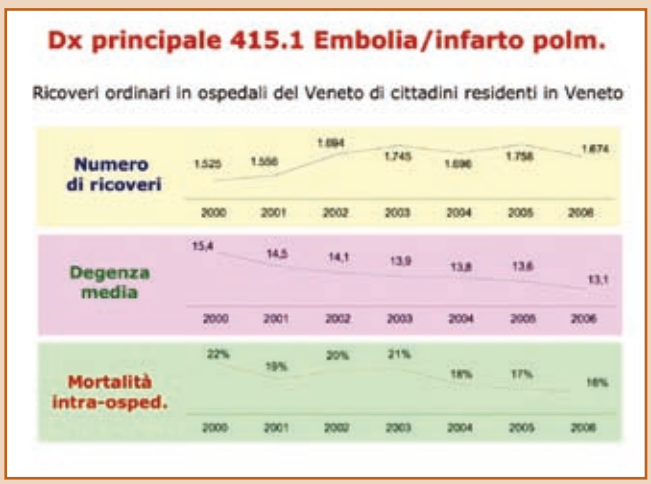


Figura 1

Figura 2
Classificazione clinica dell'embolia polmonare

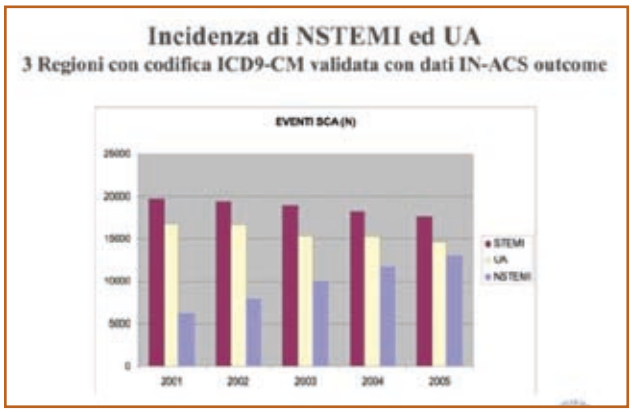


Figura 3
Incidenza di SCA - NSTEMI: dati SDO validati con dati IN - ACS outcome in 3 regioni italiane

pazienti a prognosi peggiore, richiede una assistenza più intensiva e probabilmente può trarre giovamento da una terapia più aggressiva. Criteri eco di RVD: non possiamo accontentarci dell'ipocinesia del VD, ma i parametri più utilizzati sono VD/VS>1, gradiente VD - AD 30 - 60 mmHg. Per i criteri TC di RVD, non vi sono ancora parametri certi. La Troponina aumentata può essere considerata un indice surrogato di RVD? In realtà solo la metà dei pazienti con RVD ha incremento della Tn. Per la gestione dell'EP submassiva non ci sono dati definitivi. Si possono dare suggerimenti: iniziare con eparina non frazionata (ENF), ricoverare il paziente in un reparto di terapia intensiva/subintensiva, fare un'anamnesi accurata relativamente alla valutazione rischio/beneficio, dare informazioni ai parenti e pazienti relativamente all'eventuale terapia trombolitica. È stato affrontato quindi il problema del trattamento della malattia tromboembolica in contesti particolari: gravidanza, trombofilia, post - operatorio. Anticoagulanti e gravidanza: ENF ed eparine a basso peso molecolare (EBPM) non attraversano la placenta, gli anticoagulanti orali (AO) attraversano la placenta con rischio teratogeno tra 6 e 12 settimane e rischio emorragico fetale nell'ultimo mese (controindicati nel 1° trimestre e ultimo mese), Fondaparinux ha possibile ma non dimostrato passaggio placentare e nel latte, mentre ENF, EBPM, e AO non passano nel latte materno. Terapia iniziale del tromboembolismo venoso (TEV) in gravidanza: EBPM a dosi terapeutiche x 2 sc per tutta la durata della gravidanza, con dose iniziale pro - Kg, ma con dubbi relativamente alle variazioni della dose nel tempo. Inoltre è indicata la calza K2, e il passaggio a TAO nel puerperio. La terapia con EBPM in gravidanza deve essere monitorata? Problema ancora non risolto. Le Linee Guida non raccomandano il controllo di routine dell'attività anti - Xa, che è indicato in caso di pesi estremi, insufficienza renale, e recidive di TEV.
Per quanto concerne il trattamento delle EP massive in gravidanza: considerare la trombolisi solo in casi gravissimi, mentre il trattamento di elezione è con ENF ev (bolo iniziale 80 U/Kg poi 18 U/Kg). Il filtro cavale è da prendere in considerazione in caso di recidiva embolia in buona anticoagulazione. In linea generale, però, bisogna evitare il più possibile il suo utilizzo. La condotta del periparto è più complicata, e il trattamento dipenderà da quanto è recente l'evento TEV. La terapia anticoagulante può essere ripresa, in linea di massima, entro 12 h dal parto (EBPM + AO).
Trombofilia e condotta terapeutica nei pazienti con TEV: il trattamento iniziale è uguale, indipendentemente dalla presenza di trombofilia. Il problema è la durata della terapia in questi particolari pazienti. C'è accordo generale per una durata prolungata in relazione alla presenza di LAC o sindrome da AC antifosfolipidi importante, soprattutto se l'evento è stato idiopatico, in caso di deficit di antitrombina, che però è raro, e in presenza di alterazioni combinate (omozigosi, doppia eterozigosi, difetto multiplo). Postoperatorio. I problemi devono essere visti caso per caso: quanto vicino il TEV alla chirurgia? Quale il rischio emorragico del singolo paziente? Si tratta di TVP o EP? Nel primo periodo postoperatorio il trattamento trombolitico è controindicato. Inoltre, se vi è indicazione a terapia anticoagulante, deve essere un trattamento anticoagulante pieno. Dobbiamo sempre valutare le eventuali possibili alternative: l'anticoagulazione è possibile? Allora meglio preferire ENF in infusione continua, che è regolabile e neutralizzabile, l'anticoagulazione non possibile? Possiamo prendere in considerazione il filtro cavale, meglio se temporaneo, durante il periodo di controindicazione agli anticoagulanti.

Sindromi Coronariche: Linee Guida, mondo reale, innovazioni

Sono state analizzate le strategie gestionali delle SCA senza ST sopraslivellato alla luce delle Linee Guida ESC 2007. Per quanto riguarda l'incidenza, dai dati SDO nazionali, si vede un incremento di incidenza della SCA negli anni 2001 - 2005 (circa 160.000 in totale nel 2005), ma entrando nel dettaglio si vede che l'incremento è in particolare per la SCA NSTE (circa 90.000 nel 2005), e ancor più precisamente (dati incrociati e verificati in tre regioni con i dati IN - ACS outcome) per il NSTEMI mentre vi è un calo dello STEMI e UA (Figura 3). Percentualmente si ha 38% STEMI e 62% SCA NSTE. Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni (sempre derivata dalle SDO) questa era 7% per NSTEMI e 2% per UA, a 6 mesi 10% e 4%. Dai dati della letteratura la mortalità è superiore a 20% a 4 anni (70% da causa cardiovascolare). Di fronte a questi dati di incidenza e prognosi qual è stata la nostra strategia gestionale? Da registri italiani (BLITZ 2 e ROSAI) si è visto

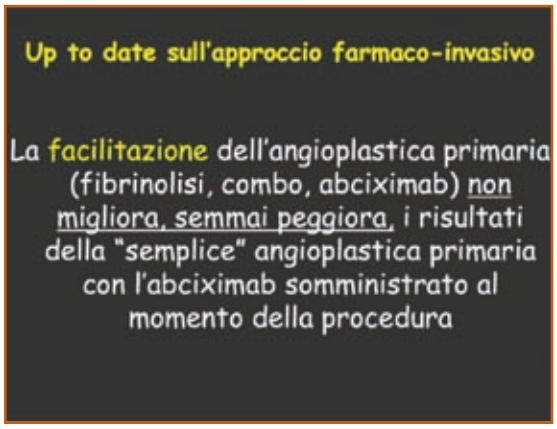


Figura 4

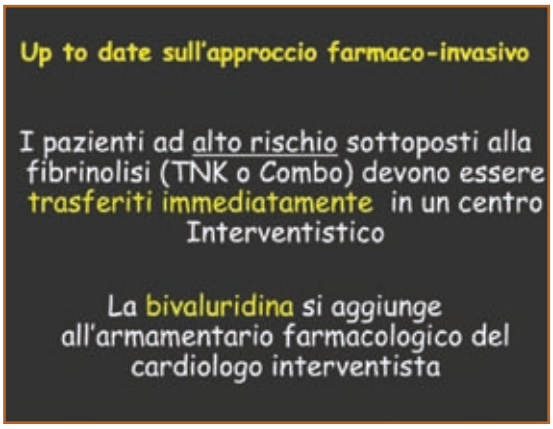


Figura 5

che la scelta terapeutica è dipesa prevalentemente dalla tipologia di struttura ospedaliera, ossia dalla disponibilità o meno del laboratorio di emodinamica, e non dal profilo di rischio del paziente. Per quanto riguarda i percorsi si è visto che i pazienti che transitano in un reparto cardiologico hanno maggior probabilità di fare la coronarografia (60%), diversamente da quelli che transitano in altri reparti (12%). E questa differenza è tanto più evidente tanto più avanzata l'età dei pazienti, nonostante sia noto che proprio in questa fascia di età si hanno i massimi benefici sulla mortalità. Altro elemento di inappropriatezza evidenziato è il timing della coronarografia; dai dati BLITZ 2 si vede che la coronarografia segue la cronologia degli eventi, cioè viene fatta ad eventi già avvenuti. Infine appare anche un utilizzo per certi versi inappropriato della rete interospedaliera, con un sistema di trasferimento (30% nel BLITZ 2) che sostanzialmente è indipendente dal rischio dei pazienti. È quindi necessario modificare la strategia gestionale. Secondo le Linee Guida ESC è fondamentale la valutazione globale del rischio come base della strategia gestionale, rischio non inteso in senso binario, ma come un continuum tra paziente a basso e alto rischio. Il rischio a breve termine e a più lungo periodo deve essere basato sulla combinazione di indicatori clinici, ECG, markers, imaging e score di rischio (es. GRACE). L'indicazione e il timing della strategia invasiva deve essere adattata al rischio. Nelle Linee Guida ESC viene fortemente raccomandata l'utilizzo di programmi di misura della performance, concordato con le istituzioni, basate su indicatori come l'utilizzo di terapia antipiatrinica e anticoagulazione, il ricorso all'interventistica nei pazienti a medio e alto rischio, la stratificazione del rischio e le misure raccomandate di prevenzione secondaria. Un problema critico è la disomogeneità delle strutture cardiologiche nel territorio italiano con carenza di UTIC con emodinamica nel centro - sud. Dal punto di vista organizzativo, nei prossimi mesi avremo a disposizione il Documento di consenso FIC sulle SCA NSTE. La crescita della SCA NSTE impone modifiche di strategia su cui si misurerà la nostra capacità di essere il fulcro del processo di cura. Prima condizione è il rafforzamento della clinical competence specifica nelle UTIC e l'estensione della strategia di rete alle SCA NSTE. Altra condizione è lo sviluppo dei rapporti con le istituzioni. L'aderenza alle indicazioni delle Linee Guida ESC e la loro articolazione nella nostra realtà ci garantiranno la capacità di soddisfare ambedue queste condizioni. È stato poi affrontato l'infarto con ST sopraslivellato ed in particolare l'up to date sull'approccio farmaco - invasivo. Gli scenari riperfusivi possono essere, dal punto di vista pratico, due: logistica idonea per eseguire l'angioplastica primaria (PPCI), logistica non idonea per eseguire PPCI, e quindi riperfusione farmacologia. Logistica idonea a PPCI - cosa fare prima? - cosa fare durante? Logistica non idonea e quindi riperfusione farmacologia - cosa fare dopo? Per quanto riguarda la logistica idonea a PPCI viene analizzato il concetto della facilitazione: con fibrinolitico? Con IIb/IIIa? con comboterapia? I risultati di ASSENT 4 hanno evidenziato il rischio di questa strategia. Quelli del FINESSE hanno dimostrato un effetto neutro sugli end point primari, ma un incremento del rischio emorragico; il profilo rischio/beneficio è più favorevole se l'abciximab viene somministrato direttamente nel laboratorio di emodinamica rispetto alle altre due strategie di facilitazione. Quindi, al momento, non sembra valida nessuna terapia di facilitazione prima della PPCI. Relativamente a cosa fare durante la PPCI, il trattamento abituale è quello di fare ENF e abciximab. È stato pubblicato HORIZON - AMI: bivaluridina vs ENF + anti IIb/IIIa in corso di PPCI. I risultati ci dicono che in pazienti sottoposti a PPCI, l'uso della Bivaluridina, se confrontata con ENF+antiIIb/IIIa, riduce significativamente il tasso di sanguinamenti maggiori a 30 giorni e aumenta la sopravvivenza libera da eventi. Se invece ci troviamo nello scenario di una logistica non idonea alla PPCI e quindi con la possibilità di fare una riperfusione farmacologia, si pone il problema di cosa fare dopo, in particolare la PCI a chi e quando. Abbiamo i dati di due studi recenti: TransferAMI e CARESS IN - AMI. TransferAMI: il ruolo e timing ottimale della PCI precoce routinaria dopo fibrinolisi è controverso. Il problema dei trasporti esite ovunque, non solo in Italia. Lo studio confronta 2 strategie nello STEMI ad alto rischio: una con trattamento fibrinolitico, trasferimento immediato e coronarografia entro sei ore, indipendentemente dallo stato di riperfusione, un'altra con trattamento standard, valutazione della riperfusione a 60 - 90' e quindi o PCI rescue o, in caso di riperfusione favorevole, coronarografia elettiva dopo 24 ore. Le conclusioni: nei pazienti con STEMI

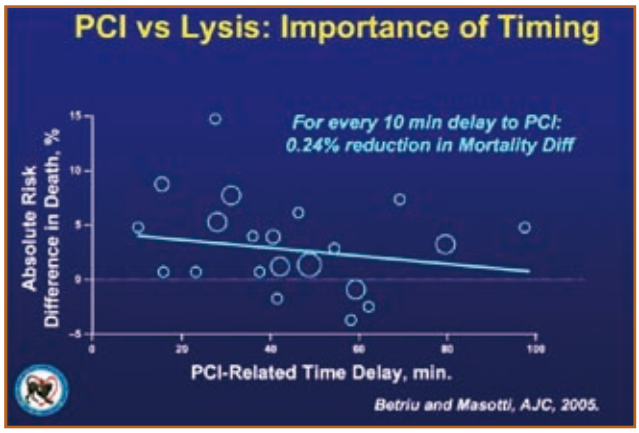


Figura 6
Correlazione fra differenza di mortalità in relazione alla modalità di riperfusione rapportato al ritardo correlato alla PCI

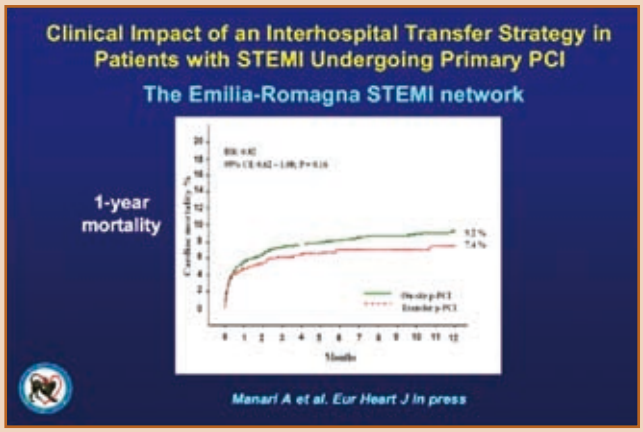


Figura 7
Impatto clinico della strategia di trasferimento interospedaliero in pazienti con STEMI trattati con PPCI

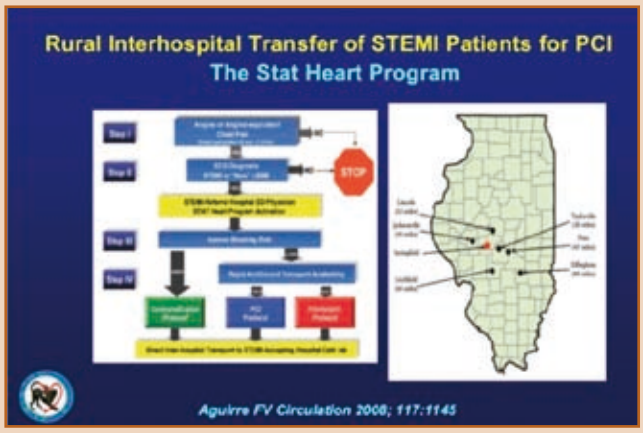


Figura 8
STEMI: strategia gestionale nel mondo reale USA (Illinois)

ad alto rischio sottoposti a fibrinolisi in centri periferici, il trasferimento urgente entro sei ore al centro hub per eseguire la PCI si associava a riduzione significativa degli eventi ischemici, senza incrementare quelli emorragici, nonostante il ricorso in circa il 40% dei pazienti a PCI rescue. La comboterapia è stata testata nel CARESS, dove pazienti con STEMI ad alto rischio, ricoverati in centri senza disponibilità di PCI, venivano trattati con ½ dose di reteplase, ENF, abciximab e randomizzati a trasferimento urgente dopo la lisi al più vicino centro per eseguire PCI vs ricovero in UTIC e trasferiti solo per PCI rescue. Tra i criteri di esclusione vi era l'età > 75 anni. Si trattava in generale di pazienti con età media bassa (59 anni) e tempo alla terapia breve. Anche in questo studio la strategia farmaco - invasiva con l'invio immediato al centro hub si associa ad prognosi migliore. Le conclusioni erano che il trasferimento immediato di pazienti ad alto rischio trattati con la comboterapia nei centri periferici si associava a significativa riduzione degli eventi, nonostante il ricorso alla PCI rescue in un terzo del gruppo di controllo. Dall'insieme dei dati riportati si possono trarre alcune conclusioni generali(Figure 4 e 5):

- la facilitazione della PPCI (fibrinolisi, combo, abciximab) non migliora, anzi peggiora i risultati della PPCI con l'abciximab somministrato al momento della procedura;
- i pazienti ad alto rischio sottoposti alla fibrinolisi (TNK o combo) devono essere trasferiti immediatamente in un centro interventistico;
- la bivaluridina si aggiunge all'armamentario farmacologico del Cardiologo interventista.

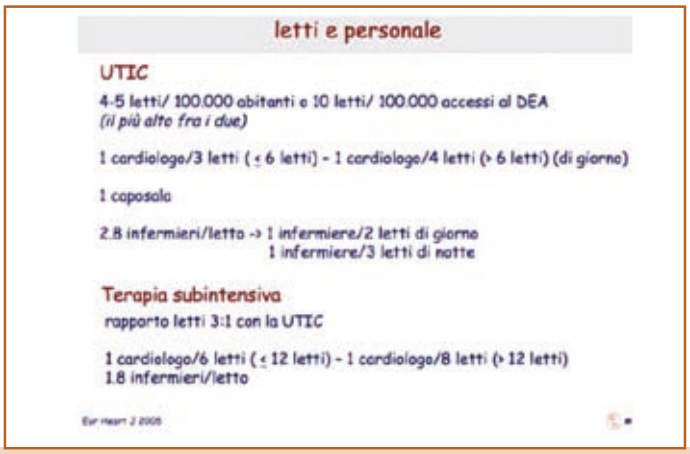
In tutti questi studi però la popolazione studiata non riflette quella della vita reale, specie in termini di età e spesso non si tratta di pazienti realmente ad alto rischio, vista la mortalità piuttosto bassa.

Restano alcuni punti da discutere:

- cosa fare prima della PCI, quando questa non è disponibile in tempi rapidi e il paziente non è un buon candidato per la fibrinolisi;
- cosa fare nei pazienti anziani o a presentazione tardiva;
- dopo la fibrinolisi: come gestire i pazienti efficacemente riperfusi? In chi dobbiamo fare la PCI urgente, in chi elettiva e in chi nemmeno la coronarografia?
- quale approccio farmaco - invasivo per i pazienti veramente ad alto rischio?

Sempre per quanto riguarda l'infarto STEMI, è stata fatta poi un'analisi della strategia gestionale nel mondo reale, partendo dal concetto che la PPCI come strategia universale di trattamento dello STEMI ha dei limiti importanti: il ritardo alla PPCI, la disponibilità dei laboratori di emodinamica, l'esperienza e i volumi dei singoli centri, la riorganizzazione dei sistemi di emergenza territoriale.

Il beneficio clinico della PPCI vs la trombolisi è tempo dipendente. Ogni 30 min di ritardo si associa ad un


letti e personale

UTIC

4-5 letti/ 100.000 abitanti e 10 letti/ 100.000 accessi al DEA
(il più alto fra i due)

1 cardiologo/3 letti (≤ 6 letti) - 1 cardiologo/4 letti (> 6 letti) (di giorno)

1 caposala

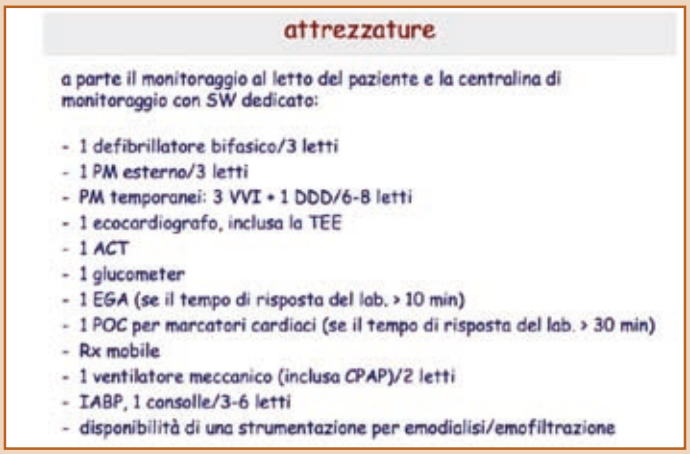
2.8 infermieri/letto -> 1 infermiere/2 letti di giorno
1 infermiere/3 letti di notte

Terapia subintensiva

rapporto letti 3:1 con la UTIC

1 cardiologo/6 letti (≤ 12 letti) - 1 cardiologo/8 letti (> 12 letti)
1.8 infermieri/letto

Figura 9
Modelli UTIC in Europa: documento del WG Acute Cardiac Care del 2005


attrezzature

a parte il monitoraggio al letto del paziente e la centralina di monitoraggio con SW dedicato:

- 1 defibrillatore bifasico/3 letti
- 1 PM esterno/3 letti
- PM temporanei: 3 VVI + 1 DDD/6-8 letti
- 1 ecocardiografo, inclusa la TEE
- 1 ACT
- 1 glucometer
- 1 EGA (se il tempo di risposta del lab. > 10 min)
- 1 POC per marcatori cardiaci (se il tempo di risposta del lab. > 30 min)
- Rx mobile
- 1 ventilatore meccanico (inclusa CPAP)/2 letti
- IABP, 1 consolle/3-6 letti
- disponibilità di una strumentazione per emodialisi/emofiltrazione

Figura 10
Modelli UTIC in Europa: documento del WG Acute Cardiac Care del 2005

incremento relativo di 7.5% di mortalità a un anno. Considerando il ritardo PCI - correlato, aumentando questo tempo il beneficio si riduce e, dopo 60 min, per ogni 10 min di ritardo alla PCI si osserva un 1% di riduzione della differenza di mortalità. Questi dati sono stati poi ricalcolati in modo più corretto e ricalcolando la curva si vede che la linea non raggiunge la linea dello zero, e va oltre i 60 min e quando si avvicina un ritardo di 10 min della PCI comporta un 0.24% di riduzione della differenza di mortalità rispetto alla trombolisi (Figura 6). Quindi il concetto di tempo dipendenza della PPCI si va modulando nel senso di estendere il tempo entro cui si può ancora fare in modo ottimale la PPCI. Una meta-analisi rinforza questo concetto, sia in termini di maggior beneficio della PPCI nella presentazione precoce (nelle prime tre ore), ma anche con tempi di ritardo PCI correlato tra 60 e 120 minuti. Le Linee Guida raccomandano l'esecuzione della PPCI entro 90 min dal primo contatto medico: ma le strategie organizzative regionali di rete sono in grado di raggiungere questo obiettivo? Ci sono elementi favorevoli che provengono dal mondo reale e il primo di questi è legato alla diagnosi precoce sul territorio. La possibilità di una diagnosi pre - ospedaliera consente di aumentare la percentuale di pazienti che possono essere trattati con un tempo door - to - balloon < 90 min. Al riguardo ci sono varie esperienze riportate in letteratura. Dalla meta analisi degli studi randomizzati si vede che ci sono benefici anche nel gruppo dei pazienti trasferiti (Dalby) e questo sembra vero anche nei registri (Emilia Romagna) (Figura 7). Dati favorevoli anche dagli USA (Aguirre, Henry, Ting) (Figura 8). Relativamente al possibile rischio che lo sforzo organizzativo per fare la PPCI possa comportare paradossalmente una riduzione del numero globale di pazienti riperfusi, viene riportata l'esperienza di Vienna e i dati GRACE. Da tutti questi dati c'è l'evidenza che il numero di riperfusi non si riduce e che vi è un beneficio in termini di mortalità. Conclusioni:

- le reti integrate riducono le barriere e consentono processi di collaborazione tra diversi ospedali e diversi gruppi di professionisti;
- il trasporto è sicuro ed efficace, anche se è difficile farlo;
- l'esperienza del mondo reale sottolinea l'importanza dei protocolli standardizzati, pianificati con possibilità di monitorare quello che facciamo, in termini di appropriatezza e di qualità di procedure;
- la necessità di migliorare la qualità dei nostri processi di cura per lo STEMI è urgente;
- osserviamo le organizzazioni che hanno avuto successo e cerchiamo di emularle.

Convention delle UTIC

Il Simposio è iniziato con un'analisi dei modelli di UTIC in Europa. Per quanto riguarda la struttura delle UTIC in Europa, si parte dal documento del WG Acute Cardiac Care del 2005 sulle raccomandazioni per la struttura, organizzazione e operatività delle unità di terapia intensiva cardiologiche. Vengono riportate le raccomandazioni relativamente al numero di posti letto, al personale medico cardiologico e infermieristico adeguato, alle attrezzature, come ventilatori meccanici, IABP, ultrafiltrazione (Figure 9 e 10). Sono stati quindi analizzati i modelli di UTIC in cinque nazioni diverse: Italia, Russia, Israele, Grecia, Svezia. È stato poi analizzato il problema dell'accreditamento, con la presentazione del documento europeo del WG ACC. I Cardiologi delle UTIC devono adattare le proprie conoscenze e capacità tecniche alle nuove richieste di salute per gestire adeguatamente i propri pazienti. Obiettivo dell'accreditamento è di aiutare le Società Nazionali e i singoli centri ad educare i Cardiologi che lavorano nelle UTIC europee a raggiungere uno standard ottimale comune

Figura 11
Database della Duke University CCU: trend delle comorbidità e terapia 1996 - 2006

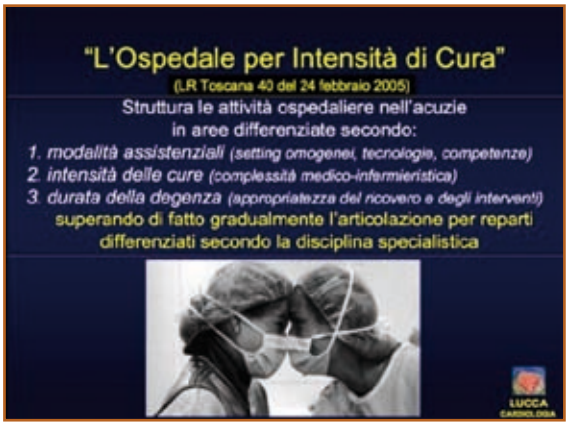


Figura 12
Legge Regionale Toscana 2005

per curare in modo omogeneo tutti i pazienti ricoverati in tutte le UTIC europee. C'è il Core Curriculum per il Cardiologo generalista che contiene tutto quello che il Cardiologo deve sapere e c'è il curriculum per l'Acute Cardiac Care. In Europa l'opinione prevalente è che l'Acute Cardiac Care debba far parte del patrimonio comune del Cardiologo generalista, ma il WG ha voluto comunque delineare le competenze specifiche del Cardiologo che lavora in UTIC. Sono stati delineati tre livelli di competenza:
I livello: capacità di selezionare la modalità diagnostica appropriata, di interpretare i risultati e scegliere il conseguente trattamento più indicato, senza necessità di praticare una tecnica;
II livello: esperienza pratica, ma non come operatore indipendente (ha assistito alla procedura o l'ha effettuata sotto supervisione);
III livello: capacità di effettuare la procedura o utilizzare la tecnica in modo indipendente, senza supervisione.
La prima competenza è quella di aver curato una serie di patologie che hanno a che fare con l'Acute Cardiac Care. Per l'accreditamento è necessario produrre la casistica seguita, e viene delineato il dato numerico minimo per le varie tipologie di patologia. L'altro livello di accreditamento ha a che fare con le tecniche. I centri training devono essere collocati in ospedali accreditati per i Cardiologi in generale, con UTIC inserita in un dipartimento cardiologico, diretta da un Cardiologo accreditato ACC, in un ospedale con altre terapia intensive, per poter completare il training, ed è richiesta anche una certa attività scientifica. Per l'accreditamento bisogna sostenere un esame scritto con 100 domande a risposta multipla, con risposta corretta minima > 60% dei quesiti. In Italia si stanno aprendo scenari nuovi. Il documento del Piano sanitario regionale della Toscana 2008 - 2010 delinea l'ospedale per intensità di cura, dove viene favorito un approccio multidisciplinare, centrato sul malato, per superare una visione d'organo, che il reparto monodisciplinare tende ad esprimere. Attraverso la realizzazione di aree di ricovero "aperte e variabili", graduate per intensità di bisogno assistenziale, sarà possibile superare le criticità, frequentemente riscontrabili in ospedale, legate alla gestione dei posti letto. Secondo questo modello il superamento del concetto di reparto non significa sminuire il ruolo delle equipe specialistiche. Al contrario, non dovendo necessariamente costruire uno specifico reparto, si rende più facile il superamento, specie negli ospedali medi e piccoli, del principale ostacolo alla costituzione di pool specialistici cui affidare, secondo criteri di appropriatezza clinica, la gestione del paziente.
Le conclusioni di questa relazione sono:
- l'UTIC è la struttura cardiologica chiave per la gestione ottimale dei pazienti cardiopatici acuti;
- l'UTIC è una struttura soggetta ad avanzamenti culturali, organizzativi e tecnologici rapidi e frequenti;
- le Unità di Terapia Intensiva da esclusivamente coronarica si sono trasformate in cardiologiche;
- il case mix dei pazienti è caratterizzato da età avanzata, polipatologia cardiovascolare, forte incidenza di co
- morbidità;
- i Cardiologi delle UTIC devono accrescere e migliorare il loro training per far fronte alle nuove richieste di salute;
- l'accreditamento dei Cardiologi a lavorare in UTIC e a dirigerla, insieme con il mantenimento delle UTIC all'interno del dipartimento cardiovascolare, sono fattori chiave per l'integrità della Cardiologia come specialità medica;
- l'implementazione in Italia dell'accreditamento ESC è un'occasione preziosa per un forte posizionamento europeo delle UTIC italiane;
- numerosi programmi educazionali possono essere organizzati in Italia nell'ambito di un percorso formativo diretto all'accreditamento;
- l'ANMCO ha un ruolo fondamentale per la realizzazione dell'accreditamento ospedaliero delle UTIC e dei loro Cardiologi.
È stato poi analizzato il modello di UTIC in Italia nel 2008, con i relativi problemi aperti. Il valore della Cardiologia è storicamente testimoniato dai grandi trial, dalle UTIC, dall'ottimale utilizzo delle risorse, dalla specializzazione in cardiologia ancora molto richiesta, anche se questo quadro sembra avviarsi verso un cambiamento rapido, in particolare a partire dalle UTIC. Le ragioni del cambiamento sono: i mutamenti socioculturali, la transizione epidemiologica (complessità clinica, comorbidità, disabilità, anzia-

Figura 13

Figura 14

ni, nuove complicanze generate dalle nostre stesse terapie), le modifiche organizzative (gestione in dipartimenti, turnover della degenza, risorse e sostenibilità economica, informatizzazione, telemedicina, reti, interazione, intensità di cure), la ricerca e formazione (trial, registri, evoluzione delle professioni, le nuove clinical competente), lo sviluppo tecnologico e funzionale (imaging, device, nursing, rischio clinico). Negli anni 90 cominciamo a prendere coscienza di questo cambiamento e cominciamo a parlare di Unità di Terapia Intensiva Cardiologia, indicando più dinamismo, più complessità ed eterogeneità della casistica (dati EARISA 1997). Dieci anni dopo emerge una possibile crisi di sostenibilità del sistema delle UTIC. Il database della Duke University degli ultimi 10 anni (Figura 11) mostra come cambia la popolazione dei pazienti in UTIC: pur essendo prevalenti i pazienti con SCA, aumenta in modo significativo lo scompenso cardiaco, le insufficienze respiratorie, l'insufficienza renale, lo shock settico, la sepsi, le emorragie ecc. Cambia anche la terapia, cala drasticamente l'utilizzo di trombolitici, cresce la PPCI e l'utilizzo di inotropi. Questi dati evidenziano che esiste una sovrapposizione tra i casi ricoverati nelle UTIC e quelli in altre terapia intensive generaliste. Ulteriori fattori critici: costi delle cure critiche (1% del PIL), invecchiamento della popolazione, frammentazione della cardiologia, insufficiente politica di sviluppo delle risorse umane e carenza di cardiologi intensivisti (2020 – 22%, 2030 – 35%). Quindi sono necessarie, per il Cardiologo intensivista, alcune priorità del sapere e saper fare: farmacologia non cardiovascolare, RCP avanzata, monitoraggio emodinamico, stimolazione atriale TE, controllo PM e ICD, overdrive e pacing endocavitario, pericardiocentesi e toracentesi, ETE, assistenza respiratoria, contropulsazione aortica, emofiltrazione, emodialisi, ricerca in trial e registri, conoscenza del rischio clinico, tecnologie e metodo clinico. È necessaria la consapevolezza dell'evoluzione del metodo clinico in UTIC: riconosciemento precoce della variabilità clinica, competenze multi - organo e dei principi di nutrizione parenterale, controllo degli squilibri metabolici, competenza nella terapia delle infezioni, stratificazione del rischio, monitoraggio poliparametrico delle funzioni vitali, trattamento delle complicanze post-procedurali invasive, utilizzo di più device di supporto. Ma se osserviamo i dati del censimento infermieristico delle UTIC, vediamo che questa complessità può essere gestita solo da pochi centri (gestione a complessità elevata 17%, complessità media 46.4%, standard 36.6%). Vi è anche disomogeneità tra macroaree nord, centro, sud. Il dipartimento cardiovascolare è poco rappresentato (scende dal 39% del censimento del 2000 al 32% di quello del 2005). Crescono i dipartimenti medici. Altro punto critico sono gli specializzandi, che sembra delineare una sorta di inadeguatezza culturale delle cardiologie ospedaliere. La presenza degli specializzanti è molto scarsa nelle cardiologie ospedaliere, nonostante i numeri della forza assistenziale, con le UTIC che sono diventate più numerose (411 nel 2005, pari a + 9%), che sono prevalentemente ospedaliere, con disponibilità di 1 UTIC/136.577 abitanti, 1 posto letto/21.816 abitanti, 176082 ricoveri anno. Inoltre il 100% delle UTIC è collegata al 118. Una grande società scientifica deve delineare il futuro dell'UTIC:

- centralità delle UTIC e titolarità cardiologica delle cure critiche e dei percorsi assistenziali;
- retraining orientato sui bisogni formativi (corsi e master di "clinical competence" in UTIC);
- accreditamento regionale di UTIC e reti (tenendo presente che attualmente meno di un quarto delle UTIC italiane può fornire assistenza completa);
- patti federativi FIC sulla didattica integrata ospedale-università e per lo sviluppo professionale dei giovani,
- continuum assistenziale con il territorio;
- promozione di registri permanenti e di trial di ricerca clinica;
- attenzione al governo dell'interazione multidisciplinare nell'ospedale per intensità di cura.

L'Ospedale per intensità di cura, quindi, che struttura le attività ospedaliere nell'acuzie in aree differenziate secondo (Figura 12):

1. modalità assistenziali (setting omogenei, tecnologie, competenze);
2. intensità di cure (complessità medico - infermieristica);
3. durata della degenza (appropriatezza del ricovero e degli interventi).

Viene superata di fatto gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. In conclusione quindi, come rilanciare il ruolo delle UTIC nel modello di convergenza culturale dell'ospedale per intensità di cura? Partendo dall'analisi dei dati del BLITZ 3, che è il libro aperto delle UTIC 2008. Forse un mondo sommerso esiste già ed atten-

Figura 15

de solo di essere svelato, per essere maggiormente compreso e governato, affinché si creino per tutti le condizioni di un'autocritica costruttiva. Questa Main Session si è conclusa con le relazioni sui risultati del BLITZ 3 (Figure 13, 14 e 15). Di questi ci sarà tempo di parlare e discutere nei prossimi mesi.

Cardiomiopatie e nuova classificazione

I progressi compiuti dall'analisi genetica hanno permesso di ampliare la caratterizzazione delle cardiomiopatie, grazie all'identificazione di molti dei difetti genetici alla base di questo gruppo di patologie con coinvolgimento "non coronarico" del miocardio. Tuttavia l'identificazione del gene mutato non consente sempre di identificare univocamente un determinato fenotipo, non essendoci una relazione lineare "one gene…one disease". Nonostante tutti progressi recenti, la caratterizzazione genetica e molecolare delle cardiomiopatie non consente ancora di caratterizzare geneticamente tutto lo spettro dei fenotipi (una buona parte delle cardiomiopatie dilatative e la displasia aritmogena del ventricolo destro conservano ancora carattere idiopatico). La proposta di classificazione dell'AHA/ACC del 2006 (Figura 16) prevedeva una distinzione tra cardiomiopatie primarie e secondarie, riconoscendo nel primo gruppo tre categorie: quelle su base genetica, quelle acquisite e quelle miste. Far rientrare ogni singola CMP in una delle suddette categorie non è sempre possibile, a causa delle sovrapposizioni tra diverse etiologie e del possibile coinvolgimento di diversi geni nello stesso fenotipo. Esistono poi le forme, quali ad esempio il miocardio non compatto, che non trovano ancora una posizione definita all'interno della classificazione. In quest'ottica appare pertanto più vicina al Cardiologo clinico la classificazione della Società Europea (EHJ 2008) (Figura 17) la quale, mantenendo i fenotipi classicamente noti (restrittivo, ipertrofico, dilatativo, displasia aritmogena e non classificabile), consente la possibilità di definire per ognuno di essi l'eventuale carattere familiare/genetico. Emerge quindi il ruolo centrale del Cardiologo clinico il quale, attraverso un'attenta anamnesi, un accurato ed estensivo esame obiettivo e mediante le metodiche diagnostiche non invasive (ecocardiografia, esami di laboratorio, ecc.) può mantenere nelle proprie competenze la gestione globale del paziente e nello screening dei familiari, senza necessità di afferire in prima battuta i pazienti ai centri di III livello. Particolare attenzione è stata inoltre riservata alla relazione tra miocarditi e cardiomiopatia infiammatoria, identificando le due entità come possibili diversi gradi di una stessa entità patologica, la cui caratterizzazione necessita un'accurata definizione clinica, anamnestica e laboratoristica (PCR, autoanticorpi anti - cuore). L'indicazione alla BEM nei pazienti con miocardite ha sollevato un vivace dibattito, con un orientamento finale ad essa solo nei pazienti con disfunzione e scompenso persistenti, con espressione aritmica e soprattutto nei casi in cui l'esito dell'analisi della stessa possa orientare

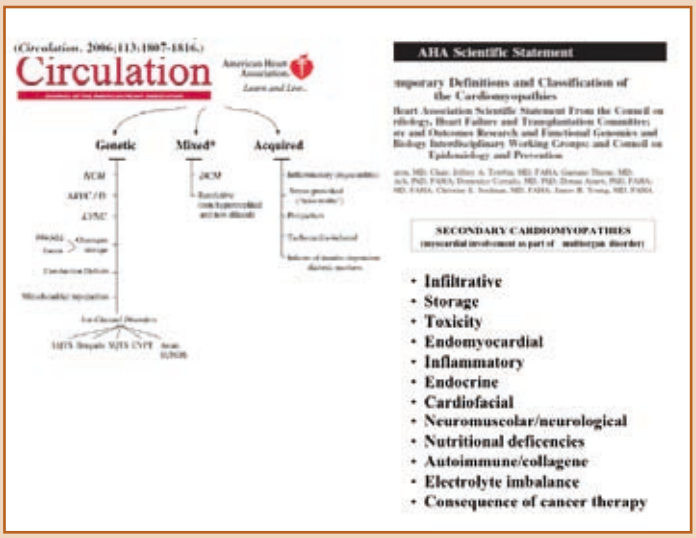


Figura 16

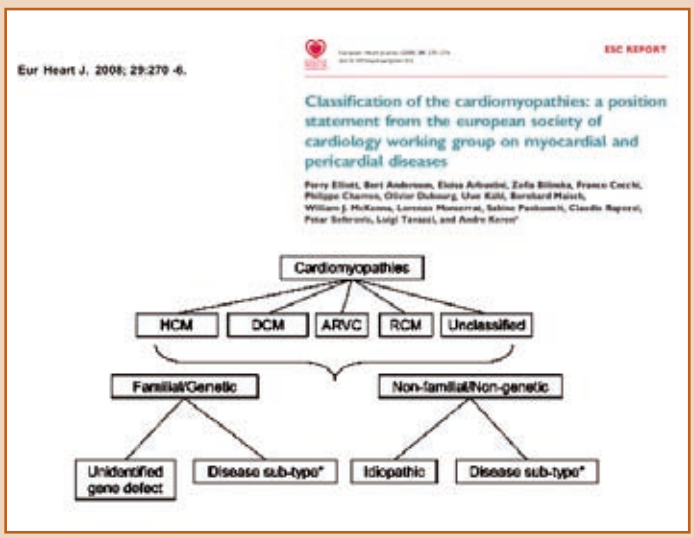


Figura 17

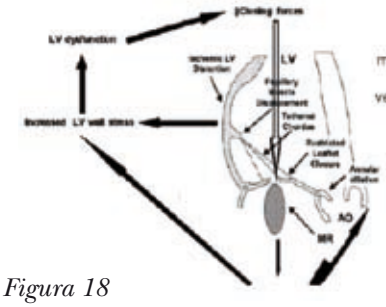
significativamente l'atteggiamento terapeutico. Non trova ancora esatta collocazione classificativa ma di certo rappresenta un'entità clinica emergente la miocardiopatia da sforzo, la quale presenta caratteristiche peculiari di patogenesi, prognosi e trattamento rispetto alla cardiopatia ischemica. Rischia invece di rimanere una patologia nota solo dai libri di testo la miocardiopatia talassemica, che invece nelle zone geograficamente esposte alla malattia riconosce in essa una patologia di ancora importante diffusione. Tuttavia la sua morbilità e mortalità sono fortunatamente in riduzione grazie ai progressi nella diagnosi e nel trattamento. A questo scopo risalta il ruolo crescente della metodica RM, la quale consente di rilevare precocemente i quadri clinici patologici subclinici e di consentire così un trattamento precoce.

Il punto sullo Scompenso Cardiaco Acuto

Lo Scompenso Cardiaco Acuto rappresenta ancora una grande sfida per la Cardiologia a causa del suo pesante impatto in termini prognostici, economici ed organizzativi. Questo rende necessario identificare tra i tanti indicatori prognostici proposti quelli più affidabili e di semplice individuazione, per indirizzare le risorse più avanzate sui pazienti più a rischio.
Dal confronto tra l'Italian Acute HF Survey e l'Euroheart Failure Survey II (2006) emergono dati paragonabili per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti con scompenso acuto de novo. In questa categoria di pazienti ritroviamo più frequentemente donne ed ipertesi, mentre nelle recidive acute di scompenso cronico è stato osservato come circa 1/3 dei pazienti risulti affetto da cardiopatia ischemica. Alcune divergenze della gestione dello scompenso acuto nelle due casistiche emergono nel minor utilizzo dei nitroderivati ev ed in un maggior utilizzo di inotropi quali dopamina e dobutamina in Italia rispetto al resto d'Europa. Nei casi in cui il paziente con scompenso acuto presenti importante compromissione dei parametri respiratori il trattamento ventilatorio non invasivo (CPAP e BiPAP) si è dimostrato efficace nel migliorare il quadro clinico e nel ridurre la necessità di intubazione orotracheale, anche se l'efficacia nel ridurre la mortalità necessita di ulteriori evidenze cliniche. È stato inoltre sottolineato come negli ultimi anni si registri un grande interesse nella ricerca di nuovi farmaci efficaci e più tollerati per il trattamento dei pazienti con scompenso acuto. Come in altri, anche in questo settore della Cardiologia i facili entusiasmi su risultati immediati possono "distruggere" farmaci potenzialmente utili per la cura dei pazienti. Per questo motivo risulta di fondamentale importanza che le nuove terapie abbiano la validazione della EBM prima della loro introduzione nella pratica clinica e che anche nella fase post registrazione sia costante l'attenzione di chi sul campo ne osserva gli effetti nella totalità dei pazienti che non è completamente rappresentata negli studi. Emerge quindi la necessità di considerare adeguati endopoint negli studi clinici che possano validare correttamente l'efficacia di questi farmaci per il loro impiego nella pratica clinica. Al fine di predire l'outcome di questi pazienti accanto ai fattori prognostici standard (NYHA, FE, azotemia, shock cardiogeno, insufficienza mitralica, ecc) vengono considerati ulteriori fattori prognostici i quali comprendono la pressione arteriosa (pazienti con PAS<120 mmHg all'ingresso sono legati ad una prognosi più sfavorevole), marcatori biochimici (alti valori di BNP, positività della TnI), la presenza di anemia, insufficienza renale, iponatremia, segni di congestione. Sono state proposte delle stratificazioni prognostiche con utilizzo di score che comprendono i vari parametri clinici ma che presentano ancora alcune limitazioni, dovute soprattutto alla notevole eterogeneità di presentazione clinica e del substrato fisiopatologico dello scompenso cardiaco.

Applicazioni cliniche del nuovo imaging cardiaco: RMN

Assieme alla TC per lo studio delle coronarie la metodica RMN riveste un ruolo crescente nell'ambito delle tecniche di imaging cardiaco. A partire dalle indispensabili conoscenze tecniche e dalla adeguata selezione dei pazienti, ricordando la distinzione dei gradi di sicurezza dell'esame nel caso di pazienti portatori di device considerati "safe", "conditional" e "unsafe" per l'esecuzione dell'esame. In epoca stent, per device debolmente magnetici non si pone controindicazione all'esecuzione dell'esame (a distanza di 6 mesi dall'impianto), mentre restano "unsafe" i device (ved valvolari) con importante componente ferro - magnetica. Il report di casi di fibrosi nefrogenica sistemica dopo utilizzo di gadolinio rappresentano una spia di attenzione ma non getta ombre preoccupanti su uno dei vantaggi che rende la metodica "appetibile" per la



L'insufficienza mitralica ischemica. Interazioni ventricolo - valvolari

Figura 18

sicurezza del mezzo di contrasto (i casi segnalati riguardavano infatti pazienti con severa insufficienza renale ed avevano ricevuto grosse quantità di mezzo di contrasto). Sfruttando il passaggio del gadolinio dal torrente circolatorio all'interstizio possiamo studiarne il wash out (che nel miocardio sano dovrebbe avvenire entro 8 min) ed identificare quindi come "nero", annullato, il tessuto sano, mentre rimarrà evidente, bianca, brillante la cicatrice dove esso persiste più a lungo (delayed enhancement). In diagnosi differenziale con le cardiomiopatie, il pattern tipico della cardiopatia ischemica assume un carattere di segmentarietà (rispettando l'anatomia coronarica) e può riguardare la porzione subendocardica piuttosto che la transmuralità in toto. Di notevole interesse appare la possibilità di predirre le probabilità di recupero del tessuto necrotico in base alla sua estensione (alta quando l'estensione dell'area necrotica rimane < 25%, molto scarsa nei casi in cui superi il 75% del tessuto miocardico). L'identificazione dell'edema grazie alla metodica RMN risulta inoltre di supporto alla definizione dei casi di no - reflow (dove l'edema circonda l'area necrotica) e nella diagnostica d'immagine delle miocarditi. A fronte delle notevoli potenzialità le attuali indicazioni alla RMN rimangono l'identificazione della sede e dell'estensione della necrosi, la caratterizzazione della vitalità e delle potenzialità di recupero, la definizione morfologica delle cardiomiopatie e delle cardiopatie congenite.

Insufficienza mitralica ischemica

Nella valutazione dei pazienti con insufficienza mitralica ischemica il nostro primo quesito dovrebbe considerare il suo meccanismo patogenetico. L'IM su base ischemica non è infatti causata da una semplice disfunzione segmentaria, ma rappresenta il risultato della distorsione globale della geometria del ventricolo sinistro dovuta a fari fattori fra cui la riduzione della contrattilità e il remodelling ventricolare, l'aumento dell'area di tethering, la dilatazione dell'annulus. Si tratta quindi di una malattia del ventricolo e non della valvola e pertanto il nostro target non è primariamente la valvola, ma il ventricolo che ne determina la disfunzione (Figura 18). Perché trattare l'IM nei pazienti ischemici? È stato documentato che pazienti con IM, se non trattati, presentano un'evoluzione sfavorevole nel tempo, con una mortalità pressoché doppia rispetto a quelli senza IM. Allora quali i parametri di valutazione per l'indicazione alla Cardiochirurgia? Per quanto riguarda il ruolo del Cardiologo nella selezione dei pazienti candidati alla chirurgia combinata (rivascolarizzazione + valvolare), assieme alla valutazione clinica sono stati considerati alcuni parametri ecocardiografici come indicatori di severità del rigurgito: ERO > 20 ml, area di tenting > 4 cm2, distanza di coaptazione > 1cm, considerando un volume telediastolico del ventricolo sinistro > 65 ml come predittivo di alta morbilità e scarso riverse remodelling. Come correggere la mitrale ischemica? Partendo dal presupposto che nei casi di mitrale ischemica la valvola che il cardiochirurgo si trova di fronte all'atto operatorio non è quasi mai strutturalmente alterata, nell'ampio scenario dei vari dispositivi per l'annuloplastica sono stati considerati in particolar modo gli anelli di nuova generazione con conformazione asimmetrica, i quali consentano di rispettare maggiormente la geometria dell'annulus, favorendo la cooptazione tra i lembi ed il riallineamento del ventricolo all'apparato valvolare. La scelta di anelli rigidi completi e sottodimensionati, associata alla tecnica edge to edge sembra la miglior strategia per prevenire il remodelling ventricolare sinistro. È comunque necessario estendere il gesto chirurgico anche ai lembi valvolari, all'apparato sottovalvolare e al ventricolo sinistro. Dai Relatori e dai Moderatori è stata infine più volte ribadita la necessità che la valutazione fisiopatologica della disfunzione valvolare avvenga prima e fuori dalla sala operatoria piuttosto che al suo interno. È pertanto necessaria una profonda integrazione e collaborazione tra il Cardiologo ed il Cardiochirurgo, per una scelta ponderata sui rischi e benefici del singolo paziente.

Attualità in tema di elettrocardiografia ovvero un breve riassunto del Minimaster di "Elettrocardiografia"

di M. Del Greco e M. Chiatto

Nonostante il passare del tempo, l'utilizzo dell'elettrocardiogramma nella pratica clinica rimane uno strumento efficiente ed efficace e pertanto ancora largamente utilizzato, sia dal medico ambulatoriale così come dai Cardiologi ospedalieri ed elettrofisiologi. Il segreto di questa eterna giovinezza dell'elettrocardiogramma sta nel continuo sforzo da parte degli studiosi di decifrare nuove informazioni dal complesso segnale elettrico cardiaco che è ricavato dalla superficie corporea. In altre parole a oltre 100 anni dalla sua invenzione l'elettrocardiogramma sembra ancora riservare preziose informazioni sull'attività elettrica del cuore.

Il Minimaster di Elettrocardiografia ANMCO 2008 ha inteso quindi fare il punto su alcuni aspetti della pratica clinica quotidiana in cui l'elettrocardiogramma può particolarmente dimostrare la sua utilità.

1) Cosa deve sapere il Cardiologo clinico dell'ECG neonatale. Relatore: L. Mauri (Milano); Discussant: T. Lanzillo (Avellino), G. Vignati (Milano).

L'elettrocardiogramma nei primi mesi di vita presenta caratteristiche peculiari e modificazioni temporali che non si osservano in nessun altro periodo della vita. Ad esempio la frequenza cardiaca aumenta fino al primo - secondo mese per poi stabilizzarsi ai valori della nascita fino al primo anno di età e quindi inizia a calare progressivamente. L'interpretazione dell'elettrocardiogramma è quindi spesso difficile per il Cardiologo non allenato a questo tipo di tracciati e non raramente causa di referti imprecisi o generici. I relatori sottolineano il ruolo centrale dell'elettrocardiogramma nello screening neonatale ed in particolare nel rapido riconoscimento di patologie congenite come la sindrome del QT lungo.

2) L'ECG nella Sindrome Coronarica Acuta: aspetti tipici, atipici ed implicazioni terapeutiche. Relatore: G. Lupi (Lavagna); Discussant: E. Perugini (Bologna), F. Costa (Cremona).

Le recenti Linee - Guida sulla diagnosi e trattamento della Sindrome Coronarica Acuta ripropongono il ruolo centrale dell'elettrocardiogramma per una corretta gestione del paziente (basti ricordare la ben nota distinzione tra STEMI e NSTEMI). L'elettrocardiogramma può comunque essere negativo anche in presenza di ischemia miocardica rendendo necessaria sempre una diagnostica multiparametrica (Troponina, ecocardio in particolare). Talora l'estensione dell'elettrocardiogramma con le derivazioni posteriori V7 - V9 consente di svelare alterazioni ST altrimenti non evidenti. Recenti osservazioni, ed in particolare lo studio GRACE hanno dimostrato che l'intensità del sottolivellamento ST durante Sindrome Coronarica Acuta è direttamente correlata con la gravità della malattia coronarica e con la mortalità. I relatori inoltre riportano un dato recentemente comparso in letteratura riguardo la rilevanza prognostica di un sopralivellamento del tratto ST maggiore di 1 mm in aVR: la sua presenza durante Sindrome Coronarica Acuta è segno sensibile di severità della sottostante malattia coronarica. Infine viene ricordato come un elettrocardiogramma mal interpretabile è spesso associato ad una peggior prognosi.

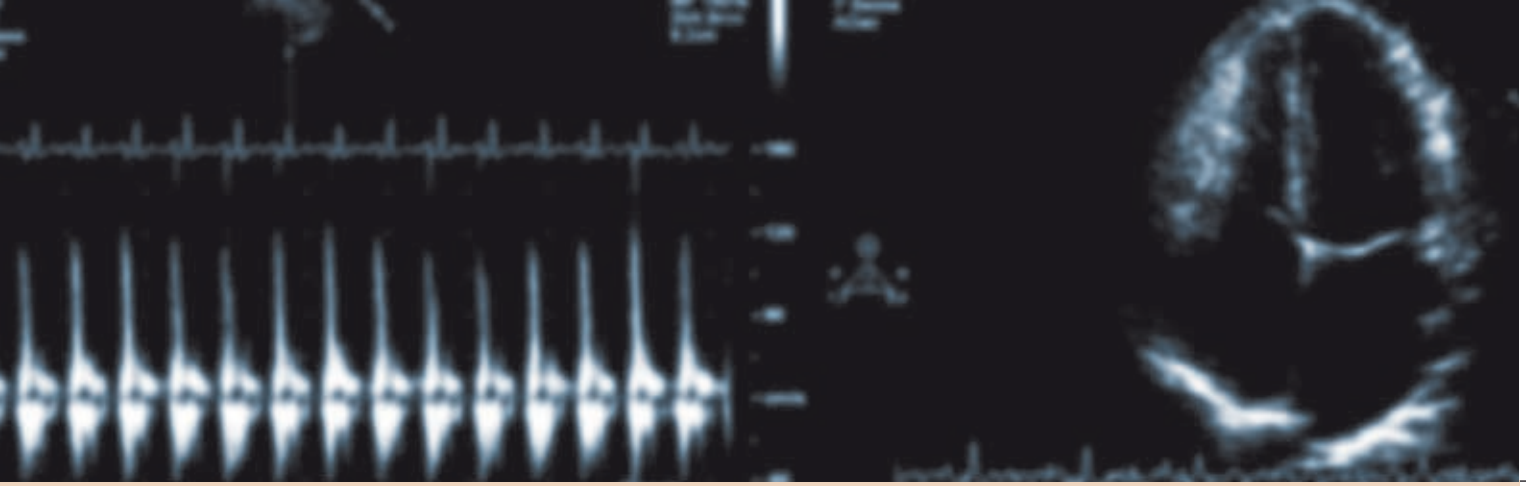
3) L'ECG nel sovraccarico destro. Relatore: A. Perkan (Trieste); Discussant: E.M. Adornato (Reggio Calabria); L. Roncon (Rovigo).
L'elettrocardiogramma rappresenta uno degli esami di primo livello nella diagnostica della principale causa di sovraccarico destro acuto ovvero l'embolia polmonare. Le alterazioni elettrocardiografiche quali la comparsa di blocco di branca destro, la deviazione assiale destra, il quadro S1Q3T3 (detta S. di McGinn - White) e la comparsa di onde T negative da V1 a V4 presentano globalmente una discreta sensibilità (intorno al 50%) e una migliore specificità (superiore all'80%) nei confronti di embolia polmonare acuta in atto. Inoltre tali anomalie rappresentano anche un fattore prognostico negativo (con un OR di 2.5). I relatori rilevano come in presenza di T negative sulle precordiali V1 - V4 la difficile diagnosi differenziale con l'ischemia miocardica possa giovarsi dell'osservazione dell'elettrocardiogramma ed in particolare della presenza di T negativa in D3 che supporta la diagnosi di embolia polmonare.
4) Utilità dell'ECG nella sincope con riferimento all'ECG dinamico e al Loop Recorder. Relatore: V. Amodeo (Reggio Calabria); Discussant: M. Brieda (Pordenone), E. Favro (Torino).
L'elettrocardiogramma, sia di base che nelle sue forme più evolute quali l'ECG dinamico o quello rilevato attraverso Loop recorder, rappresenta un elemento cardine nella diagnostica dei soggetti con sincope. In realtà se nella popolazione generale le aritmie sono una causa non frequente di sincope nei soggetti con cardiopatia le cause aritmiche divengono più comuni e con severo significato prognostico. Soprattutto nei soggetti cardiopatici è importante determinare la causa che ha prodotto la sincope ma l'occasionalità con cui frequentemente le aritmie si presentano rende difficile la diagnosi. Per questi motivi l'ECG dinamico (Holter) presenta un basso valore diagnostico (circa il 5%) ed è quindi un esame poco utile nei soggetti con sincope (ad esclusione di soggetti con episodi molto frequenti). Nei pazienti con sincope in cui tutti gli accertamenti siano stati negativi la diagnosi riguardo la causa può giovarsi dall'impianto di loop recorder. Infatti tali device, in grado di funzionare per oltre un anno, consentono di registrare l'elettrocardiogramma durante il sintomo e quindi di porre una diagnosi di certezza. Il potere diagnostico del loop recorder in popolazioni selezionate supera il 50 - 60%.
5) L'ECG nella diagnostica differenziale delle tachicardie sopraventricolari. Relatore: G.M. Francese (Catania); Discussant: G. Leone (Catanzaro), F. Pergolini (Bologna).
La diagnostica delle tachicardie sopraventricolari riguarda il riconoscimento delle varie forme aritmiche di origine atriale o atrio - ventricolare (TSPV, S. di WPW, flutter e tachicardie atriali) ma anche la differenziazione tra tachicardie ventricolari e tachicardie sopraventricolari ma condotte con aberranza di conduzione (es. blocco di branca). La diagnosi differenziale necessita di un'attenta valutazione dell'elettrocardiogramma finalizzata principalmente a riconoscere i segni di attivazione atriale spesso mascherati dai complessi QRS. La presenza di un rapporto atriogrammi/ventricologrammi > 1 è indice di flutter o tachicardia atriale mentre un rapporto < 1 è di solito indice di tachicardia ventricolare. Anche l'analisi della polarità dell'onda atriale nelle varie derivazioni contribuisce a indirizzare la diagnosi dell'aritmia (ad esempio una prevalente negatività delle onde nelle derivazioni D2 - D3 - aVF con aspetto a denti di sega è suggestivo di flutter atriale comune).
6) Gli errori più comuni nell'interpretazione dell'ECG. Relatore: M.G. Agricola (Crema); Discussant: A. Menotti (Trento), U. Giordano (Palermo).
Dalla pratica clinica abbiamo imparato come un'errata sistemazione degli elettrodi così come un impreciso settaggio dell'elettrocardiografo può modificare sostanzialmente l'elettrocardiogramma, con tutte le possibili conseguenze nella refertazione se tali errori non sono rilevati e corretti. Più complessa è la diagnosi differenziale che va compiuta in caso di anomalie dell'elettrocardiogramma quali ad esempio il sopralivellamento ST che non sempre è segno di sofferenza miocardica ischemica ma viene frequentemente riscontrato anche in soggetti con ipertrofia ventricolare sinistra, con blocco di branca sinistra, in corso di pericardite ma anche in soggetti sani e di giovane età.

Congresso ANMCO 2008: il Minimaster sull'Ecocardiografia

di Alessandra Chinaglia

Il Minimaster sull'Ecocardiografia proposto al Congresso Nazionale ANMCO 2008 è nato dalla sinergia tra ANMCO e SIEC (Società Italiana di Ecocardiografia). La partecipazione al Minimaster del Presidente della SIEC Dott. Bellieni nel ruolo di Moderatore è stata un segno della proficua collaborazione tra le due Società. Tutti sappiamo quanto l'ecocardiografia sia ormai strettamente collegata alla clinica, e quanto sia preziosa per il Cardiologo. Malgrado queste premesse l'organizzazione del Minimaster presentava qualche incognita: essendo insufficienti i tempi per un approfondimento completo su ogni argomento si rischiava una inutile carrellata di nozioni, eccessive per il Cardiologo clinico, scontate per il Cardiologo esperto in ecocardiografia. Ed invece grazie all'abilità dei Relatori il Minimaster ha fornito una ricca revisione degli aspetti ecocardiografici che il Cardiologo deve conoscere nelle diverse patologie, con continui riferimenti alla clinica ed indicazioni pratiche e terapeutiche, mantenendo viva l'attenzione di tutto l'uditorio. Il Dott. Gullace ha iniziato con una interessante riflessione sulla storia dell'ecocardiografia e della sua evoluzione tecnologica: la somma di informazioni che siamo ormai in grado di ottenere da questa metodica sia in termini anatomici che funzionali è enorme, ma rimane insuperabile l'apporto sulla valutazione morfologica. Per quanto riguarda il futuro ha sottolineato che i principali traguardi non sono tanto legati alle pur importanti innovazioni tecnologiche, ma piuttosto ad implicazioni comportamentali, quali la corretta appropriatezza delle indicazioni, il corretto utilizzo della metodica e la corretta interpretazione dei risultati. Da qui la necessità di definire ciò che è utile per la ricerca e ciò che è utile per la pratica clinica quotidiana. L'ecocardiografia deve risolvere problemi clinici uscendo dalla logica di erogare prestazioni.

La Relazione del Dott. Borrello verteva sulla bicuspidia aortica: ampio spazio è stato dedicato a questa patologia che è la più frequente delle cardiopatie congenite, con una prevalenza di 4.6 ogni 1.000 nati vivi. La malattia risulta da una anomala valvulogenesi, con la formazione di una cuspide più grande e una più piccola. Molta importanza è stata data al fatto che la malattia interessa anche la parete aortica, che presenta una alterata costituzione, con conseguente dilatazione dell'aorta ascendente indipendente dal vizio valvolare. Tale dilatazione infatti progredisce nonostante la sostituzione della valvola. Sono state date indicazioni sulla valutazione ecografica della valvola bicuspide: la diagnosi deve essere effettuata a valvola aperta, deve essere descritta la morfologia della valvola ed i movimenti delle cuspidi, misurata la dimensione dell'anello, identificata una eventuale dilatazione dell'aorta ascendente, oltre ovviamente ad una valutazione delle dimensioni e della funzione del ventricolo sinistro. L'ecografia è inoltre in grado di identificare e quantificare le principali complicanze della bicuspidia aortica: la stenosi e l'insufficienza valvolare, la dissezione aortica e l'endocardite e di porre le indicazioni chirurgiche. In questa patologia è in conclusione fondamentale associare allo studio della



valvola l'attenzione all'aorta ascendente in ogni fase della malattia: misurando sempre il diametro dell'aorta nei pazienti con bicuspidia, sottoponendo a follow up annuale i pazienti in cui si sia riscontrata dilatazione della radice aortica o dell'aorta ascendente con diametro superiore a 40 mm, e ponendo indicazione alla chirurgia nei pazienti con diametro superiore a 50 mm o incremento annuale del diametro di 0.5 cm/anno o più (nel caso di indicazioni all'intervento per vizio valvolare è sufficiente a porre indicazione chirurgica un diametro minore). L'ecocardiografia consente inoltre di determinare a priori la prognosi dei pazienti con bicuspidia aortica: quelli con degenerazione valvolare richiedono un follow up regolare, mentre quelli con minime alterazioni emodinamiche hanno una buona prognosi a lungo termine.
Nella relazione sulla valutazione quantitativa dell'insufficienza aortica sono stati descritti e analizzati potenzialità e limiti di tutti i parametri da considerare nella valutazione del vizio: dalla chiusura precoce della valvola mitralica, all'apertura precoce della valvola aortica; dalla valutazione del colore in M - mode alla velocità di propagazione del flusso all'interno della cavità ventricolare; dalla misura dell'area del jet di rigurgito alla pendenza della curva del doppler continuo; dalla vena contracta ed il rapporto tra la vena contracta ed il tratto di efflusso; dal volume e frazione rigurgitante all'area effettiva di rigurgito. Ogni metodo di quantificazione preso singolarmente presenta limiti importanti e solo l'analisi multiparametrica associata alla valutazione di dimensioni e funzione del ventricolo sinistro permette un corretto inquadramento del vizio.
Il Dott. Conti ha lanciato un messaggio importante a tutti gli Ecocardiografisti: l'aorta esiste e la valutazione ecocardiografica non può fermarsi al cuore, ma deve comprendere lo studio dell'aorta toracica e addominale. L'ecocardiografia transesofagea offre potenzialità insuperabili nella valutazione di placche, aneurismi, dissecazioni, ematomi intramurali. Nella dissecazione aortica l'ecocardiografia transesofagea ha altissima specificità e sensibilità, ha il vantaggio di essere immediatamente disponibile, permette una elevata definizione dei dettagli anatomici e fornisce al Cardiochirurgo informazioni di rilevante utilità.
È quindi attualmente superiore a tutte le altre metodiche di imaging nella valutazione delle sindromi aortiche acute. Il tema della valutazione quantitativa dell'insufficienza mitralica è stato affrontato attraverso una disamina delle metodiche attualmente disponibili: il Dott. Dini ha puntualizzato i limiti della misurazione dell'area del rigurgito al Color Doppler, dipendente da molteplici variabili e quindi poco riproducibile. Sono stati illustrati potenzialità e limiti dei metodi di quantificazione basati sull'equazione di continuità, legati alla difficoltà di misurazione, mentre la misurazione della vena contracta risulta di facile applicazione e ha un buon valore prognostico. La valutazione dell'insufficienza mitralica non può mai prescindere dallo studio della funzione ventricolare destra e a questo proposito il TAPSE si è rivelato un parametro utile. Anche il BNP ha un ruolo importante nella valutazione prognostica e quindi nell'inquadramento del paziente con insufficienza mitralica. La relazione successiva, affidata al Dott. Felis, è stata un'utile puntualizzazione sul riconoscimento delle disfunzioni protesiche, che comprendono un eterogeneo gruppo di patologie (mismatch, trombosi, embolia, structural failure, emolisi, distacco, endocardite). L'ecocardiografia transtoracica può porre il sospetto di disfunzione, mentre è la tecnica transesofagea che ha elevata sensibilità e specificità diagnostica, e può utilmente essere integrata dall'utilizzo della scopia. Si è ribadita la necessità di conoscere le protesi ed i relativi diametri e gradienti. La diagnosi di mismatch è possibile in presenza di un gradiente elevato all'eco transtoracico, di movimento normale dei dischi alla scopia e al transesofageo, in assenza di immagini di trombi. Il mismatch costituisce un fattore di rischio per mortalità e scompenso, in particolare nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra.
Per quanto riguarda l'ostruzione protesica molta importanza a fini terapeutici ha la diagnosi differenziale tra trombo e panno: occorre valutare il gradiente, eventuali masse mobili, l'inserzione sul disco oltre a tenere in considerazione variabili cliniche quali il livello di anticoagulazione, il tempo intercorso dall'impianto e la durata dei sintomi. È stata inoltre ribadita l'importanza di studiare le protesi possibilmente da tutte le proiezioni, procedura utile in particolare nella valutazione dei distacchi.
Per effettuare una corretta valutazione del versamento pericardico sono state fornite dal Dott. Piovesana alcune

utili indicazioni pratiche: la quantificazione del versamento può avvenire tramite la misurazione dello spazio ecoprivo, il confronto delle variazioni del versamento nel tempo deve essere eseguito utilizzando sempre la stessa sezione tomografica, ad uno spazio ecoprivo diastolico superiore a 10 mm corrisponde un versamento di almeno 500 cc. Si è ribadito che il tamponamento è una sindrome clinica, caratterizzata da ipotensione, tachicardia e turgore giugulare e dalla presenza di polso paradosso. I segni ecocardiografiaci del tamponamento sono il collasso diastolico del ventricolo destro in protomesodiastole, il collasso diastolico dell'atrio destro in telediastole e raramente il collasso diastolico del ventricolo sinistro, la dilatazione e la ridotta collassabilità della cava inferiore, l'aumento del flusso transtricuspidale e la riduzione del flusso transmitralico in fase inspiratoria. La terapia del tamponamento è ovviamente la pericardiocentesi, ma recentemente sono stati segnalati effetti benefici dell'espansione del volume ematico in attesa della procedura. Il Dott. Imazio ha successivamente affrontato i quadri costrittivi pericardici: il primo inquadramento deve essere clinico e presuppone di conoscere le situazioni che predispongono alla costrizione, quali la chirurgia cardiaca o la pregressa terapia radiante. Il sospetto di costrizione può essere posto già dall'esame M - mode per la presenza di movimento parallelo e consensuale dei due foglietti pericardici posteriori e per la presenza di movimento rapido posteriore del setto interventricolare in protodiastole. L'ecografia bidimensionale non presenta elementi diagnostici, ma può far sospettare la sindrome per la presenza di dilatazione biatriale in presenza di ventricoli piccoli. Importante è di nuovo la dilatazione della vena cava inferiore che non presenta variazioni respiratorie, ma è la valutazione del Doppler che consente di effettuare la diagnosi di interdipendenza ventricolare: le variazioni inverse in fase inspiratoria del flusso transtricuspidale e transmitralico superiori al 25% consentono la diagnosi differenziale rispetto alla cardiomiopatia restrittiva.

Il Dott. Galati, che aveva il compito di fare il punto sull'ecostress, ha iniziato ribadendo l'importanza di effettuare test funzionali ad integrazione dei dati anatomici nel post infarto, dopo la rivascolarizzazione, nella diagnosi di cardiopatia ischemica, nei diabetici e nei pazienti candidati a chirurgia non cardiaca. Il test farmacologico deve essere massimale per poter essere diagnostico, con il raggiungimento della frequenza cardiaca prevista. Sono stati illustrati i protocolli di stress farmacologico, raccomandando l'aggiunta dell'atropina al test al dipiridamolo, che ha permesso di raggiungere buoni livelli di specificità e sensibilità. La scelta del test deve essere basata sull'esperienza locale, ma soprattutto sulle caratteristiche cliniche del paziente. Il Dott. Chiappa, Segretario della Società Italiana di Cardiologia Pediatrica, ha espresso il compiacimento per l'inserimento della valutazione delle cardiopatie congenite in un Minimaster dedicato ai Cardiologi dell'adulto. A fronte dei dati epidemiologici che vedono un incremento della prevalenza delle cardiopatie congenite nella popolazione, pari ad un incremento del 5% annuo, il coinvolgimento del Cardiologo dell'adulto sulle cardiopatie congenite è da ritenersi fondamentale sia per i cardiopatici congeniti adulti, sia per il ruolo di screening di primo livello nei punti nascita. Lo studio ecocardiografico prevede inizialmente la valutazione del situs visceroatriale, la valutazione della posizione del cuore e dell'asse cardiaco, e successivamente l'analisi sequenziale, cioè l'analisi delle connessioni venoatriali, atrioventricolari e ventricolo arteriose, tramite l'identificazione delle differenti camere in base alla morfologia. La valutazione è complessa e secondo le Linee Guida è previsto un training di almeno sei mesi per l'Ecoacardiografista pediatrico. Il Dott. Chiappa ha concluso auspicando che le Cardiologie investano in futuro nell'addestramento di professionistì per diffondere maggiormente la conoscenza e la cura delle cardiopatie congenite.

La Sessione si è conclusa con la Relazione del Dott. Pino che ha affrontato il tema del ruolo dell'ecocardiografia nell'emergenza. Nel paziente critico l'ecocardiografia può confermare o escludere la presenza di patologia cardiaca, può fornire una valutazione emodinamica e dare spiegazioni fisiopatologiche in caso di ipossia. I numerosi quadri clinici presentati dal Dott. Pino hanno evidenziato con immediatezza la estrema varietà di diagnosi nel paziente critico e soprattutto l'enorme utilità di un rapidissimo inquadramento diagnostico quale solo l'ecocardiografia ci offre.

www.anmco.it/ComitatoScientifico/funzioni.html

Verso la definizione del Piano della Ricerca 2009-2010, sintesi del contributo di tutte le componenti dell'Associazione

di Andrea Di Lenarda

Le nuove proposte sulla ricerca di HCF, coincise con la nomina a Presidente del Prof. Maseri, devono ora trovare concretezza in alcuni progetti condivisi con il Comitato Scientifico e le Aree. Le recenti novità hanno determinato un ritardo nella preparazione e approvazione del Piano della Ricerca per il biennio 2009 - 2010, in attesa maturassero e si delineassero queste nuove strategie.

È chiaro comunque che questi cambiamenti devono integrarsi con la tradizione, struttura, organizzazione e attività dell'Associazione. La strategia di ricerca dell'Associazione per il prossimo biennio dovrà quindi emergere da una forte interazione e discussione tra il Presidente di HCF, il Direttivo ANMCO e gli organismi dell'Associazione tradizionalmente impegnati nella ricerca (Comitato Scientifico e Aree).

Non è quindi in discussione il ruolo centrale delle Aree e del Comitato Scientifico nella ricerca dell'ANMCO, così come il loro ruolo insostituibile insieme alle realtà regionali nel mantenere vitale la rete. La rete ANMCO è il vero motore della ricerca della nostra Associazione e può essere mantenuta robusta e capillare solo grazie al ruolo attivo e propositivo delle Aree, delle Regioni e dei centri periferici.

L'era dei Trials non è finita, ma è chiaro che per fare ricerca non è più possibile puntare solo sui grandi studi. Costi quasi insostenibili e necessità di campioni di pazienti da arruolare per una durata del follow - up sempre crescenti sono evidenti ostacoli all'organizzazione di uno studio. Senza considerare che numerose delle ipotesi testate negli ultimi anni sono fallite al vaglio del grande trial. L'impressione è che siamo arrivati ad un plateau oltre il quale, se vogliamo raggiungere ulteriori ed ambiziosi obiettivi, dobbiamo cambiare strategia. L'aggiunta di un nuovo principio attivo su grandi numeri di pazienti, omogenei solo per pochi criteri di inclusione, ma al contrario eterogenei per diverse caratteristiche, e già in trattamento sulla base delle evidenza già consolidate, è difficile possa determinare "in media" grandi effetti in termini di mortalità. Lo farà molto probabilmente solo su alcuni sottogruppi di pazienti, per una serie di meccanismi che non conosciamo ma che sarebbe estremamente utile capire. E questo vale anche per particolari ed impreviste evoluzioni cliniche come la lunga sopravvivenza in pazienti con scompenso cardiaco e severa disfunzione ventricolare sinistra o con rimodellamento postinfartuale, o l'assenza (o al contrario l'estrema frequenza) di interventi del defibrillatore in pazienti impiantati in accordo con le indicazioni delle Linee Guida.

Questa è la sfida da vincere. Associare alla tradizionale ricerca dell'ANMCO, caratterizzata da Trials clinici, studi di implementazione delle Linee Guida nella pratica clinica, Registri e Survey, una ricerca più fine e focalizzata su quadri clinici omogenei e specifici, che si discostano significativamente dalla "media" della popolazione (outliers), considerati uno strumento particolarmente utile per capire meccanismi patologici ed efficacia della terapia nel singolo paziente.

Il Comitato Scientifico ha iniziato la discussione su questi temi durante il Congresso ANMCO, in una riunione che ha visto la partecipazione anche del Prof. Maseri. Il Comitato Scientifico ed i Chairmen delle Aree erano già stati invitati a discutere e formulare proposte per il Piano della Ricerca ANMCO sui vari capitoli della ricerca (prevenzione, aritmie, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco). Queste riflessioni e proposte verranno analizzate e discusse durante una riunione del Comitato Scientifico e presentate al Consiglio Nazionale del settembre prossimo, per arrivare alla formulazione del nuovo Piano della Ricerca 2009 - 2010.

www.anmco.it/aree/elenco/circolo

Studio INCIPIT (INCidenza di Ipertensione Polmonare In ulTrasonografia): SI PARTE!

di I. Enea e C. D'Agostino

Attendiamo le adesioni per la partecipazione allo Studio entro ottobre all'indirizzo incipit@anmco.it tramite la Segreteria delle Aree ANMCO

L'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO ha condiviso con tutti gli Iscritti ANMCO, sulle pagine di questo giornale ("Cardiologia negli Ospedali", novembre - dicembre 2007 N° 160, pag. 41 - 42; maggio - giugno 2008 N° 163, pag. 24 - 25) il lungo percorso che ci ha condotti dall'ideazione del progetto "Studio della Incidenza della Ipertensione Polmonare nei Laboratori di Ecocardiografia in Italia", alla sua definitiva approvazione, nell'aprile 2008, con l'acronimo di INCIPIT.

Dal 10 al 29 novembre 2008 la Survey nei laboratori di Ecocardiografia

La proposta nasce dalla consapevolezza che, per lungo tempo, il ventricolo destro è stato trascurato dalla Cardiologia italiana e che la attenzione rivolta dalla letteratura scientifica verso l'ipertensione arteriosa polmonare ha risvegliato l'interesse verso questa camera "negletta".
I Laboratori di Ecocardiografia sono, a nostro avviso, la sede più idonea per effettuare il primo step per lo screening della Ipertensione Polmonare.
Lo scopo che si prefigge lo studio è, quindi, quello di:
1) sensibilizzare gli Ecocardiografisti a porre uguale attenzione al ventricolo destro e al ventricolo sinistro nella esecuzione degli esami ecocardiografici;
2) valutare la reale incidenza della Ipertensione Polmonare nei Laboratori di Ecocardiografia in Italia;
3) valutare la etiologia prevalente della Ipertensione Polmonare e gli eventuali fattori di rischio in modo da dare inizio a un lavoro di screening sul territorio nazionale che porti a indirizzare i casi sospetti ai centri di riferimento nazionale.
Per questi motivi lo studio INCIPIT, epidemiologico, osservazionale, di breve durata sarà operativo nei giorni lavorativi compresi tra il 10 e il 29 novembre 2008.

Naturalmente, si ha bisogno di tutta la vostra collaborazione. La Segreteria delle Aree ANMCO i primi giorni di settembre invierà una lettera di invito per partecipare allo Studio, oltre che ai Responsabili delle Stutture Cardiologiche, ai Soci ANMCO, ai Presidenti Regionali, ai Referenti Regionali per l'Area Malattie del Circolo Polmonare, ai Delegati SIEC regionali con acclusa una breve Sinossi dello Studio. Gli interessati a partecipare potranno inviare la loro risposta di adesione per e - mail alla Segreteria delle Aree ANMCO all'indirizzo di posta elettronica: incipit@anmco.it entro la fine di ottobre.
L'impegno, richiesto per il periodo di osservazione, consiste nel riempire, quotidianamente, una scheda, formato excel, di facile compilazione, che sarà inviata a quanti aderiranno; nella stessa andranno a specificate la tipologia di esami ecocardiografici effettuati nel Laboratorio di Ecocardiografia della struttura e, nei pazienti in cui verrà riscontrata una velocità di rigurgito tricuspidale ≥ 3m/sec, sarà richiesto un ulteriore sforzo consistente in un breve approfondimento anamnestico per la identificazione dei fattori di rischio, dei sintomi, delle patologie sospettate di essere la causa della Ipertensione Polmonare osservata.
Al termine del periodo di osservazione le schede debitamente compilate potranno essere inviate alla casella di posta elettronica incipit@anmco.it oppure, se fosse impossibile inviare una e - mail, potrà essere segnalato alla Segreteria delle Aree che si occuperà di organizzare una spedizione delle schede raccolte in materiale cartaceo.
Poiché tale studio epidemiologico, il primo in Italia, è di grande interesse scientifico, sicuramente incontrerà la adesione di molti, sapendo che è necessario porre le basi per definire quali percorsi debbano seguire i pazienti con tale patologia nella nostra realtà territoriale.

La gestione dei conflitti in una Struttura Ospedaliera Complessa

Il fenomeno conflittuale nelle organizzazioni sanitarie: strategie di gestione e di controllo

di G. Rosato e E. Pasini

Il conflitto è un fenomeno comune, presente nella vita di tutti: non vi è persona che non si trovi ad essere protagonista di vicende conflittuali che possono di volta in volta sorgere e svilupparsi con modalità peculiari.
Comunque lo si connoti, qualunque sia la nozione personale che si ha di esso, il conflitto è un'esperienza condivisa da tutti ed è un fenomeno presente in maniera diffusa anche nell'ambiente ospedaliero e sanitario dove le dinamiche proprie del gruppo sono più evidenti.
Il gruppo è qualcosa di più e di diverso dalla somma dei suoi membri: ha una struttura propria – nel caso ospedaliero le UU.OO. –, fini peculiari – la cura della malattia – e relazioni particolari con altri gruppi che, nel caso della sanità, sono rappresentati dall'intera comunità.
L'essenza del gruppo è data dall'interdipendenza dei suoi membri e pertanto può definirsi come "una totalità dinamica per cui il cambiamento di stato di una sua parte interessa lo stato di tutte le altre". Il conflitto è parte integrante all'interno di ogni gruppo umano perché è il prodotto naturale della diversità e della necessità di affermazione della propria identità di singolo o di gruppo.
Secondo Kurt Lewin "Ogni gruppo, per quanto casuale, si unisce per 'fare qualcosa' e nell'esplicare queste attività le persone cooperano ognuna secondo le proprie capacità".
Il fenomeno conflittuale, nelle organizzazioni sanitarie così come in ogni contesto relazionale, è per lo più considerato come qualcosa di negativo, una situazione da evitare finché è possibile proprio perché interrompe il rapporto di cooperazione. Talvolta, invece, si può considerare il conflitto come "risorsa" la cui valenza sia vissuta come un processo di crescita, come un'apertura mentale a raccogliere la sfida, come uno stimolo a sperimentare con umiltà e pragmatismo tutti gli strumenti di comunicazione e mediazione, per una crescita relazionale sia interna all'equipe che esterna.
Perché ciò avvenga è fondamentale individuare le cause che possono determinare la nascita del conflitto e tra queste possiamo segnalare:
- la percezione che le risorse in gioco sono scarse;
- la divergenza di interessi;
- il rancore;
- la percezione di non equità tra quanto si è ricevuto e quanto si è dato;
- i conflitti passati non risolti.

Nel mondo delle professioni sanitarie possiamo identificare almeno quattro aree in cui le relazioni tra gli attori possono originare conflitti:
• quella del rapporto tra Operatori Sanitari (Medici e Infermieri) e Pazienti;
• quella interna alla equipe sanitaria (Medico - Medico e Medico - Infermiere);
• quella tra cittadini - pazienti - utenti ed Organizzazione Sanitaria.

Se entriamo in quest'ottica, il nostro punto di vista si arricchisce della valenza del "come agire" un conflitto. Il conflitto non può essere ignorato nella ricerca di un'utopica assenza di contrasti. È però necessario ristrutturare la nostra percezione del conflitto, interiorizzando la convinzione che esso è "un luogo in cui agisce la relazione tra due soggetti diversi" in cui ci sono contrasti e divergenze, ma in cui possono avvenire confronti, scambi e negoziazioni.
Diventa fondamentale pertanto porre in essere strategie mirate alla gestione di esso in modo da promuovere il passaggio da una prospettiva di scarsità ad una prospettiva di abbondanza delle risorse in campo.
A riguardo possiamo enumerare alcune strategie:
- contending: seguire i propri interessi senza tenere in conto quelli della controparte;
- problem - solving: nuova configurazione delle questioni in gioco (win - win);
- compromesso: individuare un punto intermedio tra le proprie richieste e quelle della controparte;
- yelding: cedere alle richieste della controparte;
- inazione: sospensione di ogni decisione circa il modo di affrontare il conflitto;
- complessità: una combinazione delle varie strategie.

La crisi del tradizionale modello di medicina paternalistica ha innescato una vera e propria rivoluzione ed ha ridefinito il contesto relazionale e di lavoro degli Operatori Sanitari, costringendoli a ristrutturare il loro approccio al Paziente nella direzione di un maggior rispetto della sua

> “L’inevitabile conflittualità che si determina in ogni gruppo umano a causa delle diversità dei componenti può essere gestita in modo positivo in quanto può essere vissuta come momento di crescita, come un’apertura mentale a sperimentare nuove forme relazionali. A riguardo si possono applicare strategie mirate affinché si trasformi un disvalore in valore.”

Murales a Firenze, foto di Stefano Di Prima

autonomia, basti pensare al consenso informato, ed alla corresponsabilizzazione del Paziente, che diventa soggetto attivo nelle decisioni inerenti alla gestione della sua malattia.
Sicuramente questo cambiamento epocale ingenera nuovi conflitti, ma rappresenta una opportunità di crescita in termini di sfida per il mondo sanitario che è chiamato a rispondere ai nuovi bisogni ed alle nuove percezioni di una società in evoluzione.
È opportuno che il conflitto emerga, ma soprattutto che venga gestito correttamente.
Per creare le condizioni di gestione dei conflitti è necessario incoraggiare la maturità delle parti e ciò si può ottenere attraverso:
- la consapevolezza degli eccessivi costi sostenuti;
- la rimozione delle situazione di stallo;
- l’emergere di opportunità di guadagno attraverso la collaborazione con la controparte.

Posta la questione in questi termini, il conflitto diventa una “opportunità di relazione”. La capacità di riconoscere e gestire il conflitto con modalità alternative quali la mediazione è una risorsa a disposizione delle organizzazioni sanitarie, da un lato per contenere il livello di contenzioso fra struttura sanitaria e paziente, dall’altro per migliorare le condizioni e le modalità di lavoro delle équipe.
Evidenziare le peculiarità del conflitto nelle organizzazioni sanitarie, dove il coesistere di sofferenze e di responsabilità, di angosce e aspettative da un lato, e di limiti tecnici e scientifici dall’altro, fa spesso sorgere scontri ed esaspera gli stati d’animo.
La mediazione offre alle parti gli strumenti che consentono il riconoscimento reciproco e la costruzione di nuove modalità relazionali condivise. All’interno delle organizzazioni sanitarie il conflitto può emergere in forme differenti: nella relazione fra paziente e personale medico e infermieristico, così come all’interno delle équipe sanitarie.
Perché, quindi, la conflittualità si trasformi in risorsa è necessario che il conflitto passi da affettivo a cognitivo, che cioè divenga momento di crescita e non paralizzi l’agire.
Come in ogni gruppo, pertanto, è la leadership che deve essere capace di gestire il conflitto secondo precisi obiettivi:
- affrontare la trattativa come un evento nel contesto di una relazione a lungo termine;
- ricercare il vantaggio comune;
- sottolineare l’equità e la giustizia;
- sostenere la logicità delle proprie posizioni negoziali;
- comunicare in modalità simmetrica: mirare alla parità ed al confronto;
- evitare trattative che possono compromettere il futuro della relazione.

Una importanza fondamentale, in questa ottica, assume la relazione comunicativa, in quanto la “comunicazione efficace, la capacità empatica e l’ascolto attivo vengono sempre più percepite come competenze importanti sul piano relazionale, non solo nel rapporto con i pazienti, ma anche come risorsa fondamentale per la valorizzazione e la motivazione del personale in un’ottica di lavoro di gruppo. La comunicazione come “arte del conflitto” è un potente strumento non solo di prevenzione ma anche di gestione delle controversie, in quanto permette di agire il conflitto, ma spostandolo su un piano simbolico; offre così la possibilità di decodificarlo, di analizzarlo, aprendo la porta a possibili processi di soluzione” (A. Valdambrini).
Per concludere possiamo sostenere che la capacità di comunicare, di negoziare e di mediare costituiscono un meccanismo di coordinamento degli esseri umani capace di risolvere i conflitti creando valore.

Cardionursing 2008

Un Congresso... di successo!

di Annalisa Fiorillo

Anche quest'anno la splendida ed accogliente Firenze ha ospitato il Cardionursing ANMCO, evento nazionale tra i più rappresentativi nel panorama della formazione continua in Cardiologia.
Con soddisfazione si è registrato forte interesse tra i partecipanti al Congresso, soprattutto per gli argomenti trattati: la Cardiologia clinica e interventistica, l'emodinamica, la Cardiologia pediatrica, la diagnostica laboratoristica e strumentale, la ricerca infermieristica, il risk management.
Efficacemente concentrato nell'ambito di due giornate, il Congresso ha visto il succedersi di relatori e moderatori che nelle loro esposizioni hanno evidenziato la crescita culturale e la capacità formativo - relazionale della professione.
Il Congresso di quest'anno è stato per il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing motivo di orgoglio, questi i numeri:
1131 iscritti, 196 ricercatori per lo studio Blitz 3, 109 relatori, 49 moderatori, 54 docenti coinvolti nei Minimaster, 2 le Main Session, 4 i Simposi, 2 Mini - Corsi, 4 i Minimaster, 97 abstract presentati, 39 comunicazioni orali - di cui 7 premiate - e 41 i poster.
Il Congresso ha aperto i lavori con la tradizionale Main Session che quest'anno di tradizionale ha avuto poco. "Il cammino della professione infermieristica in Italia e in Europa", l'argomento trattato, nel quale grande enfasi è stata data dai relatori al ruolo apicale della formazione, per acquisire competenze specifiche in ambito di nursing cardiologico.
I Simposi presentati hanno avuto tutti un audit molto alto:
- "La gestione delle emergenze intraospedaliere";
- "Il controllo glicemico in terapia intensiva";
- "La sicurezza del paziente in cardiologia";
- "La sincope ed i nuovi percorsi assistenziali".

Hanno rappresentato momenti di grande crescita culturale sia per i contenuti scientifici delle relazioni, sia per l'occasione di confronto offerta ai partecipanti.
I Mini - Corsi, novità di quest'anno, uno sulla Cardiochirurgia e l'altro sulla Cardiologia pediatrica interventistica e non, hanno decretato la vittoria di una sfida lanciata dal Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing, il cui obbiettivo era quello di offrire un Congresso che soddisfacesse le esigenze di formazione a 360 gradi.

Particolarmente interessante il confronto tra i vari protocolli di assistenza provenienti da Centri Cardiologici geograficamente distanti, che ha permesso di analizzare le differenze, alla luce delle indicazioni fornite dall'Evidence Based Medicine e Nursing.
Come ogni anno grande rilievo è stato data alla sessione delle Comunica-

zioni presentate, espressione dell'alta professionalità che gli Infermieri mettono a disposizione dei pazienti.
Gli abstract presentati sono stati tutti estremamente ricchi di contenuti e di esperienze innovative, pertanto non è stato facile il lavoro dei componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing, che tra questi (con un sistema ricordiamo essere "in cieco") ne hanno premiati sette. Il più alto punteggio è andato oltre che all'originalità del lavoro, alla sua applicabilità nell'ambito di un processo assistenziale.
Questi i centri premiati:
- Azienda Ospedaliera - Universitaria Maggiore della Carità di Novara;
- ASL n°6 Livorno Cecina Po - Centro di educazione alla salute, U.O. Cardiologia Cecina;
- ASL n° 2 Ospedale Maria Vittoria, Torino Nord - Corso di laurea in Infermieristica di Torino;
- Fondazione Maugeri di Pavia - Divisione di Cardiologia riabilitativa (che è stata premiata per due lavori);
- Ospedale S. Chiara di Trento - U.O. di Cardiologia ed UTIC;
- ASS n°2 Isontina Ospedale Civile di Gorizia.

Successo decretato anche per i Mini - Master, che quest'anno sono stati quattro:
- "L'infermiere e lo scompenso" (67 partecipanti);
- "Elettrocardiografia clinica" (92 partecipanti);
- "La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio" (34 partecipanti);
- "Come si fa Ricerca" (42 partecipanti).

Tutti e quattro hanno rappresentato un'occasione di formazione altamente specialistica, soprattutto grazie al valore aggiunto del corpo docente, da anni impegnato nell'ambito della formazione.
L'Assemblea degli Iscritti all'Area Nursing ha segnato un momento molto importante dell'Area.
La presentazione del nuovo regolamento, la nuova figura del Chairman Infermieristico, l'importanza del ruolo dei Referenti Regionali, ai quali è stato chiesto di essere il collegamento tra l'Area Nursing e la periferia, le novità del Sito WEB ANMCO e l'impegno preso da parte del Comitato di Coordinamento di dare sempre più spazio alla ricerca infermieristica, hanno rappresentato i principali argomenti affrontati.
In questa occasione è stata ribadita l'importanza della partecipazione degli iscritti, auspicando un coinvolgimento attivo degli stessi, per la preparazione del prossimo Cardionursing, attraverso l'invio di proposte e/o lavori su argomenti di propria competenza.
Insomma è stato un momento di incontro costruttivo, durante il quale sono stati analizzati gli aspetti positivi e le criticità del Congresso.
Il nostro impegno sarà quello di trasformare queste criticità in aree di miglioramento.
Nell'ambito della Convention delle UTIC in cui sono stati presentati i dati del Blitz 3, la Sig. Caredda, Infermiera di Cagliari, ha presentato una eloquente immagine del ruolo e della funzione dell'Infermiere, dal Censimento Infermieristico delle UTIC al Blitz 3.

La Main Session finale dedicata alle Sindromi Coronariche Acute è stata un'eccellente excursus della malattia, dal vissuto raccontato da un paziente, all'ottimizzazione dell'assistenza sia in fase pre - ospedaliera che riabilitativa.
In conclusione, forse perché il programma particolarmente ricco ha soddisfatto le esigenze di molti, forse perché ogni relazione aveva come punto centrale il paziente, forse perché l'alta competenza dei docenti e dei moderatori ha reso gli argomenti ancor più interessanti, forse perché è sempre più sentita l'esigenza di confrontarsi e aggiornarsi, forse perché il lavoro del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing è stato grande, come grande è stato il lavoro della Segreteria ANMCO e della Segreteria OIC, (che a nome del board ringrazio per la loro presenza e…pazienza), forse per tutto questo è stato un Congresso… di successo!

Vi aspettiamo, sempre più numerosi, al prossimo Cardionursing 2009!

Come reimpostare la prevenzione secondaria dopo una Sindrome Coronarica Acuta: una proposta operativa

di Stefano Urbinati

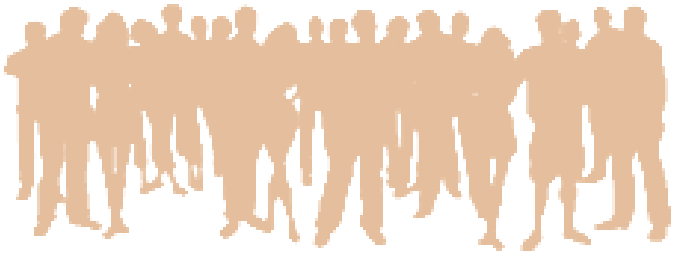
I dati disponibili sull'inadeguato controllo dei fattori di rischio dopo una Sindrome Coronarica Acuta e sulla percentuale di pazienti che sospendono i farmaci durante il follow - up suggeriscono la necessità che la prevenzione secondaria sia affrontata con mentalità nuova e soprattutto con strumenti nuovi. In particolare è interessante osservare i risultati dell'EUROASPIRE III, che ha fotografato la situazione dopo sei mesi da un evento coronarico, per constatare che se il controllo di fattori di rischio per cui disponiamo di farmaci potenti e ben tollerati, come ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa, è in fase di miglioramento, rimane critica la situazione nei confronti dei fattori di rischio "difficili" da trattare, come obesità, abitudine al fumo o diabete, nei confronti dei quali il Cardiologo, da solo, non è in grado di ottenere risultati soddisfacenti. Riguardo il diabete una recente pubblicazione del Registro europeo Eurosurvey ha segnalato che una percentuale non trascurabile di pazienti dopo Sindrome Coronarica Acuta viene dimesso con valori glicemici > 126 mg/dl senza che la diagnosi di diabete di nuova insorgenza venga riportata nella lettera di dimissione e vengano prescritte terapie e modalità di controllo adeguate.

Finora il problema dell'impostazione della prevenzione secondaria è stato affrontato in maniera manichea: da un lato coloro che hanno ritenuto fosse sufficiente la raccomandazione data alla dimissione o durante il controllo ambulatoriale confidando sull'"autorevolezza" del Medico, dall'altra coloro che hanno acquisito la consapevolezza che un'adeguata prevenzione secondaria possa essere perseguita solo con programmi strutturati di Cardiologia Riabilitativa. La prima posizione, alla prova dei fatti, si è dimostrata poco efficace, mentre la seconda, supportata da metanalisi ed importanti esperienze, purtroppo deve scontrarsi con la realtà, secondo la quale i pazienti che accedono ad un simile programma dopo Sindrome Coronarica Acuta sono ancora una minoranza.

Probabilmente questo stato delle cose dovrebbe indurci a "ripensare" l'impostazione della prevenzione secondaria, attualmente svolta in maniera empirica e non supportata da un'adeguata organizzazione, alla ricerca di proposte efficaci e sostenibili dall'attuale SSN.

Una proposta operativa, come quella che è in fase di elaborazione da parte dell'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO potrebbe essere la seguente, articolata su tre diversi livelli. Primo livello, gestito direttamente dall'U.O. di Cardiologia che dimette il paziente e rivolta a tutti i ricoverati per Sindrome Coronarica Acuta. Si tratta di un programma di minima, a cui tutti i pazienti devono poter accedere, in cui il minimo comune denominatore dovrebbe essere costituito da un counseling pre - dimissione, che potrebbe essere effettuato dal personale infermieristico e dovrebbe essere standardizzato sulla base di tecniche psicologiche acquisite mediante programmi di formazione "ad hoc". Il counseling ha la finalità di rendere consapevole il paziente e i suoi familiari (o i caregivers) sulle caratteristiche della malattia, l'importanza di non sospendere i farmaci prescritti, la necessità di avviare una riflessione sulla possibilità di modificare alcune abitudini di vita che hanno concorso all'evento. Sulla base dell'esperienza maturata nello scompenso cardiaco, anche in questo caso l'apporto del personale infermie-

ristico può risultare determinante, come sta verificando anche lo studio EUROACTION.
Secondo livello, riguardante i pazienti che presentano fattori di rischio che sono difficilmente controllabili soltanto con il counseling o con i trattamenti indicati alla dimissione. In questi casi è proponibile l'attivazione di percorsi specifici, che potrebbero essere codificati a livello di Azienda Sanitaria, gestiti da professionisti esperti nel singolo campo. Per esempio, nel caso del paziente fumatore potrebbe essere proponibile avviare il soggetto ad un Centro anti - fumo, così nel caso del paziente obeso sarà necessario prendere accordi con un Centro Dietologico per le Obesità, mentre ogni paziente diabetico dovrebbe accedere ad un percorso predefinito. Per rendere operativo il secondo livello è necessario che, a livello locale, vengano censite le possibilità/disponibilità in questo senso avviando rapporti di collaborazione organici, che possano essere attivati con facilità (se non addirittura automaticamente) al momento della dimissione o del primo controllo ambulatoriale.
Terzo livello, riguardante pazienti "complessi", con profilo di rischio elevato, cioè che presentano numerosi fattori di rischio, comorbidità o disabilità di fronte ai quali dovrebbe essere sempre presa in considerazione la possibilità di attivare un ciclo strutturato di Cardiologia Riabilitativa, che metta a disposizione l'intero "pacchetto" comprendente il programma di prevenzione secondaria gestito da un'equipe multi professionale, comprensivo del training fisico e dell'intervento psicologico, la gestione delle comorbidità e delle disabilità.
Questo modello di prevenzione secondaria per "livelli di rischio" dovrebbe essere discusso in ordine alla sua congruenza e alla sua possibilità di integrarsi con la realtà organizzativa delle Cardiologie italiane. L'Area Prevenzione Cardiovascolare nei prossimi anni si propone di supportare con evidenze scientifiche questa articolazione della prevenzione secondaria.
Innanzitutto, per definire in maniera più precisa lo stato della prevenzione secondaria in Italia, è necessario raccogliere in maniera sistematica i dati sulla aderenza alle terapie farmacologiche e alle raccomandazioni fornite alla dimissione.
Per dimostrare l'efficacia dell'impostazione del primo livello, in assenza di una letteratura codificata sull'argomento, l'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO sta elaborando uno studio randomizzato sul ruolo del counseling infermieristico alla dimissione sull'aderenza alla terapia farmacologica e allo stile di vita raccomandato. Riguardo al secondo livello di intervento ci si propone di "mappare" le attività di prevenzione effettuate presso le U.O. di Cardiologia e soprattutto verificare se nelle diverse realtà locali sia possibile definire alcuni percorsi cui avviare i pazienti dopo una Sindrome Coronarica Acuta. Esempio tipico è rappresentato dall'abitudine al fumo che potrà essere contrastata forse in maniera più efficace, con l'attivazione in maniera sistematica dei Centri Anti - fumo largamente presenti sul territorio nazionale e in alcune aree distribuiti in maniera capillare. Infine, per quanto riguarda il terzo livello, quello riguardante la Cardiologia Riabilitativa, le strutture disponibili in Italia sono numericamente in aumento, come dimostra anche la recente survey ISYDE 2008, anche se l'afferenza riguarda soprattutto i cardioperati.
Se vi sarà un'adeguata implementazione dei primi due livelli, troverà inevitabilmente un suo ruolo il terzo livello, cioè l'accesso alle Cardiologie Riabilitative, che dovrebbe riguardare pazienti complessi, con livelli di rischio elevati, comorbidità e disabilità associate. In questo caso piuttosto che l'attivazione di una serie di percorsi autonomi sembra o più razionale e cost - effective programmare un ciclo di riabilitazione cardiologica, che deve essere effettuato con modalità organizzative agili e flessibili, preferibilmente all'interno della stessa U.O. di Cardiologia o in una struttura in stretto rapporto funzionale con questa. La tipologia dell'intervento dovrebbe essere ambulatoriale o di Day Hospital e dovrebbe prevedere chiari indicatori di performance.
Nei prossimi anni gli studi e le survey previste potranno dare delle risposte sulla efficacia e sulla sostenibilità di questa proposta operativa.



Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2007-2008

AREA ARITMIE
Chairman: Giuseppe Inama (Crema)
Co - Chairman: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Comitato di Coordinamento:
Maurizio Landolina (Pavia)
Claudio Pandozi (Roma)
Orazio Pensabene (Palermo)
Alessandro Proclemer (Udine)
www.anmco.it/aree/elenco/aritmie

AREA CHIRURGICA
Chairman: Claudio Grossi (Cuneo)
Co - Chairman: Luigi Martinelli (Genova)
Comitato di Coordinamento:
Renato Albiero (Palermo)
Carlo Fucci (Ome - BS)
Gianfranco Iacobone (Ancona)
Giuseppe Marinelli (Bologna)
www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA
Chairman: Gianni Casella (Bologna)
Co - Chairman: Giuseppe Fradella (Firenze)
Comitato di Coordinamento:
Maria Rosa Conte (Rivoli - TO)
Leonardo De Luca (Roma)
Giovanna Geraci (Palermo)
Maddalena Lettino (Pavia)
www.anmco.it/aree/elenco/uticHotLine/emergenza

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 (ad interim): Stefano Urbinati (Bologna)
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

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

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

Vuoi diventare Socio ANMCO?

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

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

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

L'iscrizione prevede il pagamento di E 10,00 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 50,00 per i Soci Aggregati

Il suddetto importo include la somma di Euro 7,50 (sette/50) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società 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

per il tuo cuore
Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS

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 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**

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

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

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

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27.02.2004 n. 46) art. 1 comma 2 DCB - Roma"

Autorizzazione del tribunale di Roma
N. 524/2002 del 18/09/2002

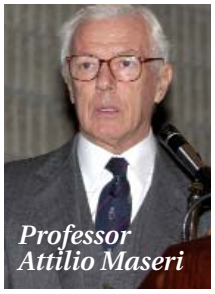
NOTIZIARIO
news
PER IL CUORE

PER IL cuore
FONDAZIONE INTERNAZIONALE DI RICERCA ONLUS

GENNAIO/GIUGNO 2008 **I.R.** SEMESTRALE - ANNO 6 - NUMERO 1

Cambiare marcia. Per il cuore

Nell'ultimo consiglio Direttivo della Fondazione Internazionale per il cuore onlus è stata deliberata la sua confluenza, ivi compreso il relativo patrimonio, nella Heart Care Foundation, la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari di ANMCO (Associazione Italiani Medici Cardiologi Ospedalieri) con il nuovo logo: "per il tuo cuore".


Professor Attilio Maseri

Cari Soci e Sostenitori tutti,
siamo entrati in una fase di cambiamento epocale per la nostra Fondazione.
Nella mia vita professionale, di medico e ricercatore, ho ricevuto dalla cardiologia mille volte di più di quanto avessi potuto sognare da giovane cardiologo. E' giunto per me il tempo di ridare alla cardiologia quanto più possibile di quello che ho ricevuto.
I miei successi sono stati il risultato della giovane inclinazione a cercare di capire perché alcuni malati avevano una diversa presentazione, evoluzione e risposta delle loro malattie alle terapie, che non rispecchiava affatto quanto riportato nei "testi sacri".
I pazienti avevano ragione! La causa dei loro disturbi era diversa da quello che tradizionalmente era accettato, e dovevano essere trattati in modi nuovi.

Un nuovo inizio

La ricerca di base sviluppa mezzi di indagine sempre più potenti: bisogna focalizzarli su nuovi perché. Ecco cosa cambia nel nostro lavoro

Un rinascimento italiano della ricerca delle cause delle malattie cardiovascolari. Questa la sfida che stiamo per intraprendere. Fino ad oggi la ricerca si è concentrata su gruppi molto ampi di pazienti, per avere risultati più standardizzati. Questa impostazione ha dato grandi risultati, ma non ci aiuta a capire perché alcuni pazienti hanno problemi nonostante le terapie e altri invece godano di buona salute nonostante siano considerati a rischio. Concentrandoci sulla media, perdiamo tutti quelli che per motivi ancora ignoti, deviano dal comportamento standard.

Ecco perché è quanto mai importante concentrarci sui singoli pazienti, sulla loro biodiversità, sulle loro storie personali.

E qui entra in gioco l'Associazione italiana medici cardiologi ospedalieri (ANMCO), l'unica organizzazione al mondo che riunisce 5.000 cardiologi iscritti. Il Centro studi ANMCO di Firenze raccoglie tutti i dati registrati sul territorio nazionale per i casi selezionati. Uno strumento preziosissimo già ben collaudato, per seguirli nel tempo e valutarne il decorso e la risposta alla terapia.

Agiremo da veri e propri "detective": la curiosità sarà fondamentale quanto la pazienza per aprire vie nuove alla ricerca. Tutti i cardiologi hanno la possibilità di sentirsi parte di questa "squadra di detective" segnalando i casi irrisolti. Tra i casi selezionati dalla rete ANMCO, sceglieremo quelli che più si discostano dal comportamento medio per presentazione clinica, risposta alla terapia, livelli di predittori ed evoluzione. Potremo così creare dei sottogruppi sui quali poi concentrare la ricerca di base, biologica, molecolare, genetica. Ottimizzare la prevenzione e terapia "su misura" è il nostro obiettivo finale.

Questa è la nuova frontiera della ricerca, la sfida che ci accingiamo ad affrontare, primi al mondo. Per tutti noi è il naturale proseguimento di un percorso intrapreso nel 1998. Un percorso in cui non siamo stati soli. I risultati della Fondazione per il Cuore (che ricordiamo dettagliatamente a pagina 3) sono stati possibili anche grazie al vostro aiuto. Per questo, vi chiediamo di sostenerci devolvendo il vostro 5 per mille alla Heart Care Foundation. Sarà anche per voi il modo più naturale di proseguire ad aiutare la nostra ricerca. Per la salute di tutti, per la vostra salute.

Grazie. Di cuore.

N.B. I contributi già versati a favore della Fondazione per il Cuore confluiranno nel fondo della Heart Care Foundation, data la programmata fusione delle due fondazioni.

Costituita il 30 giugno 1998 e riconosciuta dal MURST il 18 marzo 1999, la Fondazione Internazionale di Ricerca per il cuore onlus, ha assorbito nel 1999 l'Associazione Ricerche Coronariche, fondata dal Professor Maseri nel 1992 e presieduta da Susanna Agnelli. Obiettivo della Fondazione è promuovere la ricerca sulle cause dell'infarto, ed il suo compito è raccogliere fondi per il raggiungimento di tale obiettivo.

Consiglio Direttivo – dal 2001 al 2005:
- Umberto Vattani, *Presidente*
- Susanna Agnelli, *Presidente onorario*
- Fabiano Fabiani
- Andrea Monorchio

Consiglio Direttivo – dal 2006 al 2008:
- Andrea Monorchio, *Presidente*
- Susanna Agnelli, *Presidente Onorario*
- Fabiano Fabiani, *Consigliere Delegato*

Comitato Scientifico – dal 2001 al 2005:
- Piero Anversa, *New York Medical College, USA*
- Eugene Braunwald, *University of Harvard, USA*
- Maria Benedetta Donati, *Mario Negri Sud, Italia*
- Roberto Frye, *Mayo Clinic, USA*
- Cornelius Kluft, *Gaubius Laboratory, Olanda*
- Peter Libby, *Brigham and Women's Hospital, USA*
- Aldo Maggioni, *Centro Studi Ass. Naz. Medici Cardiologi Ospedalieri, Italia*
- John Martin, *King's College School of Medicine, Gran Bretagna*
- Carlo Patrono, *Università di Chieti, Italia*
- James Willerson, *University of Texas, USA*

Comitato Scientifico – dal 2006 al 2008:
Prof. Piero Anversa, Prof. Anton Becker, Prof. Gerolamo Lanfranchi, Prof. Zaverio Ruggeri

Direttore Scientifico – fino al 2008:
Professor Attilio Maseri

Consigliere Delegato – fino al 2008:
Fabiano Fabiani

Segretario Generale – fino al 2008:
Francesca Zagni

Consulente fiscale e amministrativo in appoggio al Consigliere Delegato – fino al 2008:
Alberto Mancini

Collegio dei Revisori dei Conti – dal 2001 al 2008:
Luigi Pacifico, Presidente
Carlo Tixon
Franco Morselli

Consulenti per la contabilità e bilancio – fino al 2005:
KPMG SpA per attività gratuita di revisione del bilnacio
KPMG Fides Fiduciaria SpA per contabilità e amministrazione

Delegazione Lazio – fino al 2008:
Giovanna Sacchetti, *Presidente*

Delegazione Lombardia – fino al 2004:
Giuseppe Barbiano di Belgioioso, *Presidente*

Personale dipendente – fino al 2008:
Katia Saulli
Stefania Sarrocco

FAMI, missione compiuta

La raccolta dati dello studio FAMI (*First acute myocardial infarction*) è stata una sfida, da alcuni ritenuta impossibile, ma completata con pieno successo. Sono stati arruolati, come da protocollo, pazienti con il loro primo infarto "a ciel sereno", che non avevano precedenti malattie cardiovascolari, entro 6 ore dall'inizio dei sintomi, di cui 477 pazienti e 396 controlli **italiani**, 270 pazienti e 206 controlli **scozzesi**, 459 pazienti 383 controlli **cinesi**.

Il fine dello studio è la valutazione del ruolo relativo della componente genetica e di quella ambientale come casa prevalente dell'infarto nelle tre etnie. I risultati iniziali dello studio dimostrano la notevole prevalenza dello stile di vita sulle differenze etniche come causa predisponente. Sono attualmente in corso gli studi sul ruolo della componente genetica e dei fattori precipitanti infiammatori e trombotici.

Direttore del Progetto:
Dr. Domenico Cianflone *Dip.to Cardio Toraco Vascolare Univ.Vita-Salute San Raffaele*

Project Manager: Dott.ssa Nicole Cristell

Sedi di Ricerca:
- Cardiovascular Center Beijing Tngren Hosp.(Cina) - Prof.Dayi Hu, Dr. Hui Li
- Dept.of Cardiology Royal Infirmary of Edinburgh (Scozia) - Prof. Neal Uren
- Agenzia regionale della Sanità, Friuli Venezia Giulia Dr. Diego Vannuzzo

Attivazione di 40 centri ospedalieri italiani
tra i quali l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma - Prof. Filippo Crea

www.famistudy.it www.famistudy.it

1998: nasce la Fondazione

1998: Premio Invernizzi per la Medicina 500 milioni (devoluti alla Fondazione per il cuore).

1999: alla presenza del Presidente della Repubblica viene inaugurato il Centro Ricerche coronariche presso l'Istituto di Cardiologia dell'Università Cattolica, Policlinico Gemelli, sviluppato completamente con il supporto della Fondazione per il cuore con un notevole contributo ricevuto dalla Fondazione Cariplo.

1999: Conclusione dello Studio SPAI che ha arruolato 849 pazienti con minaccia di infarto ricoverati in 14 Unità Coronariche italiane e li ha seguiti per 6 mesi dopo la dimissione, per identificare i predittori dell'evoluzione verso l'infarto. I campioni di sangue di ogni paziente sono conservati nella banca biologica dell'Istituto San Raffaele e sono in corso le analisi per il confronto con i pazienti che stanno avendo un infarto, arruolati nello studio FAMI (per gli aspetti biomolecolari e genetici), sviluppato con un cospicuo contributo ricevuto dalla Fondazione Cariplo.

L'attività svolta nei laboratori, attualmente diretta dal professor Filippo Crea, ha reso possibile la pubblicazione, negli ultimi 3 anni, di 18 lavori scientifici in riviste con IF. I dati più significativi emersi in tali studi sono i seguenti:

- la dimostrazione di un importante ruolo patogenetico dei neutrofili residenti nella placca instabile nelle prime ore dell'instabilità coronarica
- la dimostrazione che la disregolazione dei T linfociti in pazienti con sindromi coronariche acute ha un importante impatto negativo sulla prognosi
- la dimostrazione che l'entità della mobilizzazione spontanea delle cellule staminali è un importante predittore del rimodellamento ventricolare post-infartuale

2001: Parte il progetto FAMI che si propone di indagare le componenti infiammatorie, ambientali e genetiche dell'infarto in tre gruppi etnici a prevalenza di infarto estrema: scozzesi (molto alta), cinesi (molto bassa), italiani (intermedia) (con il notevole contributo della Fondazione Ente Cassa di Firenze e successivamente con il finanziamento del Ministero della Ricerca € 1.300.000, 2001 – 2004 e vari, notevoli contributi della Fondazione "per il Cuore")

2002: vengono pubblicati sul New England Journal of Medicine (la più prestigiosa rivista medica del mondo) i risultati di uno studio completato nell'Istituto di Cardiologia del Policlinico Gemelli. Questi risultati hanno mostrato che, nei pazienti con minaccia di infarto, si osserva un processo infiammatorio acuto diffuso a tutte le arterie coronarie.
Questo studio rappresenta il seguito di quello che abbiamo pubblicato nel 1994 nella stessa rivista e che ha fatto puntare i riflettori della ricerca mondiale sulle cause scatenanti infiammatorie dell'infarto.

2003: creati i laboratori del Centro di Eccellenza per la ricerca clinica cardiovascolare post-genomica presso l'Istituto Scientifico San Raffaele a Milano (contributo della Fondazione "per il Cuore" e della Fondazione Ente Cassa di Firenze) (Al dicembre 2007 la banca dati biologici del San Raffaele ha accumulato oltre 25.000 aliquote di plasma siero e DNA dei pazienti SPAI FAMI e San Raffaele)

2004: Gran Prix Scientifique dell'Institute de France 500.000 euro (devoluti alla Fondazione "per il Cuore")

2005: Il MIUR ha assegnato un finanziamento per le analisi biomolecolari e genetiche dei campioni FAMI di € 1.483.000 per il triennio 2006-2009 che proseguirà presso l'Istituto San Raffaele. (Progetto FIRB RBLA05ACJZ)

2004–2008: Sono in elaborazione i dati dello studio eseguito al San Raffaele sul ruolo dei meccanismi infiammatori nelle primissime ore dall'infarto (interamente sostenuto dalla Fondazione "per il Cuore"). I risultati, che appaiono rivoluzionari, saranno presto inviati alle più prestigiose riviste cardiologiche mondiali

La Fondazione ha erogato:

1998–2008: **67** contratti di ricerca; **4** dottorati della durata di tre anni; 4 borse di studio; **3** master in cardiologia. Alla fine 2007 **25** collaborazioni per attività di comunicazione diffusione.

Tra il 1992 e il 1998 le ricerche finanziate col contributo della fondazione hanno prodotto 132 pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali. Tra il 1998 e il 2008 le pubblicazioni sono state 162.

2008: Fondazione per il cuore confluisce con la Heart Care Foundation nella Fondazione "per il Tuo Cuore". La nostra gratitudine va alle persone ed agli enti che ci sono stati vicini permettendoci di ottenere questi risultati.

Firenze, il rinascimento della ricerca cardiologica

Il **26 maggio 2008** è stata inaugurata la sede operativa della Fondazione "per il Tuo Cuore" HCF in via La Marmora 36 a Firenze, ristrutturata con il contributo liberale del professor Maseri. Questo spazio di 350 mq è la base operativa di HCF.

Nuovi numeri utili: tel. 055/575661 – fax 055/582756
e-mail: info@heartcarefound.org – web: www.periltuocuore.it

Coordinate Bancarie
Beneficiario: Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari Onlus
Codice IBAN: IT40 E061 6002 8010 0002 1243 C00

Coordinate Postali
c/c n. 24411506 intestato a Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari Onlus

Ringraziamo tutti coloro che hanno deciso di accogliere il nostro invito a destinare la propria quota del **5 per mille per l'anno 2007** a sostegno dei programmi di ricerca della **Fondazione per il Cuore**.

N.B. I contributi già versati a favore della Fondazione per il Cuore confluiranno nel fondo della Heart Care Foundation, data la programmata fusione delle due fondazioni.

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055/588784 - Fax 055/579334
e-mail: aree@anmco.it

Aree ANMCO chi è interessato?

Utilizza il presente modulo anche se non hai ancora dato il consenso per il trattamento dei dati personali

COGNOME _____ NOME _____

☐ **Socio ANMCO** ☐ **Non Socio** ☐ **Direttore di struttura complessa**

☐ **Responsabile di struttura semplice** ☐ **Dirigente** ☐ **Infermiere** ☐ **Altro**

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

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

Data _____ Firma _____

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

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

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

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____

ABITAZIONE: INDIRIZZO _____ FAX. _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ TEL. _____

FAX _____ PRIMARIO O F.F. _____

Qualifica:

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

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

	A cura dell'ANMCO
Inviatemi il codice di accesso a mezzo ☐ FAX _____ ☐ E-mail _____ ☐ POSTA _____	**Non compilare** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Non compilare** Codice ANMCO _ _ _ _ _ _ **Non compilare** Codice unico _ _ _ _ _ _
Codice attribuito **USERNAME** _____ **PASSWORD** _____ **Firma Segreteria ANMCO** _____	

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

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

_____

_____

_____

Consigli Regionali ANMCO 2008 - 2010

ABRUZZO
Presidente: Laura L. Piccioni (Teramo)
Consiglio Regionale: Franco De Sanctis (Penne - PE), Domenico Di Clemente (Pescara), Raniero Di Giovambattista (Avezzano - AQ), Luciano Fagagnini Sulmona (AQ), Giacomo Levantesi (Vasto - CH), Loredana Mantini (Chieti)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/

BASILICATA
Presidente: Berardino D'alessandro (Policoro - MT)
Consiglio Regionale: Rachele Autera (Matera)
Michele Antonio Clemente (Matera)
Marco Fabio Costantino (Potenza)
Salvatore Gubelli (Venosa - PZ)
Antonio Lopizzo (Potenza)
Giuseppe Romaso (Marsicovetere - PZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/

CALABRIA
Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)
Consiglio Regionale: Federico Battista (Cosenza), Roberto Ceravolo (Catanzaro), Michele Giulio Alberto Comito (Vibo Valentia), Nicola Cosentino (Cariati - CS), Massimo Elia (Crotone), Virgilio Pennisi (Reggio Calabria)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/

CAMPANIA
Presidente: Giovanni Gregorio (Vallo Della Lucania - SA)
Consiglio Regionale: Cesare Baldi (Salerno), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia - NA), Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA), Aldo Celentano (Napoli), Angelina Martone (Caserta), Sergio Severino (Napoli), Osvaldo Silvestri (Napoli), Attilio Varricchio (Avellino)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania/

EMILIA ROMAGNA
Presidente: Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Consiglio Regionale: Nicoletta Franco (Rimini), Donato Mele (Ferrara), Massimo Pantaleoni (Reggio Emilia), Giampiero Patrizi (Carpi - MO), Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza), Claudio Reverberi (Parma), Andrea Rubboli (Bologna)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/

FRIULI VENEZIA GIULIA
Presidente Tullio Morgera (Monfalcone - GO)
Consiglio Regionale: Luigi Paolo Badano (Udine), Antonella Cherubini (Trieste), Roberto Gortan Palmanova (UD), Franco Macor (Pordenone), Patrizia Maras (Trieste), Daniela Miani (Udine), Antonio Riccio (San Vito al Tagliamento - PN), Marika Werren (Tolmezzo - UD)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/

LAZIO
Presidente: Furio Colivicchi (Roma)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma), Fabio Menghini (Roma), Roberto Mezzanotte (Ostia - RM), Serafino Orazi (Rieti), Roberto Patrizi (Roma), Giovanni Pulignano (Roma), 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), Gabriele Lupi (Lavagna - GE), Sandro Mazzantini (Genova), Claudio Rapetto (Imperia), Andrea Saccani (Genova - Nervi - GE), Daniela Sanfelici (Pietra Ligure - SV), Luisa Torelli (Savona)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/

LOMBARDIA
Presidente: Claudio Cuccia (Brescia)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Anna Frisinghelli (Passirana - Rho - MI), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Daniele Nassiacos (Saronno - VA), Marco Negrini (Milano), Roberto Pedretti (Tradate - VA), Alessandro Politi Gravedona (CO)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/

MARCHE
Presidente: Roberto Accardi (Macerata)
Consiglio Regionale: Luigi Aquilanti (Ancona), Sante Bucari (Ancona), Melissa Dottori (Ancona), Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno), Patrizia Lattanzi (Pesaro), Marco Marini (Jesi - AN), Luigi Minutiello (Fabriano - AN), Andrea Pozzolini (Fano - PU)
web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/

MOLISE
Presidente: Carolina De Vincenzo (Campobasso)
Consiglio Regionale: Placido Busico (Agnone - IS), Angela Rita Colavita (Campobasso), Gennaro Fiore (Campobasso), Pietro Lemme (Isernia), Alberto Montano (Termoli - CB), Carlo Olivieri (Isernia), Dante Staniscia (Termoli - CB), Marina Angela Viccione (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise/

P.A. BOLZANO
Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)
Consiglio Regionale: Renato Di Gaetano (Bolzano), Alessandro Mautone (Bolzano), Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ), Walter Pitscheider (Bolzano)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/

P.A. TRENTO
Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)
Consiglio Regionale: Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Marini (Trento), Simone Muraglia (Trento), Prisca Zeni (Trento)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento/

PIEMONTE/VALLE D'AOSTA
Presidente: Maurizio Dalmasso (Ivrea - TO)
Consiglio Regionale: Maria Rosa Conte (Rivoli - TO), Aldo Coppolino (Savigliano - CN), Paolo Corsetti (Torino), Luisa Formato (Moncalieri - TO), Gianni Gaschino (Torino), Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara), Paolo Scacciatella (Torino)
www.anmco-piemonte.com/

PUGLIA
Presidente: Alessandro Villella (Lucera - FG)
Consiglio Regionale: Ermanno Angelini (Brindisi), Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA), Antonio Matera (Andria - BA), Tiziana Mazzella (Lecce), Teresa Pascente (Taranto), Vitantonio Russo (Manduria - TA), Giuseppe Santoro (Conversano - BA), Giuseppe Scalera (Bari - Carbonara - BA)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/

SARDEGNA
Presidente: Rinaldo Aste (Carbonia - CA)
Consiglio Regionale: Antonio Asproni (Nuoro), Gavino Casu (Sassari), Raffaele Congiu (Cagliari), Marco Corda (Cagliari), Francesco Dettori (Oristano), Antonio Manunza (Carbonia - CA), Giuseppe Sabino (Sassari), Paolo Vargiu (Olbia - SS)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/

SICILIA
Presidente: Abele Ajello (Palermo)
Consiglio Regionale: Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP), Michele Bono (Sciacca - AG), Giuseppina Maura Francese (Catania), Salvatore La Rosa (Milazzo - ME), Pietro Lo Giudice (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa)
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), Massimo Fineschi (Siena), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Ugo Limbruno (Grosseto), Guido Parodi (Firenze)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/

UMBRIA
Presidente: Gianfranco Alunni (Perugia)
Consiglio Regionale: Daniela Bovelli (Terni), Rita Liberati Foligno (PG), Sara Mandorla (Gubbio - PG), Cristina Martino (Spoleto - PG), Maria Grazia Sardone (Perugia), Donatella Severini (Città di Castello - PG)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/

VENETO
Presidente: Marchese Domenico (Piove di Sacco - PD)
Consiglio Regionale: Emanuele Carbonieri (San Bonifacio -VR), Pietro Delise (Conegliano - TV), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Pasquetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/

I Cardiologi scelgono la qualità

di Sergio Maria Caparrotti

Come Direttore del Dipartimento di Alta Specialità del Cuore e dell'Unità Operativa di Cardiochirurgia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, oltre che come Medico, ritengo doveroso un commento alle esternazioni rese a Bari dal Prof. Maurizio Cotrufo circa le "connivenze" tra alcuni Cardiologi e le Case di Cura private, esternazioni riportate in un articolo del "Corriere del Mezzogiorno" del 20 giugno scorso.
La notizia è certamente dirompente e mi meraviglia alquanto conoscendo personalmente il Prof. Cotrufo ed essendo oramai, dopo trenta anni di professione, davvero pratico degli ambienti di cui si parla.
La mia esperienza infatti vissuta per molti anni nel pubblico, per undici anni nella Sanità privata (proprio in Puglia), e che mi vede da tre anni di nuovo dipendente di una bella realtà di Sanità pubblica con una grande tradizione nel campo della Cardiologia e Cardiochirurgia, mi suggerisce invece che il flusso di pazienti verso i Centri pubblici o privati è solo relativo alla qualità che essi sono in grado di erogare.
I Cardiologi dal canto loro, per la salvaguardia della loro reputazione oltre che per deontologia, non possono non ricercare soluzioni veloci e di qualità ai problemi dei loro pazienti. Ricevo quotidianamente e personalmente molte pressioni, appunto da Cardiologi, perché la lista d'attesa scorra velocemente e quindi i pazienti siano operati al più presto.
Ma poi, per quanto i Cardiologi possano essere garanti nei confronti dei pazienti, suggerendo il Centro a cui affidarsi, oggi, in un mondo in cui la comunicazione la fa da padrone, vale molto anche la fiducia nei risultati che un Centro di Cardiochirurgia o un chirurgo in particolare riesce a guadagnarsi nei confronti dell'utenza.
Il fondamentale concetto poi, relativo al rapporto di fiducia medico - paziente, insito nel quotidiano della nostra professione, non può non prevalere su qualsiasi altro che riguardi confini regionali o strutture pubbliche piuttosto che private. Tutte cose alle quali la programmazione della Sanità non sembra fare assoluta attenzione.
Dovrebbero invece i decisori pubblici ricordare che, mentre la gestione delle strutture pubbliche, pur chiamate Aziende, è spesso lenta e farraginosa, provocando ritardi, incidenti e malumori nell'utenza, quella delle strutture private, meno ingabbiate da concetti di mera burocrazia, permette un'assistenza sicuramente più efficace. Fatti salvi naturalmente i casi di malasanità che esistono sia nel pubblico che nel privato.

Nuove prospettive in Calabria per l'Angioplastica primaria

Attivato presso l'Ospedale "Pugliese" di Catanzaro l'HUB con tutte le caratteristiche strutturali e funzionali per far decollare una Rete per le Emergenze

di Antonio Butera

Il Piano per l'emergenza cardiologica che prevede l'effettuazione di una angioplastica primaria nei pazienti affetti da infarto del miocardio è stato approvato anche in Calabria. La sua elaborazione, sollecitata da numerosi incontri e dibattiti promossi anche dall'ANMCO regionale, è stata affidata al Prof. F. Romeo, Professore Ordinario e Direttore della Cattedra di Cardiologia dell'Università Tor Vergata di Roma.
Il Piano regionale identifica e riconosce cinque Centri HUB, e di questi il primo ad essere attivato è stato quello del "Pugliese - Ciaccio" di Catanzaro che comprende complessivamente l'intera provincia con i suoi quattro Ospedali (Lamezia Terme, Soverato, Soveria Mannelli, Chiaravalle). Il Centro Hub del "Pugliese" è dotato di apparecchiature sofisticate di ultimissima generazione (due sale con apparecchio fisso ed una con il portatile), di una equipe con almeno quattro operatori esperti, sei infermieri, due perfusionisti, sei tecnici di radiologia ed è inoltre supportato da una Unità Coronarica di grande esperienza visto che è attiva sul territorio da oltre trent'anni.
L'attivazione del Centro è stata preceduta da una riunione sollecitata dall'Assessore alla Salute regionale, On. Spaziante. All'incontro, presieduto dal Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese - Ciaccio", Dott. Vincenzo Antonio Ciconte e dal commissario straordinario ASP Dott. Angela Di Tommaso, hanno partecipato i Responsabili delle strutture che cooperano nell'emergenza (118, Pronto Soccorso, Medicina Interna, Cardiologia). In quella sede il Dott. Roberto Ceravolo, responsabile dell'emodinamica e Cardiologia interventistica dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese - Ciaccio", ha illustrato quanto sia importante, per il paziente, l'angioplastica primaria in corso di infarto del miocardio, e che l'attuazione del piano allinea la nostra Regione agli standard nazionali, assicurando alla popolazione la migliore strategia terapeutica oltreché, spesso, salvavita.
Sono state effettuate con successo, in appena trenta giorni, trentadue angioplastiche primarie e tali risultati, ottenuti grazie all'impegno e all'abnegazione non solo del personale afferente all'Unità Operativa dell'emodinamica del "Pugliese - Ciaccio" ma anche del territorio, rappresentano un segnale tangibile che la via intrapresa è corretta ed il Piano è attuabile.
L'auspicio è che tutti gli altri Centri Hub individuati possano rapidamente divenire completamente operativi per adeguatezza delle risorse strumentali ed umane e per efficienza dei collegamenti con il territorio, realizzando così, complessivamente, una Rete cardiologica che consenta ai cittadini calabresi di essere sottoposti al trattamento migliore capillarmente in tutta la Regione.
La Calabria è stata a lungo tra le ultime regioni italiane per numero di angioplastiche primarie, perché nella stragrande maggioranza dei pazienti affetti da IMA è stata effettuata, in prima istanza, la trombolisi.
Siamo certi che l'attivazione del Centro Hub di Catanzaro sarà di stimolo per l'ulteriore attuazione di questa più efficace terapia innovativa e dimostra che, nonostante le reali carenze organizzative, i Cardiologi della nostra Regione si adoperano concretamente per la crescita della Sanità a salvaguardia della salute dei cittadini.

Campagna Educazionale Nazionale sul Ritardo Evitabile: l'esperienza del Friuli Venezia Giulia

di D. Pavan e T. Morgera

Venerdì 13 giugno 2008, a Palmanova, Udine si è tenuta la Campagna Educazionale Nazionale dell'ANMCO sul Ritardo Evitabile per il Friuli Venezia Giulia. L'incontro è stato il secondo a livello nazionale, dopo quello della Regione Marche, ed è stato l'ultimo impegno del Consiglio Direttivo uscente. Riteniamo opportuno riassumerne i contenuti, gli aspetti positivi e le criticità a vantaggio di tutte le Regioni che si apprestano ad organizzare il loro evento.

Il Format dell'incontro era strutturato in modo da fornire nelle prime Relazioni le evidenze scientifiche che legano il ritardo al trattamento dell'infarto (nelle sue componenti pre, inter e intra ospedaliera) ad un outcome più sfavorevole. Questo gruppo di Relazioni faceva parte del materiale della Campagna messo a punto dallo Steering Committee.

Il secondo gruppo di Relazioni era focalizzato sugli aspetti pertinenti la realtà regionale, con l'analisi delle problematiche locali in tutte le sue varia componenti e dai diversi punti di vista, clinici e organizzativi.

Lo sforzo che i relatori hanno fatto per presentare non solo la realtà relativa alla propria sede, ma anche nel fornire una visione generale provvedendo alla raccolta di dati a valenza regionale è stato premiato: gli interventi sono stati tutti molto centrati, senza sovrapposizioni con le Relazioni (teoriche) precedenti e coordinati tra loro, grazie anche al lavoro di preparazione nei giorni precedenti.

In questa Sessione l'ANMCO Friuli Venezia Giulia ha invitato due rappresentanti della Regione Marche il cui intervento nella rispettiva Campagna era stato molto apprezzato nei contenuti e ritenuto di esempio paradigmatico per le successive. Il 118 era rappresentato dal Responsabile della Provincia di Pesaro Urbino, Dott. Alessandro Bernardi e la Cardiologia dalla Dott.ssa Stefania Uguccione, Emodinamista del gruppo del Prof. Giorgio Binetti. L'esperienza portata ha costituito un contributo importante, per le analogie geografiche con la nostra Regione, l'impianto organizzativo realizzato in linea con tutte le raccomandazioni delle Linee Guida e la qualità dei dati portati a supporto della efficacia della rete.

La mattinata è stata chiusa dalla presentazione della Campagna Ritardo Evitabile ANMCO nella sua proposta operativa, e quindi da un ampia tavola rotonda alla quale era stato invitato un rappresentante della Agenzia Regionale di Sanità, nella persona del Responsabile dell'area del governo clinico, il cui contributo è stato essen-

Foto aerea di Palmanova (Udine)

ziale per l'analisi delle criticità del sistema ed anche per porre le basi per una progettualità condivisa fra Società Scientifica e decisore pubblico.
Vi è stata totale convergenza sulla necessità di eseguire sistematicamente l'ECG a casa del paziente e di strutturare una organizzazione che preveda la centralizzazione del paziente con STEMI secondo i criteri clinici che ogni Area già ha. Nella nostra Regione vi sono aree geografiche in cui la centralizzazione rapida può trovare oggettive difficoltà sia per problemi logistici (zone montane problemi di viabilità ecc) che organizzativi; in queste aree il ruolo della trombolisi pre - ospedaliera trova sicuramente una sua utilità, che però si scontra spesso con la presenza del solo Infermiere sull'ambulanza, i cui ambiti operativi sono sembrati quanto mai confusi e contradditori per un deficit legislativo.
La Sessione pomeridiana è stata incentrata sulle modalità di intervento per contenere i ritardi e sulle evidenze scientifiche a sostegno dei vari tipi di intervento.
La giornata si è chiusa con l' intervento a cura dell'Agenzia Regionale di Sanità, che ha proposto che la Campagna Ritardo Evitabile diventi una Campagna Regionale, con il coordinamento della Regione e l'apporto tecnico dell'ANMCO, che condivideranno tempi e modalità di azione.
Gli aspetti positivi della giornata sono riassumibili nei punti seguenti. Il pregio maggiore è stato quello di riuscire a passare dal piano astratto dei concetti generali a quello più specifico relativo alla nostra realtà regionale; in questo senso è stato premiante il lavoro di coordinamento svolto, che ha fatto sì che vi sia stato una sorta di filo rosso che ha legato le varie relazioni, partendo da una premessa "sistematica" passando poi alla analisi dei dati relativi alle realtà locali (emodinamiche in primis, ma anche aspetti pertinenti gli ospedali di rete).
La presenza ed il coinvolgimento del decisore pubblico (nel nostro caso Agenzia Regionale di Sanità), anche al fine di cominciare ad analizzare le criticità e di costruire una sorta di tessuto connettivo fra ospedali, ma prima ancora fra professionisti è stata molto utile, oltre che opportuno.
Il risultato "politico" è stato già ottenuto nei fatti: il progetto ANMCO Ritardo Evitabile (dove il logo ANMCO era vicino a quello della Regione) è già stato presentato il 26 giugno a tutti i Direttori Sanitari delle ASL regionali dal Presidente ANMCO - FVG entrante, Dott. Tullio Morgera, e dal Dott. Antonio Di Chiara in qualità di membro dello Steering Committee. Abbiamo quindi ottenuto due obiettivi: il primo quello di avere il supporto dell'Agenzia al progetto, il secondo quello di costituire, sempre per l'Agenzia, un riferimento autorevole. Di entrambi i risultati pensiamo si possa essere molto soddisfatti.
Veniamo agli aspetti meno positivi.
Vi è stata una partecipazione scelta ma poco numerosa. Erano presenti tutti i Cardiologi che si occupano di Sindromi Coronariche Acute, gli Emodinamisti, i Responsabili di Struttura Complessa, ma mancavano quasi del tutto i giovani. L'iniziativa ha avuto tempi stretti per darle ampia comunicazione e la giornata lavorativa non ha aiutato. Su questi aspetti si dovrà lavorare per centrare l'obiettivo educazionale della Campagna.
Sempre nell'ambito della partecipazione, il coinvolgimento di 118, SIMEU, ecc. deve essere più estensivo e sistematico.
Infine crediamo che sia fondamentale estendere la partecipazione agli Infermieri, che dovrà essere incentivata attraverso l'accreditamento dell'evento per la loro categoria. Non vi è bisogno di sottolineare come il contributo degli Infermieri (anche per la passione che molti di loro ci mettono) sia fondamentale.
In sintesi, per concludere, l'iniziativa ANMCO ci è sembrata estremamente importante e attuale anche in una Regione dove i protocolli per il trattamento in rete dello STEMI sono presenti dalla fine degli anni '90, ma dove hanno camminato solo e sempre sulle gambe dei professionisti e della loro passione e lungimiranza. Ci ha permesso di scoprire larghe aree di potenziale miglioramento nella organizzazione e ha fornito una metodologia di lavoro. Ha dato un'immagine di serietà ed efficienza alla nostra società scientifica agli occhi del decisore pubblico, che ha recepito l'importanza e la necessità di effettuare un lavoro di coordinamento tra le varie figure professionali.
Sperando di poter essere stati di aiuto a quanti si apprestano ad organizzare la loro Campagna, auguriamo a tutti Buon lavoro!

L'ANMCO Lazio verso il nuovo biennio di attività

Continuità dell'impegno associativo per il nuovo Consiglio Direttivo ANMCO Lazio

di Furio Colivicchi

In un momento di crisi per il Servizio Sanitario Nazionale, l'ANMCO Lazio rilancia le iniziative per il miglioramento della qualità dell'assistenza cardiologica. Sindromi Coronariche Acute, Scompenso Cardiaco, Prevenzione Cardiovascolare e formazione professionale rappresentano le aree di intervento dell'Associazione nel Lazio.

L'ANMCO Lazio ha un nuovo Consiglio Direttivo. Dopo quattro anni di straordinarie iniziative culturali, formative e scientifiche e dopo tanti brillanti successi, Fabrizio Ammirati lascia la Presidenza dei Cardiologi ospedalieri del Lazio. Il nuovo biennio di attività dell'ANMCO Lazio deve, quindi, necessariamente, iniziare con un tributo. Dobbiamo, infatti, riconoscere a Fabrizio Ammirati l'impegno e la grande passione che in questi anni hanno favorito il raggiungimento di traguardi di eccezionale rilievo. Fabrizio ha reso possibile una proficua collaborazione con le Istituzioni Regionali, (Assessorato alla Salute ed Agenzia Regionale di Sanità), ha dato un Congresso alla Cardiologia Ospedaliera del Lazio ("Cardiologia nel Lazio") ed ha sempre rappresentato la coscienza critica della Regione nel Consiglio Nazionale dell'ANMCO. Grazie al suo impegno, centinaia di Cardiologi Ospedalieri del Lazio hanno avuto modo di presentare il loro lavoro in eventi formativi e congressuali, confrontandosi attivamente con i colleghi e maturando una nuova consapevolezza professionale e scientifica.
Il nuovo Consiglio Direttivo intende raccogliere questa straordinaria eredità e dare continuità alle iniziative intraprese. Le linee generali programmatiche per l'attività del nuovo biennio sono incentrate sul miglioramento della qualità dell'assistenza cardiologica nella Regione Lazio.
Gli impegni possono essere riassunti come segue.

Sviluppo del network regionale per le Sindromi Coronariche Acute (Progetto NET.SCA)

Nonostante gli sforzi profusi nell'arco degli ultimi anni, la Regione Lazio è attualmente ancora priva di una effettiva integrazione tra le diverse strutture deputate alla gestione dell'emergenza coronarica. Inoltre, le informazioni disponibili in merito alle caratteristiche cliniche dei pazienti con SCA ed ai loro percorsi assistenziali sono frammentarie ed incomplete. Infine, non si dispone di dati oggettivi, affidabili e completi, per quanto attiene agli esiti clinici dei pazienti colpiti da un evento coronarico acuto. Questo incerto panorama ha favorito negli ultimi anni strumentalizzazioni ed ambiguità, che hanno gravemente nuociuto all'immagine della Cardiologia Ospedaliera del Lazio. L'ANMCO Lazio si propone quindi di attivare una Rete informativa regionale ospedaliera, che faccia capo alle UTIC della Regione Lazio, con le seguenti finalità:
1 - quantificazione dei volumi effettivi di attività (numero dei casi trattati per struttura);
2 - caratterizzazione clinico - diagnostica dei singoli casi, dall'esordio clinico alla dimissione;
3 - rilevazione dei percorsi assistenziali intra - ospedalieri;
4 - verifica degli esiti clinici intra - ospedalieri ed a breve - medio termine dopo la dimissione;
5 - confronto dei dati rilevati con quanto disponibile presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio.

Indagine conoscitiva sulla gestione dello Scompenso Cardiaco nella Regione Lazio

L'ANMCO Lazio si propone di realizzare un censimento, che consenta di definire le modalità di gestione della Scompenso Cardiaco nella Regione Lazio. L'indagine sarà condotta con le seguenti finalità:
1. individuazione delle strutture ospedaliere e territoriali che effettivamente si dedicano alla gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco;
2. rilevazione delle risorse strutturali e di personale allocate;
3. rilevazione dei percorsi assistenziali e della tipologia degli interventi.
Dopo la fase conoscitiva iniziale si valuterà la possibilità di procedere alla realizzazione di un network regionale sul modello di quello per l'emergenza coronarica.

Osservatorio Epidemiologico Regionale sulla gestione del Dolore Toracico nei DEA e nelle strutture di Pronto Soccorso delle Regione Lazio (Progetto ORDE)

Con preciso riferimento agli Studi OESIL, l'ANMCO Lazio si propone si realizzare una indagine regionale che consenta di acquisire informazioni rilevanti in merito a:
1. numero degli accessi per "Dolore Toracico" presso le strutture regionali deputate alla gestione dell'emergenza - urgenza;
2. verifica delle caratteristiche cliniche dei soggetti con Dolore Toracico;
3. rilevazione dettagliata dei percorsi assistenziali per i pazienti con Dolore Toracico;
4. esiti clinici intra - ospedalieri dei pazienti con Dolore Toracico.
Questa indagine dovrà essere condotta in collaborazione con la SIMEU, Società Scientifica con cui sono già stati avviati contatti preliminari.
La raccolta delle informazioni sopra riportate consentirà inoltre di:
1. analizzare il ruolo attuale della Cardiologia Ospedaliera nel setting delle strutture deputate alla gestione ospedaliera dell'emergenza - urgenza;
2. verificare le criticità e le effettive condizioni di interazione tra "Medicina d'Urgenza" e Cardiologia;
3. definire le linee generali di implementazione del Documento nazionale ANMCO - SIMEU sulla gestione del Dolore Toracico.

Progetto congiunto ANMCO - AIAC sulla Fibrillazione Atriale

In collaborazione con l'AIAC Lazio, l'ANMCO Lazio si propone di avviare un progetto di raccolta dati finalizzato a definire le modalità attuali di gestione della fibrillazione atriale nelle strutture ospedaliere della Regione Lazio. I dettagli del progetto verranno definiti in sinergia con il Direttivo Regionale AIAC.

Rapporti con le Istituzioni

L'ANMCO Lazio ha da tempo avviato una fattiva collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Tale collaborazione dovrebbe sfociare a breve termine nella firma di un Accordo Quadro di consulenza scientifica, che vedrebbe l'ANMCO Lazio referente primario dell'Agenzia Regionale per tutte le attività di ricerca nel settore cardiovascolare.
L'ANMCO Lazio proseguirà inoltre la propria attività di sostegno ai progetti in corso come PREVASC e INFARTO.net. Tuttavia, per alcune iniziative, quali INCA 2, si rende necessaria una rivalutazione complessiva ed una verifica delle effettive possibilità di prosecuzione a medio termine.

Attività di Formazione

L'ANMCO Lazio ha eccezionali potenzialità come provider di attività di formazione. In particolare, si vorrebbe procedere a alcune iniziative di rilievo:
1. Campagna Regionale per l'acquisizione del diploma di esecutore ACLS per tutti i Cardiologi Ospedalieri del Lazio. Tale Campagna richiede la raccolta di fondi economici di discreta entità. Si ritiene, tuttavia, che si potrà avviare l'iniziativa nell'arco del 2009. Tale progetto dovrebbe avere come coordinatore Mauro Mennuni, che ha già dato una preliminare disponibilità;
2. Campagna Regionale di formazione "Clinical Competence in elettrocardiografa clinica di base" per Medici di Medicina Generale.

Gli impegni sono numerosi. Tuttavia, il Consiglio Direttivo Regionale ha grande volontà e saprà garantire continuità di impegno. Siamo consapevoli del momento di grande difficoltà che sta attraversando il Servizio Sanitario Nazionale, ma siamo certi che la nostra Associazione sarà, ancora una volta, in grado di mantenere la leadership culturale e scientifica maturata negli ultimi anni.

Lo Scompenso Cardiaco Percorso diagnostico-terapeutico L'esperienza di Ascoli Piceno

di Gianserafino Gregori

Dimensione epidemiologica del problema

Su una popolazione europea globale di circa 900 milioni di persone, si calcola che circa 10 milioni sono affette da Scompenso Cardiaco (SC) ed è sulla base di questi numeri che ormai si parla di "epidemia" di questa sindrome. Questa cifra è destinata ad aumentare ulteriormente se si considera la prolungata sopravvivenza, la riduzione della mortalità in fase acuta di molte affezioni cardiovascolari e, soprattutto, il progressivo invecchiamento della popolazione. Lo SC è una sindrome clinica tipica dell'età avanzata con un'età media dei pazienti affetti di 74 anni e rappresenta una della maggiori cause di disabilità. Lo SC, nelle sue manifestazioni sintomatiche ed asintomatiche, si stima che attualmente affligga circa il 5% della popolazione generale con 1% SC con manifestazioni cliniche di disfunzione sistolica ventricolare sinistra, 1% SC con funzione sistolica conservata, 1% disfunzione ventricolare sinistra asintomatica, 2% SC sospetto ma non confermato. In Italia si può stimare che, con una popolazione di 57.884.000 abitanti (dati ISTAT - Rapporto SVIMEZ 2000), vi sono circa 3 milioni di cittadini affetti da SC sia in forma asintomatica che sintomatica.
I dati derivanti dai grandi studi di popolazione dimostrano un'incidenza variabile tra 1 e 2 casi per 1.000 individui per anno con un aumento esponenziale con l'avanzare dell'età e l'andamento temporale dell'incidenza sembrerebbe in aumento. Se l'incidenza dello SC rimane costante o aumenta anche lievemente, la prevalenza cresce drasticamente soprattutto per l'invecchiamento della popolazione con una prevalenza di circa il 5% tra i 65 - 70 anni fino a raggiungere oltre il 12% negli ultraottantenni.
È opportuno che sia operata fin dall'inizio dell'iter clinico la distinzione tra Scompenso Cardiaco di nuova insorgenza e quello dovuto ad una riacutizzazione di uno scompenso cronico. Per il primo è da prevedere che alla stabilizzazione del quadro clinico acuto il paziente debba essere trasferito in un reparto specialistico per l'ulteriore necessario inquadramento diagnostico. Per il secondo, che ha mostrato di giovarsi di un periodo di trattamento intensivo di dodici - quarantotto ore, può essere prevedibile la dimissione se non sussiste la necessità di trattamento ospedaliero, da attuare in reparto di degenza ordinaria per eventuali patologie concomitanti causa dello scompenso.
Viste le enormi dimensioni del problema Scompenso Cardiaco sopra esposte, presso la nostra Unità Operativa è attivo dal 2002 il Centro per la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con Scompenso Cardiaco strutturato mediante il Day - Hospital e l'Ambulatorio Divisionale.
Il Day - Hospital per Scompenso Cardiaco è rimasto attivo dal 2002 al 2004, poi successivamente disattivato per motivi organizzativi - gestionali.
In tale struttura afferivano pazienti provenienti dalle seguenti strutture:
• Unità Operativa di Cardiologia;
• Ambulatorio Divisionale di Cardiologia;
• Altre Unità Operative di Area Medica;
• Medici di Medicina Generale.

Presso il Day - Hospital per lo Scompenso Cardiaco venivano eseguite le seguenti prestazioni:
• Elettrocardiogramma basale;
• Prelievi ematici;
• Rilievo parametri vitali (P.A. - F.C.);
• Peso corporeo;
• Visita Cardiologica;
• Ottimizzazione della terapia (incremento settimanale della posologia del Bisoprololo e quindicinale della posologia del Carvedilolo);
• Six minutes walking test;
• Minnesota test.

Presso l'Ambulatorio Divisionale per lo Scompenso Cardiaco afferiscono dal 2002 a tutt'oggi pazienti provenienti dalle seguenti strutture:
• Unità Operativa di Cardiologia;
• Ambulatorio Divisionale di Cardiologia;
• Altre Unità Operative di Area Medica;
• Medici di Medicina Generale.

Presso l'Ambulatorio Divisionale per lo Scompenso Cardiaco vengono a tutt'oggi eseguite le seguenti prestazioni:
• Elettrocardiogramma;
• Rilievo parametri vitali;
• Peso corporeo;
• Valutazione esami ematochimici;
• Six minutes walking test;
• Minnesota test;
• Visita cardiologica;
• Emogasanalisi;
• Ecocardiogramma.

A tutt'oggi sono seguiti presso l'Ambulatorio per lo Scompenso Cardiaco 431 pazienti, con età media di 73,95 ± 12,02, di cui 62,94% maschi e 37,61% femmine (età media maschi 71,81, età media femmine 77,60), peso medio 70,42 ± 15,45 Kg, BMI medio 25,59 ±479, P.A.orto max.media 124,94 ±11,99, P.A. orto min.media 71,12 ±10,19, F.C. media 53,18 ±7,75, F.E. VS media 33,65 ± 9,18.

Per quanto riguarda la Classe Funzionale 0,8% dei paziente risulta in Classe Funzionale NYHA I, la maggior parte dei pazienti (72,5%) risulta essere in Classe Funzionale NYHA II, il 26,3% risulta in Classe Funzionale NYHA III ed, ovviamente, solo 0,5% in Classe Funzionale NYHA IV. Per quanto riguarda l'eziologia la causa più frequente risulta la Cardiopatia Ischemica (60,6%), seguita dalla Cardiopatia Ipertensiva (35,3%), dalla Miocardiopatia Dilatativa Primitiva (17,9%) e delle Cardiopatie Valvolari (10,9%). Tra i fattori di rischio l'Ipertensione Arteriosa si ritrova nel 66,5% dei pazienti, la dislipidemia nel 42,6%, il diabete mellito nel 29,6% ed il fumo nel 13,6%. La maggior parte dei pazienti (68m3%) risulta essere in ritmo sinusale, il 20,3% in Fibrillazione Atriale con presenza di Blocco di Branca Sinistro completo nel 19,8% dei casi. L'19,7% dei pazienti è portatore di PMK definitivo, il 18,4 di PMK biventricolare ed il 14,5% di ICD.

Per quanto riguarda la terapia farmacologia il 90,5% è in trattamento con un Ace - inibitore (86,5% Ramipril), il 43,2% è in trattamento con un inibitore dell'Angiotensina II (51,8% Losartan, 48,1% Valsartan), il 97,9% è in trattamento con un beta - bloccante (59,8% Carvedilolo, 38,7% Bisoprololo), il 98,9% è in trattamento con un diuretico (96,8% Furosemide, 69,8% Spironolattone, 0,7% Metolazone), il 70,3% è in trattamento con una statina (71,2% Atorvastatina 40 mg, 23.7% Pravastatina 40 mg, 67,5% Simvastatina 40 mg).

Nell'anno 2007 le ospedalizzazioni per Scompenso Cardiaco dei pazienti seguiti presso il nostro ambulatorio sono state del 10,6%, la mortalità per tutte le cause del 5,1%.

Inoltre collegata strettamente all'Ambulatorio Scompenso è l'attività riguardante lo STUDIO GISSI - HF patrocinato dall'ANMCO nel quale abbiamo arruolato 115 pazienti e per il quale la nostra U.O. ha ricevuto, nel corso del XXXVIII Congresso dell'AMNCO tenutosi a Firenze dal 3 al 5 giugno 2007, il premio per l'elevato standard di qualità clinico - assistenziale e laboratoristica raggiunto (indice di performance 9,8/10).

In questo ultimo anno, inoltre, l'Ambulatorio per lo Scompenso Cardiaco è stato implementato dal punto di vista informatico con un sistema di monitoraggio in rete via internet (Progetto INTEGRA) di tutti gli esami ematochimici e strumentali eseguiti dai pazienti seguiti nel nostro Ambulatorio a cui possono accedere direttamente sia i Medici di Medicina Generale che noi Cardiologi per una visione rapida ed immediata dell'andamento dei parametri ematochimici per un loro monitoraggio attento ed assiduo allo scopo anche di valutare l'andamento dello stato di compenso emodinamico, la compliance alla terapia e l'efficacia della stessa.

Analisi e progetti del nuovo Consiglio Direttivo Regionale Piemonte e Valle d'Aosta

di Maurizio Dalmasso

Il Consiglio Direttivo Regionale del Piemonte e Valle d'Aosta appena eletto presenta i principali argomenti discussi nelle prime riunioni ed alcune iniziative locali che possono diventare di interesse generale. Come problemi prioritari sono stati identificati: L'ANMCO e la riorganizzazione del SSN in Piemonte, la disaffezione verso la nostra organizzazione, la necessità di maggiore presenza del Consiglio Direttivo sul territorio, lo sviluppo di progetti culturali e formativi, l'incremento dell'attività con gli Infermieri

Introduzione

Il Consiglio Direttivo Regionale del Piemonte e Valle d'Aosta, appena eletto, è composto da Cardiologi che provengono dai diversi quadranti della Regione e che rappresentano la variegata realtà organizzativa del SSN (A.S.O., Ospedali di A.S.L.).
Risultano quindi rappresentati in modo equilibrato i diversi ambienti cardiologici della nostra realtà.
È un Consiglio Direttivo Regionale giovane per età media, che vuole mantenere continuità con la eccellente attività svolta negli anni passati e intende dimostrare che lo spirito associativo e la voglia di ben fare si mantengono nel tempo, anzi cercano nuove vie di miglioramento, pur in un momento, come quello attuale, non facile per la Cardiologia. Alcuni componenti del Consiglio Direttivo partecipano attivamente al lavoro di alcune Aree (Scompenso Cardiaco, Emergenza - Urgenza, Management & Qualità, Nursing, Chirurgica) travasando problematiche e soluzioni tra i diversi "contenitori" e portando all'interno del gruppo direzionale l'esperienza culturale vissuta.
Nelle prime riunioni sono stati identificati e discussi alcuni punti che riteniamo di interesse, non solo locale, e che rappresentano in sostanza il programma dei prossimi mesi.

1 - L'ANMCO e la riorganizzazione del SSN

Nella nostra Regione è stata rivista la organizzazione delle Aziende Sanitarie che sono passate da 23 a 13, con accorpamenti di territori e di Ospedali dotati di Strutture cardiologiche autonome e complete ormai da molto tempo: ne consegue la necessità di rivedere i servizi cardiologici di base ed i campi specifici di competenza e di intervento, nell'ottica di razionalizzare, e non ridurre, l'offerta di servizi specialistici.
È chiaro che i Cardiologi piemontesi poco hanno potuto in un contesto di evoluzione organizzativa da tempo predisposto, ma all'interno delle nuove Aziende possiamo essere determinanti nelle scelte operative.
Si tratta ovviamente di una strada difficile, ma la sfida può essere affascinante e riteniamo che l'ANMCO debba essere in prima fila nell'approfondimento delle esigenze e nella definizione delle priorità.
Come sempre rivendichiamo il ruolo centrale della nostra Associazione nel confronto con le istituzioni, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e con i "decisori" politici, almeno per gli argomenti di nostra specifica competenza.

2 - Disaffezione verso la Associazione

Risulta difficile ottenere nuove iscrizioni (spesso la risposta che si ottiene è: "A che cosa mi serve?") ed anche ottenere il pagamento di quote arretrate dai vecchi Soci Ordinari sembra impossibile.
Per affrontare il problema, almeno nella nostra realtà piemontese, si è deciso di uscire dalla logica delle impressioni e di tentare un reale approfondimento delle cause con un corretto percorso di informazione.
È in via di preparazione, dopo una discussione collegiale, un questionario multirisposta, di rapida lettura e compilazione, sicuramente incompleto ma facilmente elaborabile, da inviare

possibilmente a tutti i Cardiologi Ospedalieri piemontesi.
Alcune risposte saranno certamente provocatorie, altre insufficienti, ma confidiamo nella comprensione dei Cardiologi: la semplicità talora va a discapito della completezza ma riteniamo preferibile possedere uno strumento ben utilizzabile, con dati quantificabili, che ci permetta di indirizzare le scelte future o di porre i correttivi dovuti ove necessario.
Il tempo previsto per l'indagine conoscitiva è di quattro mesi, per cui entro la fine dell'anno contiamo di avere qualche dato da sottoporre alla attenzione dei lettori di "Cardiologia negli Ospedali".

3 - Presenza sul territorio regionale

Il Consiglio Direttivo si è sempre riunito a Torino, con qualche problema per i componenti, non sempre disponibili, ma soprattutto per gli iscritti che vedono l'Associazione centripeta sull'area metropolitana torinese.
È nostra intenzione organizzare riunioni del Consiglio Direttivo in Ospedali decentrati, con apertura ai Cardiologi residenti, in modo da far seguire nel tempo le attività dell'ANMCO e permettere momenti di discussione collettiva su argomenti e/o procedure generali di interesse.
Contiamo di migliorare il collegamento e di rendere più stretto e proficuo il dialogo tra l'ANMCO piemontese ed i Cardiologi iscritti e non iscritti.

4 - Progetti culturali e formativi

Oltre alla diffusione regionale dei Progetti nazionali (Identificazione del paziente ad alto rischio, Clinical Competence in UTIC, Ritardo Evitabile), considerato che l'ANMCO è una Associazione "generalista" e che le Associazioni di settore approfondiscono in modo egregio i diversi argomenti di competenza, riteniamo utile non tanto la diffusione di informazioni in sé, quanto la revisione dei "percorsi" in modo da uniformare quanto più possibile le procedure cardiologiche su tutto il territorio regionale, profondamente convinti che gli utenti debbano avere garantiti ovunque trattamenti analoghi ed efficaci.
In collaborazione con altre Associazioni, cardiologiche e non, vorremmo rivedere i percorsi di alcune comuni aritmie, dello scompenso cardiaco, della dissecazione aortica ecc., uscendo dalla logica del "nuovo è meglio" ma entrando dentro la realtà delle patologie più frequenti, adattando le indicazioni delle Linee Guida alla popolazione del nostro territorio ed alle vere possibilità diagnostiche e terapeutiche.

5 - Area Nursing

Siamo convinti che il "nuovo" stato istituzionale degli Infermieri sia una grande risorsa per la Cardiologia, branca medica particolarmente ricca di possibilità diagnostiche e di terapie interventistiche, che richiedono e richiederanno sempre più stretta collaborazione e lavoro in equipe tra Medici e altre figure professionali (Infermieri in primo luogo). È chiaro che l'integrazione professionale deve avvenire non solo sul posto di lavoro ma anche all'interno della nostra Associazione, proseguendo la linea degli anni passati, così efficace da ottenere costante aumento delle presenze di Infermieri al Congresso Nazionale.
In ambito regionale esiste qualche problema di disponibilità, per cui il Consiglio Direttivo ha iniziato ad identificare un Referente infermieristico per singola Struttura Cardiologica. Nell'ambito di questo gruppo, che contiamo di riunire in autunno, gli Infermieri eleggeranno il Referente Regionale, che avrà l'importante compito di definire i percorsi formativi specifici e di fungere da collegamento costante con il Consiglio Direttivo Regionale (per esempio partecipando alle riunioni pur senza diritto di voto).

Conclusioni

Credo sia evidente, da quanto detto, la volontà del Direttivo di affrontare in modo organico e corretto i diversi problemi posti sul tavolo. Ovviamente gli argomenti su elencati non esauriscono l'attività dei prossimi due anni, ma sono un breve elenco delle cose discusse e pianificate all'inizio del mandato. Parte delle attività verrà svolta insieme al Past President, ai molti Soci sempre volenterosi e presenti, a chiunque vorrà dare il proprio contributo.
Sentiamo l'ANMCO vitale e attiva e possiamo rispondere a chi ci chiede "A che cosa serve iscriversi" che l'Associazione è il nostro luogo di incontro, di scambio di idee, la nostra sede naturale di attività culturali e formative, il nostro modo per essere tutti insieme visibili e spesso per poter tutti insieme essere ascoltati nelle sedi istituzionali scientifiche, amministrative, politiche.

Un messaggio di continuità dalla Puglia

La perseveranza è una virtù indispensabile per realizzare dei cambiamenti

di A. Villella e A. Matera

In data 11 giugno 2008 si è svolto a Bari il secondo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO del biennio 2008 - 2010 a seguito delle elezioni tenutesi a Fasano (Brindisi) l'8 maggio 2008.
Alla presenza dei Consiglieri Vincenzo Lopriore, Tiziana Mazzella, Teresa Pascente, Vitantonio Russo, Giuseppe Santoro, Giuseppe Scalera e di Pasquale Caldarola, Past President ed attuale Consigliere del Consiglio Direttivo Nazionale. Il Presidente Regionale Alessandro Villella ha introdotto i lavori con la proposta di Programma del biennio 2008 - 2010 articolato in tre linee:
- eventi formativi;
- attività di ricerca;
- attività istituzionali.

Successivamente il Dott. P. Caldarola, invitato alla riunione con l'intento di avviare i lavori del nuovo corso all'insegna della continuità, ha illustrato ampiamente i percorsi svolti dal precedente Consiglio Direttivo per la realizzazione di eventi formativi in Puglia e per l'avvio di attività di ricerca clinica nel campo delle malattie del circolo polmonare. Anche sul fronte delle relazioni istituzionali importante è stato il contributo della Cardiologia pugliese (si pensi all'inserimento di strutture di Day - Hospital per lo scompenso cardiaco nel Piano Sanitario, prossimamente in discussione nell'Assemblea Regionale). Raccolto il testimone, il nuovo Consiglio Direttivo si è impegnato a garantire continuità nel solco del lavoro già svolto. Sono già in cantiere alcuni eventi di grande rilevanza culturale e formativa per la Puglia: il 3° Congresso Interregionale FIC 2009 che si svolgerà in Basilicata, a Matera, nella prima settimana del maggio 2009; il Congresso Regionale Congiunto SIC - ANMCO che si terrà a Lucera il prossimo autunno (28 - 29 novembre) e sarà articolato in quattro Sessioni coordinate ciascuna da qualificati esperti: Aritmologia (Prof. Matteo Di Biase), Malattie del Circolo Polmonare (Dott. Carlo D'Agostino), Patologia vascolare (Prof. Marco Ciccone), Cardiologia dello sport (Dott. Alessandro Villella). Accanto a Relazioni e Letture Magistrali, sarà dato ampio spazio a Comunicazioni e Casi Clinici. Per le Campagne Educazionali Nazionali ANMCO è avviata l'organizzazione di due eventi formativi con sede a Bari: "Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia", in data 23 ottobre 2008 e il "Ritardo Evitabile", in data 20 dicembre 2008. E ancora, si pensa alla realizzazione dei Corsi di BLS - D, ACLS, ILS per Cardiologi e Infermieri nell'ambito

della cascata formativa dell'ANMCO nazionale; di Clinical Competence in UTIC con particolare attenzione alle nuove metodologie terapeutiche (ultrafiltrazione, assistenza respiratoria non invasiva, contropulsazione aortica etc.); ed infine corsi sulla gestione del paziente con PM e ICD e sullo Scompenso Cardiaco refrattario. In fase di avvio il progetto di implementazione regionale delle Linee Guida per lo Scompenso Cardiaco. Il 24 settembre 2008 si svolgerà la prima riunione del Comitato Regionale composto da rappresentanti delle principali Società Scientifiche regionali e che vede in prima linea ANMCO e SIC Puglia. Rimangono ancora aperte le problematiche riguardanti lo sviluppo della Rete per la gestione del paziente affetto da STEMI e la elaborazione dei protocolli diagnostico - terapeutici per i pazienti affetti da Scompenso Cardiaco. Non sarà trascurata l'attività di ricerca sia in termini di partecipazione agli studi che hanno ricevuto l'endorsement dell'ANMCO sia in termini di elaborazione di iniziative regionali. Molto interesse suscitano progetti quali il "Registro dell'Embolia Polmonare", il "Registro Ecografia dell'Ipertensione Polmonare", il "Registro della Sindrome Tako - Tsubo", la "Valutazione del rischio cardiologico in pazienti da sottoporre ad Anestesia Generale". Sul fronte organizzativo inoltre, si pensa alla distribuzione, all'interno del Consiglio Direttivo, di incarichi organizzativi, sulla scia delle Aree ANMCO e secondo i campi di interesse di ciascun Consigliere, al fine di un efficace rapporto di collaborazione tra il livello nazionale e regionale e con i Soci della nostra Regione. In conclusione, i prossimi dodici mesi si prospettano molto impegnativi e densi di appuntamenti importanti. Contiamo sulla determinazione e sullo slancio del nuovo Consiglio Direttivo ma contiamo ancor di più sul contributo dei Cardiologi della nostra Associazione che negli ultimi due anni in Puglia sono diventati più numerosi e, mediamente, più giovani.

Coordinamento assistenziale: ricerca di un nuovo modello operativo

La "permeabilità" Ospedale - Territorio alla base della rimodulazione della domanda di "salute" e della riduzione dei costi

di Abele Ajello

Inserire al centro del sistema il paziente abbattendo la barriera Ospedale - Territorio è essenziale ai fini di un corretto percorso assistenziale.
Il coordinamento degli interventi migliora il livello qualitativo dell'"offerta" di salute rimodulando nel contempo la "domanda"

Soltanto il 3% dei Medici di Medicina Generale viene coinvolto o sente la necessità di essere coinvolto in un confronto con il Medico Ospedaliero sul trattamento e i criteri di dimissione del paziente ricoverato. Soltanto il 17% - 20% viene informato della dimissione del paziente. Meno del 20% riceve la lettera di dimissione entro una settimana; nel 25% dei casi questa non giunge mai alla conoscenza del medico. Nel 38% dei casi la relazione non comprende l'esito degli esami ematochimici e strumentali effettuati durante il ricovero; nel 65% dei casi risultano test in attesa di referto (in un quarto di questi casi i risultati si rivelano critici per le scelte diagnostico - terapeutiche). Infine nel 66% dei casi il Medico Curante viene a contatto e ha trattato il paziente ancora prima di ricevere adeguate informazioni circa i motivi, le modalità di ricovero, il decorso clinico, le condizioni del paziente alla dimissione e la terapia medica istituita.
Questo scenario, fortunatamente, non riflette la nostra realtà ma è il risultato di un'indagine pubblicata su JAMA nel 2007 e recentemente rivisitata dal NEJM del 6 marzo 2008. Sapevamo che l'assistenza sanitaria statunitense, globalmente considerata, non è tra le migliori del mondo e che tra i difetti denunciati nell'articolo, i cui dati essenziali sono sopra riportati, è sottolineata soprattutto l'esistenza di compartimenti stagni tra i vari "provider" della Sanità con i conseguenti inevitabili difetti assistenziali ed un sistema esasperato di "rimborso per prestazione" che non incentiva il Medico Ospedaliero e il Medico Generale ad occuparsi del coordinamento.
Possiamo però affermare che il problema non ci riguarda? Possiamo dire che i vizi del sistema statunitense sopra enunciati siano a noi totalmente estranei?
In passato, anche nel nostro Sistema Sanitario, molti pazienti erano assistiti dalla stessa figura professionale sia in regime ambulatoriale che durante il ricovero. L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera ha comportato non soltanto una separazione netta tra Medico Ospedaliero e Medico Curante con la creazione di una discontinuità critica per la salute del paziente ma anche molte difficoltà inerenti il rapporto medico - paziente durante il ricovero ospedaliero (continuità assistenziale intraospedaliera). E se risulta di difficile soluzione quest'ultimo problema, ancora più difficoltosa è la realizzazione della continuità Ospedale - Territorio. L'abbattimento della barriera Ospedale - Territorio viene affidata, nella migliore delle ipotesi, ad un puntuale calendario di controlli clinici e strumentali (p.e. visita di controllo a 30 giorni) che costituiscono altrettante "finestre" a disposizione del paziente.
Perché la necessità del coordinamento?
Dopo una degenza, ormai molto ridot-

René Magritte, Le chef d'oeuvre, 1955

ta in termini di durata, è esperienza e percezione comune che la dimissione, con il consiglio (spesso in assenza di qualsiasi forma di "counseling"), di riferirsi al Medico Curante e ad altri Specialisti (Diabetologo, Dietologo, Neurologo, Nefrologo) in attesa di un controllo a trenta giorni, venga vissuto dal paziente come un momento di "abbandono" e di "sperdimento". Le consulenze successive di diverse figure professionali si risolvono, spesso, in consigli igienico - dietetici e farmaco - terapeutici a volte conflittuali e da integrare con le indicazioni già ricevute. Il paziente, invece, ha necessità di ricorrere per consulto ad un medico che abbia gli strumenti per interpretare correttamente nuovi segni e sintomi e affrontare l'insorgenza di possibili effetti collaterali della terapia.

Una riforma di questo sistema di compartimenti stagni per abbattere le barriere ed agevolare il coordinamento farebbe sì che il paziente si possa percepire finalmente al centro del sistema, non più dente di un ingranaggio ma motore del tutto. Inoltre, si favorirebbe un tempestivo intervento senza rinvii ad un controllo differito, e si ridurrebbe la possibilità dell'errore clinico in un sistema che, invece, prevede il passaggio ripetuto da una competenza all'altra.

Infine, in assenza di coordinamento, inevitabile è la maggiore richiesta di prestazioni ambulatoriali cliniche e strumentali spesso superflue con una evidente ricaduta in termini di sovraccarico di "domanda" a fronte di una "offerta" limitata e spesso intempestiva. La "domanda" verrebbe, invece, rimodulata con l'effetto di ridurla non "tagliando" né "riducendo all'essenziale", secondo il principio della "priorità", il livello di assistenza ma, viceversa, incrementando il livello qualitativo della "offerta".

Come realizzare il coordinamento?

In tema di insufficienza cardiaca, si è cercato nella nostra Regione di colmare il vuoto organizzativo e di abbattere la barriera Ospedale - Territorio anche se, spesso, con iniziative discontinue ed isolate. Per quanto riguarda invece i pazienti affetti da Sindrome Coronarica Acuta, sono in corso iniziative di singole Istituzioni ma nulla è stato fatto finora a livello regionale.

Una possibilità sarebbe l'avvio di progetti - pilota che siano insieme un Registro della situazione attuale e un tentativo di intervento.

Avvertire, per protocollo, il MMG del ricovero del suo paziente e della situazione clinica, coinvolgendolo a livello decisionale e invitandolo alla discussione sul trattamento diagnostico - terapeutico, sull'eventuale rischio familiare e sulle modalità della dimissione sarebbe un primo passo. Rilasciare, alla dimissione, la relazione clinica non solo al paziente ma inviarla, tramite posta elettronica, al Medico curante, sarebbe un secondo passo che aprirebbe, peraltro, la possibilità di uno scambio tempestivo di aggiornamento delle condizioni cliniche del paziente, sempre per via elettronica, con il Medico che ha curato la dimissione.

L'evoluzione dell'assistenza ospedaliera ha comportato una separazione netta tra Medico Ospedaliero e MMG con una discontinuità critica per la salute del paziente

Una consulenza può essere eseguita, in alcuni casi, senza un controllo clinico formale, per esempio per la valutazione di esami ematochimici, per il comportamento in relazione alla comparsa di effetti collaterali indesiderati, per un giudizio sull'eventuale richiesta di sospensione di farmaci ecc.

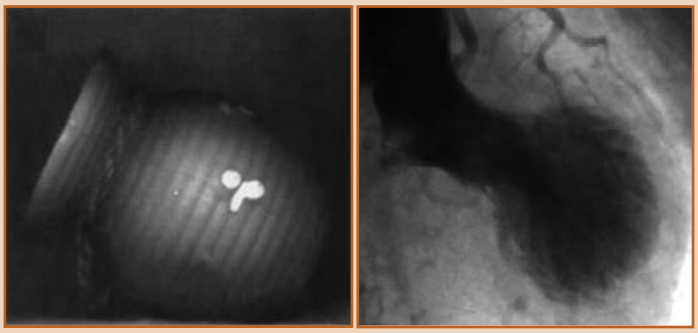
Il Cardiologo, a conoscenza della situazione clinica del paziente, può immediatamente rilasciare un parere motivato.

Problematica è l'incentivazione all'opera di coordinamento, tema che occupa grande spazio nell'articolo sul NEJM sopra citato. In Italia, il problema non si pone per il MMG perché il coordinamento rientra nel suo mandato; per il Medico Ospedaliero si tratterebbe, invece, di un'incombenza aggiuntiva. È da ricordare, però, che la soluzione di questo problema è essenziale perché il paziente "senta" la struttura ospedaliera come dispensatrice di salute e non come mero "market" di prestazioni strumentali.

Miocardiopatia da stress tipo Tako - Tsubo: parte il Registro Toscano con l'endorsement dell'ANMCO

di B. Bellandi, F.M. Bovenzi, S. Del Pace, G. Parodi

Figura 1



a) un antico Tako - Tsubo

b) ventricolografia durante la fase acuta della CTT

I rapporti tra stress e malattie cardiovascolari sono noti da moltissimi anni, ma solo recentemente è stata riconosciuta una miocardiopatia specifica stress indotta. Negli ultimi cinque anni abbiamo seguito con molto interesse i pazienti con miocardiopatia da stress, sono in prevalenza donne in post - menopausa che si presentano al Pronto Soccorso con sintomatologia ed esami strumentali tipici di una Sindrome Coronarica Acuta (SCA) e che al successivo studio coronarografico mostrano assenza di lesioni significative a livello dei vasi coronarici epicardici. È una manifestazione che rappresenta il 2% delle Sindrome Coronariche Acute e che è stata descritta nei primi anni novanta inizialmente nella popolazione giapponese, in seguito anche in quella america ed europea. È stato a lungo dibattuto il nome da dare a questa sindrome, dovuto soprattutto alla scarsa conoscenza delle caratteristiche cliniche, morfologiche e soprattutto fisiopatologiche, dato che è una sindrome rara e spesso sottodiagnosticata. Inizialmente è stata denominata dagli autori giapponesi apical ballooning syndrome o miocardiopatia tipo Tako - Tsubo (CTT), dato che in acuto le alterazioni della cinetica presenti, conferiscono al ventricolo sinistro una tipica conformazione che può essere paragonata a quella di un vaso con il collo stretto e con il fondo largo che i pescatori giapponesi in antichità usavano per catturare i polipi, chiamato appunto Tako - Tsubo (Figura 1).
Recentemente la CTT è stata inserita nella nuova classificazione della AHA delle miocardiopatie, tra le miocardiopatie primitive acquisite. I criteri diagnostici a cui fare riferimento per porre diagnosi sono quelli proposti, e recentemente aggiornati, dalla Mayo Clinic (Tabella 1).

Tabella 1

Criteri diagnostici proposti dalla Mayo Clinic per CTT

1. Transitoria ipocinesia, acinasia o discinesia dei segmenti medi del ventricolo sinistro, con o senza il coinvolgimento apicale; le alterazioni regionali della cinetica si estendono oltre il territorio di distribuzione di un singolo vaso epicardico; un evento stressante è spesso associato, ma non sempre presente.
2. Recenti alterazioni elettrocardiografiche (sopraslivelamento del tratto ST e/o inversione dell'onda T) o modesto aumento della Troponina.
3. Assenza coronaropatia ostruttiva o evidenza angiografica di rottura di placca.
4. Assenza di: feocromocitoma, miocardite, cardiomiopatia ipertofica.

La patogenesi della CTT è tuttora sconosciuta, anche se sono presenti in letteratura varie ipotesi eziopatogenetiche. La teoria secondo noi più valida si basa sulla presenza di uno stress psicologico o fisico che induce una iperincrezione di catecolamine, la quale, in soggetti che hanno una suscettibilità intrisenca, che può essere data da vari fattori come una ipereattività o disregolazione del sistema nervoso autonomo o una iperreattività o iperespressione dei b - recettori adrenergici miocardici, può indurre varie alterazioni quali danno miocitico diretto da catecolamine (legato alla formazione di radicali liberi e all'aumento del calcio intracellulare, un disordine a livello metabolico (metabolismo degli acidi grassi) e spasmo microvascolare o meno frequentemente ostruzione al tratto di efflusso del ventricolo sinistro, entrambi causa di ridotta perfusione miocardica. Tutte queste alterazioni portano ad uno stunning miocardico che è responsabile della tipica disfunzione, reversibile, che il ventricolo sinistro presenta in fase acuta. Recentemente è emerso anche il riscontro di possibili recidive della sindrome che possono essere presenti, a seconda degli studi e del relativo periodo preso in considerazione, fino nell'11% dei pazienti, anche se molto più frequente è il riscontro del solo dolore toracico. Per tale motivo è utile individuare una corretta terapia per questi pazienti, in modo da evitare la possibile recidiva della sindrome. Per molto tempo la terapia in cronico con b - bloccanti, se non erano presenti controindicazioni, è stata ritenuta il gold standard, ma dalle recenti casistiche pubblicate non è emersa una chiara evidenza di riduzione delle recidive o del solo dolore toracico nei pazienti trattati. Data l'importante diagnosi differenziale con le SCA e data la ancora scarsa conoscenza della prevalenza e delle caratteristiche cliniche, morfologiche, strumentale ed eziopatogenetiche della CTT, abbiamo cominciato a seguire dal 2003 questa sindrome, e recentemente abbiamo ottenuto l'endorsement dell'ANMCO per l'istituzione del Registro Toscano sulla Cardiomiopatia da stress tipo Tako - Tsubo, che interessa i vari centri di riferimento cardiologico presenti in Toscana dotati di sala di emodinamica. È un Registro multicentrico di tipo osservazionale, che prevede l'arruolamento prospettico di pazienti consecutivi in cui verrà posta diagnosi di Miocardiopatia da stress tipo Tako - Tsubo presso le Cardiologie Toscane che daranno il proprio consenso ad essere inclusi nel Registro Toscano della Miocardiopatia da stress. Nella fase acuta verrà fornito ai pazienti un l'iter diagnostico - terapeutico standard della Sindrome Coronarica Acuta, in seguito i pazienti verranno rivisitati o contattati telefonicamente durante il follow - up per rivalutare le condizioni cliniche. Tale Registro ha l'obiettivo di realizzare una raccolta di dati clinici e strumentali dei pazienti affetti dalla CTT per poter analizzare la prevalenza, il decorso e le caratteristiche cliniche dei soggetti colpiti. È un Registro importante data la ancora scarsa conoscenza della CTT che ci potrà permettere di inquadrare meglio tale sindrome, non solo dal punto di vista epidemiologico, clinico, strumentale e fisiopatologico, di somministrare la terapia più adeguata sia in fase acuta che durante il follow - up, ma ci consentirà di seguire nel tempo i pazienti potendo così valutare se l'importante manifestazione clinica presente in acuto è solo l'apice di una condizione cronica caratterizzata da una particolare suscettibilità intrinseca che questi pazienti hanno, che in presenza di determinate condizioni, quali per esempio una iperstimolazione adrenergica, dà luogo alla manifestazione tipica della CTT.

Bibliografia:
• *Prasad A, Lerman A, Rihal CS. Apical ballooning syndrome (Tako - Tsubo or stress cardiomyopathy): A mimic of acute myocardial infarction. Am Heart J 2008; 155: 408-417.*
• *Parodi G, Del Pace S, Carabba N, et al. Incidence, clinical findings and outcome of women with left ventricular apical ballooning syndrome. Am J Cardiol 2007; 99:182-185.*
• *Parodi G, Del Pace S, Salvadori C, et al; for the Tuscany Registry of Tako - Tsubo Cardiomyopethy. Left ventricular apical ballooning syndrome as a novel cause of acute mitral regurgitation. J Am Coll Cardiol 2007; 50: 647-649.*
• *Elesber AA, Prasad A, Lennon RJ, et al. Four-Year Recurrence Rate and Prognosis of the Apical Ballooning Syndrome. J Am Coll Cardiol 2007; 50:448–52.*

Il "disease management" dello Scompenso Cardiaco: tra sogno e realtà

di A. Murrone, P. Martire, G. Alunni

Ogni articolo sullo Scompenso Cardiaco (SC) "politically correct" inizia così: lo SC è una sindrome gravata da elevata mortalità e morbilità, la prevalenza è in costante aumento con incidenza sostanzialmente stabile. Tale premessa ci introduce ad un problema in gran parte irrisolto e cioè quanto siano affidabili i dati epidemiologici sullo SC. I numeri della letteratura sono molto discordanti a causa dei limiti delle indagini epidemiologiche che hanno utilizzato differenti definizioni di SC, fasce d'età, criteri diagnostici, metodologie e fonti d'informazione. Un esempio per tutti: in uno studio del Dott. Gianfranco Misuraca e colleghi, condotto in Calabria, la prevalenza di SC è stata dello 0.7% mentre in uno studio portoghese (The EPICA Study) ha raggiunto il 4.36%. Poiché è improponibile pensare che due popolazioni così vicine da un punto di vista etnico e comportamentale, possano presentare una così diversa prevalenza è logico pensare che la discordanza dei risultati (prevalenza di ben 6 volte superiore in Portogallo) sia dovuta alla diversa metodologia utilizzata. Ma dov'è la verità? È verosimile che stia nel mezzo. Dai dati amministrativi riportati nel Documento di Consenso "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco", la prevalenza risulta 1.2%: significa che in Italia ci sarebbero circa 700.000 pazienti con SC. Per l'incidenza il discorso è sostanzialmente sovrapponibile: i dati di Cowie, emersi in uno studio metodologicamente ben condotto, rispetto all'ampio range della letteratura, si attestano ad un valore medio di 1.3 per mille/anno e sembrano essere quelli che più di altri si avvicinino alla realtà. In Italia ci sarebbero quindi circa 75.000 nuovi casi di SC all'anno.

I farmaci hanno in parte fallito: forse la realtà è diversa dal sogno dei grandi trial?

A fronte di dati epidemiologici allarmanti l'introduzione di ACE - inibitori, sartani, betabloccanti e antialdosteronici, non ha dato, nella popolazione generale, gli stessi benefici dei trial. Nell'Olmsted Study, la sopravvivenza dei pazienti con SC è stata valutata in quattro differenti periodi storici (1979/1984, 1985/1990, 1991/1995, 1996/2000): la differenza è risultata significativa solo tra il primo (1979/1984) e l'ultimo periodo (1996/2000); ciò significa che dal 1979 al 1995 la mortalità è rimasta sostanzialmente invariata. Le motivazioni possono essere varie ma una delle più importanti è probabilmente da riferire alla diversità esistente tra il "mondo fantastico" dei grandi trial ed il "mondo reale" dei nostri pazienti. La differenza ci ricorda un po' uno studio "apparentemente poco serio" pubblicato su una rivista "seria", il BMJ. In questo articolo è stata paragonata la prognosi di pazienti in coma traumatico e non delle soap opera americane e la prognosi reale derivata da meta - analisi. I pazienti in coma nel "mondo fantastico" delle soap opera avevano una prognosi nettamente migliore rispetto ai pazienti delle meta - analisi del "mondo reale",

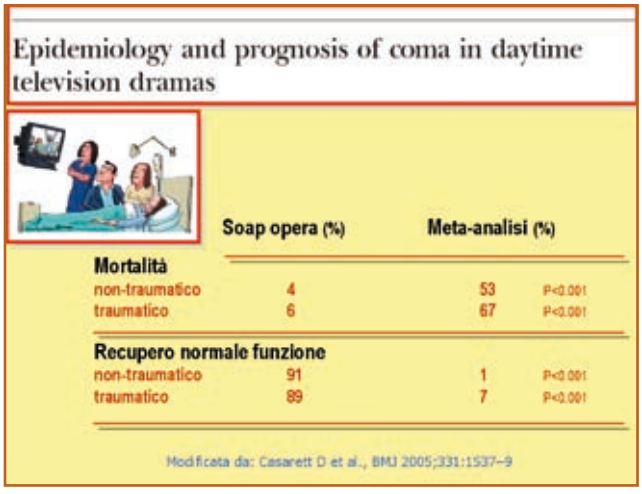


Figura 1

Figura 2

Outcomes per i due principali end points dello studio COACH (18 mesi)

Coprimary end points	Control n=339	Basic DM n=340	Intensive DM n=344
Death or HF hospitalization (%)	42	41	38
Median days lost due to death or hospitalization	12	9	7.5

DM=disease management
No significant differences

Jaarsma T et al., Arch Intern Med 2008; 168:316-324

Figura 3

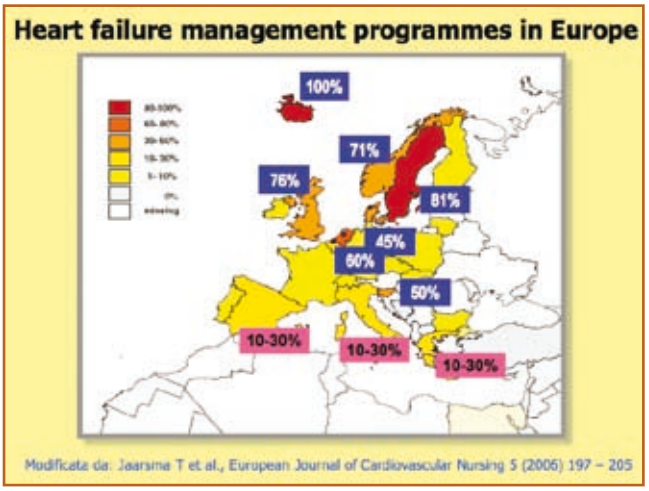


Figura 4

sia in termini di mortalità che di recupero funzionale (Figura 1). Questa differenza tra sogno e realtà non è sorprendente. In uno studio retrospettivo condotto su oltre 20.000 pazienti assistiti, Medicare, dimessi con prima diagnosi di SC, di età superiore a 64 anni, è stato valutato quanti di essi soddisfacessero i criteri di arruolamento di tre grandi trial, uno sugli ACE - inibitori (SOLVD), uno sugli antialdosteronici (RALES) ed uno sui beta - bloccanti (MERIT - HF): nella migliore delle ipotesi solo 1 paziente su 4 presentava i criteri di inclusione (25% per il RALES, 17% per il SOLVD e 13% per il MERIT - HF) (Figura 2). In aggiunta, i nostri pazienti, oltre ad essere differenti da quelli dei grandi trial, non beneficiano dello stesso accurato follow - up.

Se i farmaci non sono tutto e la realtà è diversa dal sogno bisogna cambiare strategia?

Dovremmo quindi cambiare strategia tramite il "disease management"? In uno studio condotto su 297 pazienti, oltre la metà dei quali in classe NYHA III e IV, un programma di "disease management home based care" ha portato ad una riduzione significativa di mortalità e reospedalizzazioni a 72 mesi. Così non è andata nel COACH, il più grande studio (oltre 1.000 pazienti) condotto su un programma di gestione globale dello SC. In termini di mortalità e ospedalizzazioni, non ci sono state differenze significative tra i tre bracci: controllo, "disease management" di base e intensivo (Figura 3). Poiché il gruppo di controllo veniva comunque sottoposto a visite periodiche post - dimissione, l'efficacia del "disease management" è stata forse sottostimata dal follow - up accurato anche dei pazienti del gruppo di controllo. Se il "disease management" sia efficace o no, è come discutere sulla bontà della torta di mele, certo è che le mele sono un ingrediente indispensabile, come ad esempio lo è il personale infermieristico nella attuazione di qualsiasi modello gestionale.

Qual è la realtà (o il sogno) del "disease management" in Europa?

Un recente studio ha valutato quale sia la quota di strutture ospedaliere in Europa che abbiano programmi di "disease management": solo in 7 paesi erano presenti programmi strutturati, peraltro variabili per modalità di intervento ed organizzazione, in misura superiore al 30%, ritenuto un cut - off quantitativo accettabile. L'Italia, al pari di Grecia e Spagna, si attesta ad una percentuale compresa tra il 10 ed il 30%, non sufficiente a garantire un impatto significativo sulla popolazione generale (Figura 4).

I programmi di gestione globale dello SC hanno ridotto i ricoveri: un sogno?

La realtà è che nel nostro Paese si è assistito ad una costante crescita dei ricoveri per DRG 127 (da 127.043 nel 1996 a oltre 208.000 nel 2005), con un incremento del 64% in soli 10 anni, ben superiore al teorico aumento della prevalenza. È il fallimento, almeno parziale, del "disease management" o forse il "disease management" nel nostro paese è ancora un sogno? La risposta è ovvia.

Il sogno nel sogno infatti è di avere un numero adeguato di Infermieri formati e dedicati alla assistenza del paziente con SC. La realtà è che quanto presente in letteratura è applicabile alle nostre latitudini solo in minima parte. Ciò è confermato dai risultati dell'indagine conoscitiva, svolta nelle Strutture cardiologiche italiane, sull'attività dedicata (ADSC) al trattamento ed al follow - up dei pazienti con SC, organizzata nel 2005 dal Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco dell'ANMCO in collaborazione con il Centro Studi: 2 strutture su 3 hanno risposto al questionario, di queste, 2 su 3 lamentano carenza di organico e solo 1 su 3 ha Infermieri dedicati. Da sottolineare la minor frequenza di ADSC nelle cardiologie di I livello, rispetto a quelle di II e III. È auspicabile quindi una maggior diffusione di ADSC proprio nei Centri di I livello, che sono i più numerosi ed a più alta distribuzione territoriale.

Ma allora cosa possiamo fare?

Le attuali disponibilità ci impongono di implementare gli Ambulatori dedicati, elementi essenziali nella gestione dello SC, anche sulla base di quanto descritto nel Documento di Consenso "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco".

Nuovo Consiglio Direttivo ANMCO Veneto: tra conferme e novità

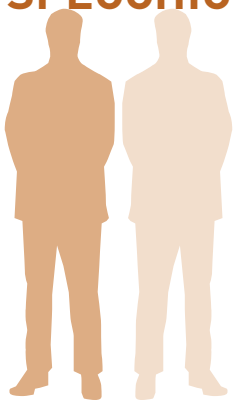
di Giampaolo Pasquetto

Il giorno 10 maggio 2008 si è svolto a Legnaro (Padova) il Congresso Regionale ANMCO 2008, con il concomitante Cardionursing. Il Convegno che aveva come argomento principale "Le strategie terapeutiche attuali nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica", è stato organizzato in modo da favorire la massima partecipazione di tutte le realtà cardiologiche del Veneto con contributi nelle varie Sessioni ed una Tavola Rotonda conclusiva con numerosi Discussant. È risultato molto interessante dal punto di vista scientifico, vista la valenza dei colleghi coinvolti, ed è stato anche un importante successo di pubblico con un numero complessivo di circa 300 iscritti (Medici ed Infermieri). I lavori, aperti dal Presidente Regionale Dott. Domenico Marchese, hanno visto la partecipazione del Presidente FIC Dott. Giuseppe Di Pasquale che ha tenuto una Lettura Magistrale su "Lo spirito Federativo nel futuro della Cardiologia". Molto animata e ricca di spunti di discussione è stata la prima Sessione sulle Sindromi Coronariche Acute, caratterizzata soprattutto dalla presentazione da parte dei Dirigenti dell'Agenzia Sanitaria Regionale della Delibera Regionale sulla Rete interospedaliera per il trattamento dell'IMA in Veneto. Come prevedibile, tale delibera, che andrà sviluppata e realizzata in pratica dai Comitati Provinciali, è stata oggetto di apprezzamenti, ma anche di critiche e di chiarimenti viste le numerose difficoltà quotidiane che si incontrano nella gestione congiunta di questi pazienti, soprattutto nei trasporti e nei rapporti tra i vari attori coinvolti (118, Medici del P.S., Cardiologi UTIC, Emodinamisti, ecc.). L'auspicio conclusivo è stato quello che dopo un'opportuna fase di rodaggio, e grazie alla graduale realizzazione del sistema di teletrasmissione dell'ECG per tutti i centri, si possa finalmente ottenere un rapido, efficace ed omogeneo trattamento per tutti i pazienti colpiti da IMA ad elevato rischio. La seconda Sessione sulle Aritmie e la terza Sessione sullo Scompenso Cardiaco, sono state altrettanto vivaci e ricche di contenuti scientifici elevati per la qualità dei Relatori e degli argomenti trattati. Il tema centrale del Convegno, cioè il Ruolo delle moderne UTIC, è stato trattato nella Lettura Magistrale del Prof. Vassanelli e poi ripreso e sviluppato nella Tavola Rotonda finale con la partecipazione come Discussant di tutti i Responsabili delle UTIC del Veneto. Sono emerse numerose problematiche comuni dovute alla gestione di pazienti sempre più complessi per le frequenti comorbidità e per l'età avanzata, per la complessità dei trattamenti richiesti e per l'attesa dei risultati. Un valido

Relazione del Presidente ANMCO Veneto Dott. Domenico Marchese

Coffee break durante il Congresso Regionale ANMCO Veneto 2008

aiuto nell'affrontare tali problemi, potrà anche arrivare dai corsi ANMCO sulla Clinical Competence del Medico dell'UTIC, ma è chiaro che l'evoluzione dei tempi imporrà ad ogni Cardiologo la necessità di aggiornamento costante sul Cardiopatico acuto per garantire risposte adeguate alle richieste. Per tal motivo questo Convegno è stato generalmente apprezzato da tutti i partecipanti, come offerta formativa che si cala strettamente nella realtà quotidiana. Per quanto riguarda il parallelo Cardionursing, organizzato in Sessioni con Relazioni miste sia mediche che infermieristiche e che hanno trattato alcune delle patologie più interessanti, è stato animato da valide e vivaci discussioni sui temi trattati. Particolarmente apprezzata è stata la Lettura Magistrale su "L'infermiere di una moderna Terapia Intensiva Cardiologica tra qualifica, competenza e professionalità" tenuta dall'Infermiere Nait della Cardiologia di Trieste. Nel pomeriggio si è svolta anche l'Assemblea dell'ANMCO Regionale nella quale il Presidente Dott. Domenico Marchese ha presentato la relazione sul biennio 2006 - 2008 (vedi numero precedente di "Cardiologia negli Ospedali"). A seguire la presentazione di tutti coloro che volevano candidarsi per il nuovo Consiglio Regionale e quindi le elezioni che hanno confermato tra i componenti il Dott. Domenico Marchese (Piove di Sacco), il Dott. Gianfilippo Neri (Montebelluna) ed il Dott. Giampaolo Pasquetto (Mirano), ed hanno visto entrare come nuovi componenti il Dott. Emanuele Carbonieri (San Bonifacio), il Dott. Pietro Delise (Conegliano), il Dott. Cosimo Perrone (Arzignano) ed il Dott. Roberto Valle (Chioggia). Il nuovo Consiglio Direttivo, riunitosi a fine giugno, ha confermato le linee programmatiche del precedente biennio, con l'intenzione di favorire ed aumentare la partecipazione di tutti i Cardiologi veneti alle attività dell'ANMCO per una effettiva condivisione di protocolli, strategie e scambi di pareri, in particolare con il coinvolgimento dei colleghi più giovani, ancora troppo spesso distaccati dalla nostra Associazione. Si è quindi decisa la realizzazione per il prossimo autunno della Campagna Educazionale Nazionale "Cardiologie Sicure. Gestione del Rischio Clinico", del Seminario di Aggiornamento "Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia" e della tradizionale riunione dell'ANMCO Veneto sui "Casi Clinici" che si terrà il prossimo 14 novembre a San Bonifacio (Verona). A conclusione della prima riunione del nuovo Consiglio Direttivo, si è voluto sottolineare anche nel nostro programma per il biennio 2008 - 2010 la piena condivisione con l'Appello dell'ANMCO Nazionale a favore della centralità del Paziente cardiopatico nel sistema delle cure, contribuendo per quanto possibile ad una costante crescita professionale e formativa di tutti i Cardiologi veneti, superando rivalità o divisioni nell'interesse dei nostri pazienti.



Pasquale Caldarola intervista Attilio Maseri

di Pasquale Caldarola

Attilio Maseri

Pasquale Caldarola

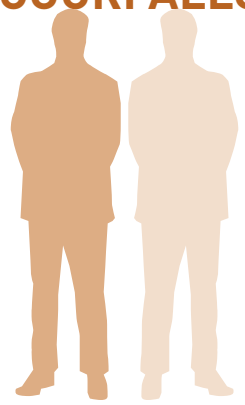
Il Prof. Attilio Maseri, friulano, si è laureato a Padova nel 1960 e specializzato in Cardiologia a Pisa. Ha svolto i primi anni di attività alla Columbia University di New York con il premio Nobel Dott. A. Cournald e, successivamente, al CNR di Pisa. Dal 1979 al 1991 ha lavorato all'Università di Londra come Professore ordinario alla Royal Medical School. Nel 1991 rientra in Italia, a Roma, presso l'Università Cattolica come Professore ordinario di Cardiologia. Dal 2001 è Professore ordinario di Cardiologia all'Università Vita - Salute dell'Ospedale S. Raffaele di Milano e Direttore del Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare. Dal 2004 al 2007 è stato Presidente della FIC.
Da gennaio 2008 è Presidente di HCF, Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari dell' ANMCO. È autore di un importante testo di Cardiologia e di oltre 700 articoli pubblicati su Riviste internazionali. Nella sua carriera ha ricevuto alcuni dei più prestigiosi riconoscimenti come il King Faisal International Prize in Medicine, il Premio Invernizzi per la Medicina ed il Grand Prix Scientifique dell'Institute de France; ha donato il ricavato di tali premi per finanziare progetti di ricerca sulle malattie cardiovascolari.

Prof. Maseri, dal gennaio 2008 si sta occupando con grande entusiasmo del rilancio dell'attività di HCF, di cui è Presidente. Cosa l'ha spinta a lasciare Milano ed il prestigioso Ospedale S. Raffaele per iniziare questa nuova esperienza in ANMCO?

Come ho già avuto occasione di dire, mi lusinga l'opportunità offertami dall'ANMCO di confrontarmi con la realtà cardiologica clinica italiana attuale: voglio cercare di restituire alle nuove generazioni il più possibile di quello che la Cardiologia ha dato a me, sia nella pratica clinica quotidiana che nella ricerca, facendomi raggiungere obbiettivi che, in gioventù, non avevo osato sognare. Infatti l'attenzione ai casi clinici "anomali" è stata la fonte ispiratrice dei miei successi scientifici. Il contatto umano con i pazienti mi ha dato la sensazione di poter essere loro di aiuto e di conforto, voglio cercare di risvegliare nei giovani Cardiologi questa potenzialità offerta dalla pratica clinica quotidiana.

Da tempo lei sostiene che è necessario studiare gli "outliers", i casi singoli, che si discostano dalla media per caratteristiche cliniche o per risposta alla terapia. Ritiene sia possibile coinvolgere in tali studi anche i Cardiologi dei piccoli centri periferici?

Sono convinto di due fatti fondamentali: 1. attualmente la ricerca più innovativa non può che partire dall'osservazione clinica di casi che inspiegabilmente deviano dalla norma e scoprire le cause di queste deviazioni può aprire nuovi razionali strategie terapeutiche "su misura"; 2. la necessità di mantenere al centro della nostra attenzione il malato con la sua individualità, piuttosto che la malattia con la sua crescente standardizzazione. Questi due aspetti convergono, perché la personalizzazione della terapia richiede la comprensione dei meccanismi patogenetici responsabili della variabilità della presentazione ed evoluzione della malattia, che a sua volta richiede curiosità e metodologia scientifica. A tutti i Cardiologi capita di vedere casi "strani" che non tornano con quello che c'è scritto nei sacri testi: bisogna avere la curiosità di chiedersi perché. Questo può avvenire in tutte le Cardio-



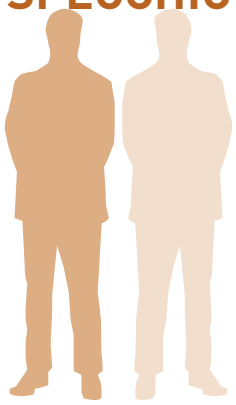
logie: faremo un Sito Web dove riportare questi casi per discuterli collegialmente ed eventualmente includerli in protocolli ad hoc.

Heart Care Foundation ha ora una sede dedicata?

Sono stati completati in meno di due mesi i lavori per la ristrutturazione del terzo piano del palazzo di via La Marmora 36 a Firenze. Questo spazio di circa 350 mq sarà la base operativa di HCF.
L'inaugurazione della sede ristrutturata si è tenuta il 26 maggio alla presenza del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico ANMCO, dei suoi Presidenti Regionali e di coloro che hanno contribuito a fare conoscere e stimare l'ANMCO in Italia e nel mondo. È intervenuta anche una rappresentanza di esponenti di spicco della Cardiologia mondiale e di personalità fiorentine, romane e milanesi. È stata una cerimonia piacevole perché permeata di spirito di amicizia e di gioia per l'evento. Tutti sono rimasti colpiti dall'armonia, bellezza e funzionalità della sede.

Il 26 maggio, presso la Sala Verde dell'Ente Cassa di Firenze, si è tenuto un Convegno che ha visto la partecipazione di autorevoli personalità del mondo cardiologico internazionale a lei legati anche da rapporti di amicizia. Quale la loro opinione sulla necessità di nuove strategie per una ricerca clinica innovativa?

L'inaugurazione è stata seguita alle ore 14.30 da un Convegno sul tema "Need and Strategies for innovative Clinical Research". Lo scopo del convegno - dibattito è stato di affrontare il tema della ricerca clinica innovativa. Hanno partecipato E. Braunwald, R. Conti, M. Pfeffer, R. Virmani e M. Yacoub, che assieme al Vice Presidente di HCF, Gian Luigi Nicolosi, al Coordinatore del Comitato Scientifico ANMCO, Andrea di Lenarda, ed al Direttore del Centro Studi, Aldo P. Maggioni, avevano discusso questo tema nei giorni precedenti l'arrivo a Firenze, in un brainstroming meeting organizzato in Friuli dal 23 al 25 maggio.
Lo scopo del brainstorming era l'identificazione delle linee di ricerca clinica più innovative.
Attualmente in tutto il mondo la ricerca clinica è dominata da trials che si propongono di stabilire se un trattamento è in media statisticamente più benefico del placebo sullo spettro più ampio possibile di pazienti, con una strategia ispirata al concetto "one size fits all".
I risultati di questa strategia hanno già permesso di raggiungere traguardi importanti, ma ora tendono ad un plateau perché questa strategia viene applicata ad ogni nuovo farmaco che, ove risulti benefico, viene aggiunto alla lista di quelli di già provata efficacia. Così riusciamo ad identificare gruppi di pazienti (per esempio coronarici o scompensati, acuti o cronici) con un rischio di eventi del 30% nel periodo di tempo considerato, e talvolta riusciamo a ridurlo anche del 50%: un successo davvero notevole. Ora però, al fine di ottenere ulteriori miglioramenti sostanziali, dobbiamo cambiare marcia focalizzando la nostra attenzione su due fatti: 1. una riduzione degli eventi dal 30 al 15% implica che il 15% avrà un evento nonostante la terapia ottimale. Perché? 2. Il 70% non avrà alcun evento nonostante sia stato trattato con placebo. Perché? Inoltre alcuni individui non sviluppano eventi pur essendo classificati ad alto rischio, mentre altri ne sviluppano pur essendo classificati a basso rischio. Perché? Questi interrogativi sono pressanti perché l'approccio "one size fits all" sta portando ad un carico crescente di politerapia, con conseguenti effetti collaterali, ridotta compliance ed aumento dei costi.
Pensiamo alle scarpe: " misura media" o adatte "alla nostra calzata"?
I vari Relatori hanno concordemente concluso che:
1. La focalizzazione dell'attenzione sui casi che più si discostano dal comportamento medio per presentazione clinica, risposta alla terapia, livelli di predittori ed evoluzione, identificati dalla rete ANMCO, permetterà la raccolta di sottogruppi fenotipicamente omogenei e sufficientemente numerosi di pazienti sui quali poi concentrare la ricerca di base, biologica, molecolare, genetica: "from bedside to bench". Gruppi di lavoro definiranno la casistica da studiare, i protocolli da adottare ed i costi dei progetti.
2. La rete ANMCO offre attualmente un'opportunità unica a livello mondiale per questa ricerca innovativa. HCF ha l'opportunità di promuoverla, creando così i presupposti per lo sviluppo di forme di prevenzione e terapia "su misura".



Le superspecialità cardiologiche possono compromettere la visione clinica unitaria del paziente con patologia cardiaca?

Lo fanno inesorabilmente tutte le volte che verrà curata la malattia piuttosto che il malato. Le competenze richieste per le superspecialità cardiologiche sono essenziali. Tuttavia i superspecialisti non devono dimenticare che c'è un malato spesso molto diverso da altri con lo stesso problema superspecialistico.
È necessario così ricondurre l'attenzione dal problema superspecialistico al malato con le sue peculiarità in una visione globale medica ed umana: l'ammalato desidera parlare con il suo specialista = medico che spiega, inquadra, rassicura, conforta.

HCF ha tra le sue finalità anche la diffusione della cultura della prevenzione, della modifica degli stili di vita, specie in ambito scolastico. Quali le iniziative in cantiere?

Per quanto riguarda l'istruzione le iniziative della HCF devono concentrarsi su due fronti non ancora efficacemente sviluppati da altre organizzazioni.
a) La promozione di stili di vita più salutari deve essere ribadito con ripetitiva continuità in programmi educazionali. Questa campagna deve iniziare dall'età scolare, non solo spiegando i possibili rischi connessi a stili di vita non salutari, ma anche creando "role models" attraenti, capaci di favorire essi stessi stili di vita più salutari. Un esempio di quest'attività è stato il Simposio dell'HCF sulla Prevenzione Cardiovascolare nelle Scuole al Congresso ANMCO. Questo programma che nasce da lontano e che adesso Temporelli sta portando avanti, può veramente diventare un volano per un efficace intervento sugli stili di vita sana dei nostri bambini e ragazzi. Dalle diverse relazioni trasparivano una competenza ed un entusiasmo che fanno ben sperare. La rete regionale dell'ANMCO e dell' HCF devono dare appoggio a questo progetto, iniziando a censire e coordinare le iniziative in atto nelle diverse realtà.
b) La diffusione dell'informazione sui tempi e modi appropriati di valutazione del rischio cardiovascolare e sui sintomi che suggeriscono possibili eventi cardiovascolari acuti, onde ridurre il ritardo di diagnosi e terapia
Questi programmi devono essere concertati istituzionalmente con i Ministeri della Salute e dell'Istruzione, con le singole Regioni e con le Associazioni di volontariato cardiovascolare.

HCF ha tra le sue finalità istituzionali ha anche la formazione. Come la intende?

Per quanto riguarda la formazione HCF deve esplorare tre aspetti che non ricevono ancora la dovuta attenzione.
a) La possibilità di promuovere iniziative che rivalutino la centralità dell'ammalato nella sua globalità nei percorsi diagnostici e terapeutici, inclusi quelli delle specialità di settore.
b) La possibilità di valutare le implicazioni costo/beneficio globale delle procedure diagnostiche e delle offerte terapeutiche emergenti, il cui numero è in progressivo, rapido aumento (sia in termini di prevenzione di eventi avversi che in termini di qualità della vita residua).
c) Una forte proposta formativa indirizzata ai Cardiologi più giovani, che verranno sistematicamente riuniti e chiamati a discutere sulla pratica clinica e della ricerca a partire dai casi clinici.

Come pensa di far conoscere ai Cardiologi e alla comunità nazionale le iniziative di HCF?

Utilizzando la corrispondenza su "Cardiologia negli Ospedali" e sviluppando un apposito Sito Web.

Quali i progetti per realizzare un fund raising adeguato agli ambiziosi progetti di HCF?

Tra le altre iniziative stiamo organizzando la giornata "per il TUO cuore" sabato 14 febbraio 2009, il giorno di San Valentino con un'attività di preparazione nazionale che aiuterà le iniziative locali che le singole cardiologie con gli amici del cuore intraprenderanno.

Insufficienza renale e cardiopatie: un problema di salute pubblica

Necessaria un'alleanza fra Cardiologi e Nefrologi

di Sabino Scardi

La prevalenza dei pazienti con Malattia Renale Cronica (MRC) è elevata in tutti i paesi occidentali per l'aumentata attesa di vita e per l'incremento della nefropatia diabetica e le previsioni per i prossimi anni non sono rosee. Parallelamente con il declino della funzione renale, si osservano importanti modificazioni anche a livello cardiovascolare per la comparsa di anemia, disfunzione endoteliale, ipertensione arteriosa, disfunzione piastrinica, alterazioni elettrolitiche, dell'equilibrio acido-base e del metabolismo minerale. Questi fattori giocano un ruolo importante nella progressione della MRC e contribuiscono ad incrementare il rischio cardiovascolare.
Infatti, l'insufficienza renale cronica (IR) è un potente fattore di rischio sia per la comparsa di malattie cardiovascolari (alterazioni del miocardio e del pericardio, calcificazioni cardiache, coronaropatie, scompenso cardiaco) sia per l'outcome avverso per eccessive comorbilità, eccesso di tossicità dei farmaci ed insufficiente uso di terapie utili per "nichilismo terapeutico". Il trattamento delle malattie cardiache in corso di IR ha numerose problematiche, si rende necessario anzitutto scegliere i farmaci meno nefrotossici, aggiustando il dosaggio in base alla gravità della disfunzione renale e selezionando la dose di carico e di mantenimento con il monitoraggio dei livelli plasmatici, in seguito bisogna riassestare l'efficacia della terapia monitorando la creatinina e la clearance della creatinina.
Perciò è indispensabile individuare precocemente la disfunzione renale in particolare negli anziani, negli ipertesi, nei diabetici e nei cardiopatici in generale. Una diagnosi precoce della MRC è veramente importante per iniziare un efficace trattamento adatto a ridurre la progressione della malattia renale verso lo stadio terminale, gestire meglio le comorbilità, valutare la presenza di fattori di rischio per la malattia cardiovascolare e scegliere i farmaci più appropriati.
La misura della creatinina plasmatica, usata comunemente nella pratica clinica per stimare la funzionalità renale, costituisce una guida solo approssimativa perché la sua sensibilità diagnostica per l'IR moderata è insufficiente. Invece, la misura precoce del volume di filtrazione glomerulare (VFG) è possibile conoscendo il valore della creatinina plasmatica l'età, il sesso e il peso corporeo utilizzando la formula di Cockcroft e Gault o la Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study equation che è più complessa (Tabella I).
Le formule per determinare il volume del filtrato glomerulare (VFG).
- Cockcroft e Gault
VFG=[(140 x età)x peso] / (72 x creatininemia) x 0.85 (se sesso femminile)
- MDRD
VFG=175 (o 186) x (creatininemia - 1. 154) x età - 0. 203 x 0.742 (se sesso femminile) o x 1.212 (se razza negra).
Generalmente l'incremento del rischio cardiovascolare si realizza, quando il VFG scende sotto i 60 ml/dl per 1.73 m2 per superficie corporea che corrisponde ad un valore di creatininemia fra 1.0 e 1.7 mg/dl per la popolazione sopra i 40 anni d'età, valori che sono ritenuti "normali" per diversi laboratori. È necessario perciò avere i valori normali di creatinina nelle popolazioni sane.
Recentemente per la valutazione della MRC è stata adoperata la determinazione della Cistatina C la cui presenza è ritenuta uno stato preclinico di disfunzione renale, il tasso di Cistatina C è ritenuto superiore alla clearance della creatinina perché evidenzia la disfunzione renale moderata. Per un razionale screening della MRC è razionale seguire i suggerimenti riportati nella Tabella I.
Screening per depistare la malattia renale cronica:
1. Misurare la creatinina e calcolare il volume del filtrato glomerulare con le formule note (vedi testo); se il VFG è inferiore a 60 ml/min per 1.73 m2 ripetere l'indagine dopo 3 mesi.
2. Eseguire nelle urine il rapporto albumina/creatinina se >30 mg ripetere l'esame dopo 3 mesi.
Se anche dopo 3 mesi il test è positivo considerare la presenza di una malattia renale cronica.
Se, il VFG è <30 ml o rapidamente decresce o se il rapporto albumina/creatinina urinaria è >300 mg il paziente dev'essere riferito al Neurologo.
La Fondazione Nazionale Americana per il Rene descrive 5 stadi di gravità della malattia renale. L'albuminuria però precede la riduzione del VFG e una persistente albuminuria (>30 nelle 24 ore) si associa ad un incremento di rischio cardiovascolare.

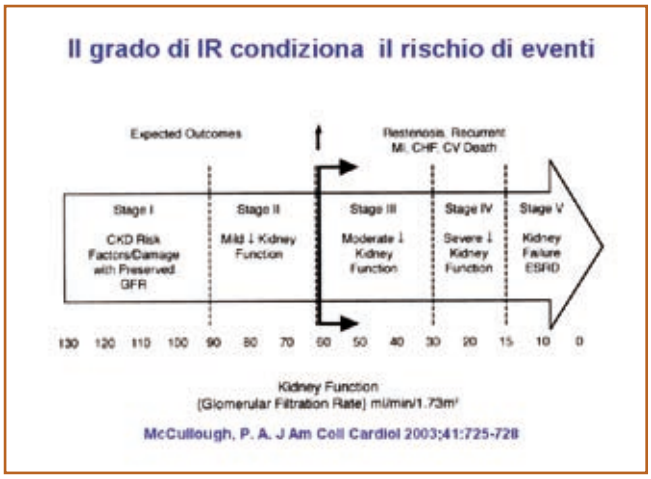


Tabella I

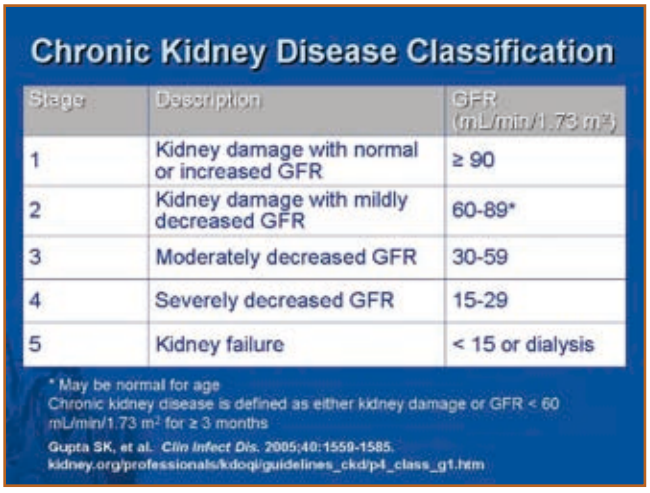


Figura 1

I pazienti con MRC devono essere valutati per determinare: il tipo e la gravità della MRC, le comorbilità, il rischio di perdita della funzione renale, il rischio di malattia cardiovascolare. Le finalità del trattamento sono: terapia specifica in rapporto alla diagnosi, valutazione e gestione delle comorbilità, rallentare la perdita della funzione renale, prevenzione e trattamento della malattia cardiovascolare, prevenzione e trattamento delle complicazioni della ridotta funzione renale.

I pazienti con MRC ricevono spesso una terapia cardioprotettiva inadeguata, in particolare quelli con cardiopatia ischemica non assumono i trattamenti evidence - based (aspirina, betablocaanti ACE - inbitori/spartani, eparina, statine), mentre coloro che utilizzano questi farmaci hanno una mortalità nettamente ridotta.

Anche per i pazienti con scompenso cardiaco si riscontra una scarsa utilizzazione di ACE - inibitori - sartani e betabloccanti.

I pazienti con MRC sicuramente sono a rischio di effetti tossici da farmaci cardiovascolari, tuttavia utilizzando preparati con eliminazione prevalentemente epatica, scegliendo un regime terapeutico che tenga conto del VFG, selezionando la dose di carico e quella di mantenimento tenendo conto della risposta clinica e delle concentrazioni plasmatiche del farmaco utilizzato, riducendo eventualmente le singole dosi o aumentando l'intervallo di somministrazione, si possono evitare molte complicazioni iatrogene.

Anche la rivascolarizzazione con angioplastica e bypass aortocoronarico non è scevra da complicazioni in particolare nelle forme di disfunzione renale avanzata, né si può trascurare la nefropatia da mezzo di contrasto che con opportune strategie (idratazione, uso di minor dose possibile di contrasto non ionico, somministrazione di N - acetilcisteina, emofiltrazione ed emodialisi e forse anche di statine) però può essere controllata.

Al contrario della popolazione generale, in quella con nefropatia, le informazioni sulla sicurezza dei trattamenti sono insufficienti perché usualmente questi pazienti sono esclusi dalle ricerche. Anche l'efficacia dei farmaci utilizzati per la prevenzione secondaria richiede conferma nei pazienti con MRC.

In conclusione, un'elevata percentuale (circa il 64%) di disfunzioni renali resta non diagnosticata o diagnosticata tardivamente nei pazienti con malattie cardiovascolari, questa situazione ha importanti implicazioni prognostiche e terapeutiche particolarmente negli anziani che viceversa possono trarre notevoli benefici da una valutazione rutinaria del VFG. Una precoce diagnosi della disfunzione renale promuove anche l'utilizzazione di trattamenti diretti ad arrestare la progressione del danno renale e soprattutto può ridurre la nefrotossicità indotta dai farmaci cardiovascolari.

Una più stretta collaborazione fra Cardiologi e Nefrologi è auspicabile per migliorare il destino dei pazienti con MRC certa o sospetta.

Ruolo dei Peptidi Natriuretici nelle Sindromi Coronariche Acute

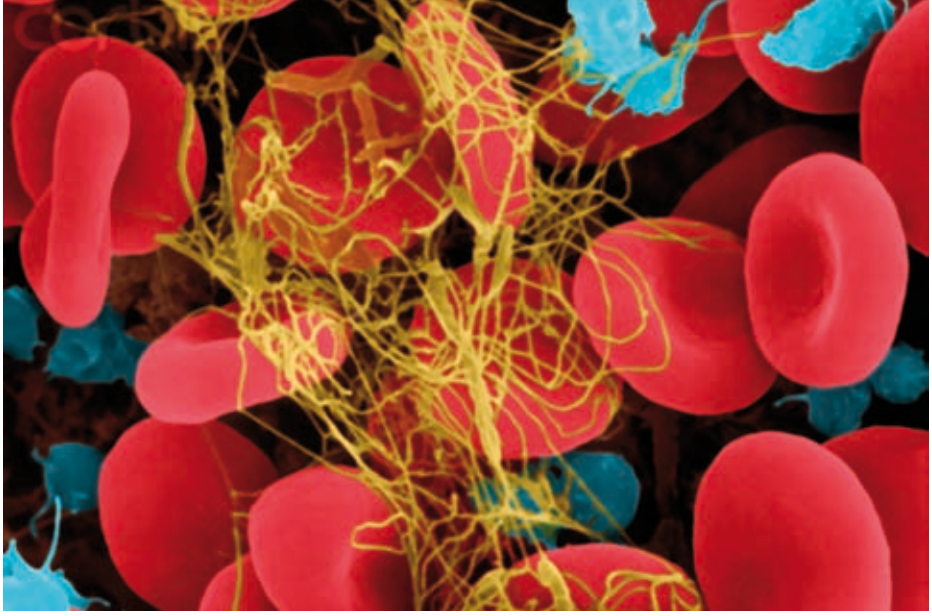
I Peptidi Natriuretici presentano un ruolo prognostico rilevante a breve e lungo termine nelle Sindromi Coronariche Acute

di N. Aspromonte, A. Celestini, R. Valle, M. Tubaro

Fin dai primi anni Novanta è stato chiaro il potenziale ruolo diagnostico e prognostico dei Peptidi Natriuretici (PN) nello Scompenso Cardiaco: tuttavia, anche per le Sindromi Coronariche Acute (SCA), la ricerca clinica ha prodotto evidenze sull'utilità nella gestione clinica e nella stratificazione del rischio. L'ischemia miocardica, probabilmente attraverso lo stress parietale regionale, rappresenta il "trigger" per il rilascio dei peptidi (BNP, NTproBNP, ANP), con modalità di incremento variabile per i singoli neurormoni. Il ruolo fisiopatologico è finalizzato alla diuresi, natriuresi e vasodilatazione, come meccanismo protettivo in risposta alle modificazioni emodinamiche indotte dall'ischemia. La severità delle lesioni coronariche e l'estensione del danno miocardico risultano correlati con i livelli di BNP misurati dopo l'inizio dei sintomi, mentre una persistente elevazione correla con il grado di disfunzione ventricolare e il rimodellamento post - ischemico. Questo spiega perchè una elevazione precoce di BNP e NT - proBNP è in grado di individuare pazienti a rischio di eventi sia a breve che a lungo termine, in particolare mortalità e nuova diagnosi di Scompenso Cardiaco. I risultati degli Studi Clinici e le sottoanalisi dei trial hanno ampiamente dimostrato il potente potere prognostico dei PN in tutto lo spettro delle SCA (STEMI/NSTE - ACS). Nello Studio EMAI (Galvani, 2004) il valore prognostico dell'elevazione di NT - proBNP, misurato entro 3 ore dal ricovero, risultava indipendente ed incrementale rispetto alle altre variabili cliniche, strumentali (ECG, FE) e biochimiche (troponina).

Stemi e Peptidi Natriuretici

Gli studi condotti fin dal 1996 hanno dimostrato, nell'ambito dello STEMI, una prognosi particolarmente sfavorevole nei pazienti con livelli aumentati di BNP. Nel 2001 De Lemos e collaboratori analizzarono l'efficacia prognostica del BNP misurato a 2 - 3 giorni dall'insorgenza dei sintomi, nei pazienti afferenti al Trial OPUS – TIMI - 16. Nel sottogruppo di pazienti con STEMI, il BNP si rivelò un utile strumento prognostico a 30 giorni ed a 6 mesi. In un sottostudio dell'ENTIRE - TIMI 23 il BNP, dosato nelle prime sei ore dall'insorgenza dei sintomi, si è dimostrato un predittore indipendente di morte cardiovascolare a 30 giorni. Infine, in un recente Studio, il dosaggio di NT - proBNP nelle prime 24 ore dall'insorgenza dei sintomi si è rivelato un predittore di mortalità più



accurato rispetto al TIMI risk score, dopo un anno di follow - up. Il valore prognostico dei due peptidi comunemente utilizzati nella pratica clinica è pressoché sovrapponibile: tuttavia, non vi è ancora un accordo univoco sulla scelta dei "cut - off" decisionali. Nell'analisi dei risultati del test nel contesto clinico dovrebbero essere considerati gli "effetti modulatori" legati all'età, sesso, funzione renale, funzione tiroidea, body max index, terapia farmacologica. Di non univoca interpretazione la relazione tra sede dell'IMA e livelli di produzione dei PN (probabilmente più elevata la produzione nell'infarto anteriore).

Nste - ACS e Peptidi Natriuretici

Il primo grande studio ad essersi occupato delle NSTE - ACS è il già citato sottostudio dell'OPUS - TIMI 16. In questo Studio nei pazienti con NSTE - ACS, il dosaggio del BNP ha mostrato un maggiore potere prognostico, rispetto ai pazienti con STEMI: un incremento del peptide nei primi 2 - 3 giorni di malattia è risultato un predittore indipendente di mortalità a 30 giorni ed a 6 mesi. L'importanza di questo Studio sta nell'aver focalizzato l'importanza fisiopatologica dell'attivazione del sistema neuro - ormonale e del sistema controregolatore nei pazienti con NSTE - ACS, una popolazione più eterogenea rispetto ai pazienti con STEMI, utile per individuare i pazienti a più alto rischio di eventi.
I risultati ottenuti da questo lavoro e dagli Studi successivi, hanno progressivamente favorito l'inserimento del dosaggio dei PN nella valutazione del paziente in corso di NSTE - ACS. Nel Registro CRUSADE (2006), la percentuale di pazienti con dosaggio del BNP è cresciuta del 5.1% dal 2003 al 27.7%.
Chiarite quindi le proprietà prognostiche del BNP e del NT - proBNP nelle NSTE - ACS, la ricerca si è per lo più indirizzata verso due momenti fondamentali della gestione di queste ultime, ovvero la diagnosi differenziale del Dolore Toracico e la scelta del trattamento conservativo o precocemente invasivo. L'efficacia diagnostica dei NP nei pazienti con Dolore Toracico è stata dimostrata da alcuni studi prospettici: nella diagnosi differenziale, i PN sono particolarmente utili qualora il paziente presenti un ECG non diagnostico e normali livelli dei markers convenzionali. Per quanto riguarda la scelta del trattamento, sono essenzialmente tre gli studi che si sono occupati dell'utilità dei NP nella gestione della strategia conservativa vs strategia invasiva. Il sottostudio del TACTICS TIMI 18 non ha mostrato risultati significativi, mentre nel FRISC - 2 i pazienti che presentavano simultaneamente livelli molto elevati di NT - proBNP e di IL - 6 traevano beneficio dalla strategia invasiva. Analoghi risultati per i pazienti arruolati nel GUSTO - IV ACS e sottoposti a terapia invasiva in presenza di elevati valori di NT - proBNP.
In conclusione, i PN sembrano essere un valido strumento di stratificazione, alla stregua degli altri parametri convenzionali per la scelta di un trattamento precocemente invasivo. Resta solo un punto controverso nell'analisi degli Studi: nel sottostudio del GUSTO IV, infatti, il dosaggio di NT - proBNP non si è rivelato un predittore indipendente di reinfarto. Ciò è probabilmente spiegato dal fatto che i NP riflettono unicamente lo stato ischemico del tessuto miocardico e non forniscono alcuna informazione relativa all'instabilità della placca. È giusto allora privilegiare un approccio "multimarker"? Negli ultimi anni, oltre ai PN, altri marcatori biochimici hanno fatto il loro ingresso nella gestione delle Sindromi Coronariche Acute. Ai classici marcatori di necrosi miocardica (troponine, CKMB), si sono affiancati biomarkers indicatori di stress di parete (NP), infiammazione (proteina C reattiva, mieloperossidasi), instabilità di placca (CD40L), danno vascolare (microalbuminuria, filtrato glomerulare). L'esatto ruolo di questi marcatori nella fisiopatologia delle SCA non è ancora del tutto compresa; nel futuro, però, un approccio "multimarker", insieme alla valutazione clinica e strumentale, permetterà sicuramente di classificare in modo più preciso il paziente nell'ambito dell'eterogeneità delle SCA.
Il futuro dei PN nella cardiopatia ischemica acuta si inserisce sicuramente in questa intrigante direzione.

Una nuova Rubrica di approfondimento delle tematiche di ordine sindacale

di Domenico Gabrielli

Dal prossimo numero della Rivista c'è l'intenzione di avviare il Forum Organizzativo Sindacale che approfondisca tematiche di ordine sindacale e che possa dare spazio, in merito, anche alla voce dei Lettori. Sappiamo che la nostra Associazione ha deciso di abbandonare l'agone sindacale, dopo aver sentito l'opinione dei Soci ed aver preso atto dello scarso interesse per tale tipo di attività, perlomeno per quanto espresso dall'esito del Questionario specifico fatto circolare lo scorso biennio.

Abbiamo dunque preso atto della volontà degli Associati, ma siamo convinti che le tematiche sindacali rimangano di ampio interesse, pertanto pensiamo che possa far piacere approfondire nei prossimi numeri alcuni degli argomenti più "caldi" di ordine sindacale ed, eventualmente, valutare come questi si possano intersecare con i problemi della Cardiologia e l'Appello all'unità della stessa appena prodotto dall'ANMCO.

La riflessione sulle problematiche di ordine sindacale consentirà in seguito, forse, interessanti opportunità, considerato che anche a livello della classe dirigente sindacale si sta aprendo un dibattito importante sul se e come dare maggiore spazio alle istanze delle Associazioni Scientifiche che rappresentano determinate categorie di specialisti.

Nella Rubrica ci avvarremo della collaborazione di riconosciuti esperti sindacali e valuteremo la possibilità di animare dibattiti, eventualmente anche mediante Forum dedicati sul Sito WEB dell'Associazione.

Le tematiche che pensiamo di affrontare nei prossimi numeri sono quelle al momento più interessanti, considerato il ritardo del rinnovo del CCNL, in particolare le problematiche inerenti la Libera Professione, il Governo Clinico, la valorizzazione del lavoro disagiato, l'orario di lavoro alla luce delle recenti novità legislative, la pronta disponibilità e quant'altro vogliate segnalarci.

Lo stallo della trattativa per il rinnovo del CCNL è particolarmente preoccupante alla luce della crisi economica che sta rallentando lo sviluppo del Paese e che non fa presagire nulla di buono ai fini delle risorse che potranno realmente essere impegnate nel rinnovo; oltre che dal punto di vista economico la trattativa appare delicata anche per la parte normativa alla luce delle problematiche emerse in questi anni di applicazione dei contratti precedenti.

Ricordiamo che nell'atto di indirizzo

licenziato dal Comitato di settore del comparto degli enti ed aziende del SSN del settembre 2007 si pone l'accento sul fatto che la contrattazione collettiva nazionale dovrà individuare strumenti di gestione del contratto che consentano agli Enti ed Aziende del SSN di programmare la propria attività e di agire sempre più per obiettivi e progetti, con l'intenzione quindi di potenziare la contrattazione integrativa decentrata, rafforzando ed adeguando la retribuzione variabile ai risultati conseguiti.
Fra gli obiettivi individuati per il CCNL vi è una significativa semplificazione del testo contrattuale, sia attraverso l'utilizzo di un linguaggio più comprensibile e sia attraverso una disciplina di più agevole applicazione degli istituti trattati; si conferma inoltre la necessità di pervenire alla redazione di un testo unico delle disposizioni contrattuali vigenti.
Ci si propone anche una significativa semplificazione del sistema retributivo per valorizzare la immediata percezione del valore degli incarichi, un riequilibrio dei meccanismi di gestione mediante una migliore definizione degli ambiti di autonomia tecnico - professionale, uno sviluppo della massima integrazione tra le varie tipologie di lavoro medico (dipendenza/convenzionamento etc.).
A livello di relazioni sindacali l'obiettivo è rafforzare il livello di coordinamento regionale, temporizzando altresì meglio le varie fasi di contrattazione decentrata regionale e aziendale. Importante appare la linea di indirizzo sul sistema degli incarichi al fine di definire chiaramente le linee di responsabilità, rivedere il sistema di bilanciamento tra i percorsi di carriera relativi alle due macro tipologie (gestionali versus professionali) fino a prevedere per le aziende la possibilità di graduare in maniera analoga i due percorsi di carriera; sorge invece qualche preoccupazione relativamente all'affermazione delle possibilità di revoca degli incarichi in seguito a processi di riorganizzazione aziendale. Nel capitolo dedicato alle condizioni di lavoro sorgono una serie di perplessità riguardo le modalità applicative del D. Lgs. 66 del 2003 e s.m.i. relativo alla durata media dell'orario di lavoro, nonché in relazione alla integrazione ospedale - territorio, bisognerà inoltre vigilare che non vengano attuate eccessive "semplificazioni" sulle modalità di assegnazione del personale all'interno delle Aziende.
Appaiono invece degni di nota i riferimenti alla necessità di semplificare i sistemi di valutazione, il richiamo al ruolo centrale della formazione continua ed al rapporto con i medici in formazione specialistica, nonché l'impegno allo sviluppo dei sistemi aziendali di risk management.
Dal punto di vista economico viene ricordata la necessità di rivalutare l'indennità di esclusività inserendola dunque nel monte salari.
In conclusione l'atto di indirizzo appena ricordato contiene luci ed ombre e sarà necessaria una forte e compatta azione sindacale per ottenere un buon contratto, ma avremo modo di approfondire queste tematiche nei prossimi numeri della Rivista.
Per il momento non rimane che salutarci e darci appuntamento a dopo l'estate con il primo numero della Rubrica, precisando che saremo ben lieti di ricevere suggerimenti sugli argomenti da affrontare.

La responsabilità del Medico e della Struttura Sanitaria Obbligazione di mezzi o di risultato?

di Ornella Mafrici

La responsabilità civile del professionista in genere, salvo alcune eccezioni, è sempre stata considerata una obbligazione di mezzi. Tradizionalmente, la colpa non veniva valutata sulla base del mancato raggiungimento del risultato sperato dal cliente ma sulla base della mancanza di diligenza impiegata. Il mutamento giurisprudenziale delle recenti decisioni della Suprema Corte è, invece, sempre più diretto ad una maggiore tutela del cliente/paziente. Con sentenza n° 577 dell'11.01.2008, le Sezioni Unite Civili della Corte di Cassazione si sono pronunziate su questioni cruciali in materia di responsabilità medica e, in particolare, sulla responsabilità sanitaria della Struttura nei confronti del paziente e sulla ripartizione dell'onere della prova. La Suprema Corte ha, preliminarmente, ribadito ai fini della valutazione della responsabilità medica nei confronti del paziente, l'equiparazione della struttura pubblica (Ospedale) a quella privata (casa di cura). Le violazioni, quelle mediche, incidendo sul bene salute, diritto tutelato dalla Costituzione, devono essere valutate in modo univoco, sia che provengano da una attività svolta in ambito pubblico che in ambito privato. Secondo l'indirizzo giurisprudenziale ormai consolidato, ripreso dalla Corte di Legittimità, la responsabilità della Struttura Sanitaria, con l'accettazione del paziente in Ospedale, ha natura contrattuale; analogamente, l'obbligazione del Medico ha, anch'essa, natura contrattuale anche se la sua fonte non è il contratto (paziente - struttura) ma il "contatto sociale" (Cass.Civ. 589/99). Il legame atipico che si instaura tra il paziente, la struttura ed il Medico dà luogo a quello che è stato definito un "contratto di spedalità", in virtù del quale la responsabilità della struttura può sorgere a prescindere dalla colpa del Medico.

Il rapporto tra paziente e struttura va ben oltre le prestazioni di tipo "alberghiero latu sensu" e comprende anche la messa a disposizione del personale Medico, ausiliario, paramedico, dei farmaci e delle attrezzature.

In sostanza incombono sulla struttura una serie di obblighi, c.d. "di protezione" ed accessori attraverso i quali la struttura è in grado di fornire al paziente una prestazione articolata, definita come "assistenza sanitaria".

Nell'ambito di tale rapporto di natura contrattuale, le sezioni semplici della Suprema Corte avevano ritenuto che gravasse sul paziente (creditore), la prova del contratto (accettazione in

Ospedale), dell'aggravamento della sua situazione patologica o dell'insorgenza di nuove patologie nonché la prova del nesso di causalità tra l'azione o l'omissione e l'evento di danno. Il Medico (debitore), a sua volta, doveva dare la prova dell'esatto adempimento e, dunque, la prova che non era a lui addebitabile alcuna colpa e che l'evento dannoso aveva avuto una diversa eziologia e cioè che era dovuto ad altra causa a lui non imputabile (v. Bilancetti "La responsabilità penale e civile del medico" Cedam IV Ed. pag. 1.047). Le Sezioni Unite, con la citata sentenza, hanno ritenuto superata tale ripartizione dell'onere della prova, perché fondata sulla distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato, distinzione che "se può avere una funzione descrittiva, è dogmaticamente superata". Secondo detta distinzione, essendo considerata, quella del Medico, un'obbligazione di comportamento (= di mezzi), la colpa non poteva essere desunta dal mancato risultato utile avuto di mira dal paziente bensì dalla mancanza di diligenza impiegata, con riguardo all'attività esercitata. Già, con decisione risalente al 2005, la n°15.781, la Corte di legittimità aveva messo in dubbio la validità di una rigorosa distinzione tra obbligazione di mezzi e di risultato, ritenuto che, proprio con riguardo alle prestazioni d'opera intellettuale, si ha una compresenza sia del comportamento del debitore sia del risultato "anche se in proporzione variabile". La distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato, pertanto, non avrebbe ragion d'essere ai fini della valutazione della responsabilità perché l'obbligo del professionista va desunto dalle comuni regole di correttezza e di diligenza, conformi alla natura dell'attività esercitata. Anche nelle obbligazioni di mezzi, dunque, lo sforzo del debitore è diretto al raggiungimento del risultato ed anche nelle ipotesi tipiche di obbligazioni di risultato, il risultato non è sempre garantito. Secondo la Corte anche se il creditore/paziente deve allegare un inadempimento "per così dire, qualificato e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno", spetta al debitore/Medico, di dimostrare "o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno". Sulla scorta di detti principi la Suprema Corte ha cassato la sentenza di merito che, in relazione ad una domanda risarcitoria, avanzata da un paziente nei confronti di una casa di cura privata per avere contratto l'epatite C, asseritamene con trasfusioni di sangue infetto praticate a seguito di un intervento chirurgico, aveva posto a carico del paziente l'onere di provare che al momento del ricovero egli non fosse già affetto da epatite. La nuova interpretazione del rapporto obbligatorio medico/paziente si riflette, ancora una volta, sul piano dell'onere della prova anche con riguardo all'accertamento del nesso causale nell'ipotesi di responsabilità da omissione. Le Sezioni Civili della Suprema Corte, pronunziatesi sul punto (Cass. Civ. 21619/2007), discostandosi dai criteri adottati in sede penale (Cass. Pen. Sez. Unite 30328/2002 - Sentenza Franzese), secondo cui la causalità deve essere accertata sulla base di un "elevato grado di credibilità razionale" e di "probabilità logica", hanno sancito che la causalità civile è una "causalità relativa" o "variabile" e che, pertanto, "obbedisce alla logica del più probabile che non". Dal che ne deriva un maggiore onere di difesa a carico del professionista (Medico) e/o della Struttura presso la quale lo stesso ha prestato la sua attività, con una pesante ricaduta in termini economici per la liquidazione di ingenti risarcimenti spesso non coperti o non interamente coperti da garanzia assicurativa.

Un cuore in inverno

di Paride Leporace

Caro Cardiologo nella tua professione ne possono capitare di tutti i colori. Può accadere che nel vostro studio in un giorno d'estate entri un quarantenne di quelli che vorrebbero mostrarsi giovani anche a settanta anni. È un giorno d'estate meteorologicamente strano. Una di quelle giornate che iniziano con il sole e all'improvviso nel pomeriggio le nuvole iniziano ad addensarsi sulle colline in forma minacciosa e nera. I colori cambiano e la grandine scende copiosa trasformando il luglio imperioso in un replicante novembrino. "Dottore sono un cuore d'inverno mi aiuti". Tentazioni di chiamare l'amico psichiatra, un metereopatico folle, oppure pensate di avere davanti un cuore matto che non ha bisogno di ascoltare Little Tony? Se avete qualche reminiscenza di cinema comprenderete allora che avete a che fare con qualcuno che ha visto l'omonimo film di Claude Sautet e che per una commedia dell'assurdo vuole confidarsi con il primo Cardiologo che ha incontrato nel cammino di una mutata giornata estiva.

Se siete particolarmente colti saprete che il regista francese sì è ispirato alla novella "La principessa Mary" di Micheal Lermontov. Un poeta e drammaturgo russo, militare di carriera e romantico di fede, che ha ispirato il film francese che ha bussato alla vostra porta. Converrà interpellare il vostro amico esperto di letteratura russa. È uno che conosce Lermantov. E i suoi personaggi che amano anteporre la mente al cuore. Quelli che possono affermare in un romanzo "da un pezzo i miei migliori sentimenti li ho seppelliti in fondo al cuore, dove sono morti; io sono diventato uno storpio morale". Come può essere utile un Cardiologo, magari dalla doppia vita godereccia, a chi s'identifica in tali meandri oscuri. Ma il film è altra questione. Il liutaio interpretato da Daniel Auteil senza dubbio sostiene di essere impermeabile ai sentimenti. Come quel vostro collega, che concupito da una lolitona in forma di velina, vi aveva confidato di essersi identificato in Sant'Antonio che resiste al diavolo nel deserto. Ma anche quello è sentimento. Invece il liutaio si insinua nell'affaire tra il suo miglior amico e una affascinante violinista. Il liutaio è un solitario. Da un lato misurato, dall'altro teso come la corda di un violino. La musica è di quel Ravel che quel vostro amico Cardiologo frequentante ogni Maggio fiorentino non lesina di critiche per la sua noiosa ripetitività. Ma nel film non c'è Bolero ma il nodoso movimento del Piano Trio in la minore. Ma torniamo alla trama della pellicola. Maxime, amico e socio del "cuore d'inverno" s'incotta ricambiato della bella Camille. Auteil la corteggia, la conquista, per poi respingerla. Quale è il misterioso arcano? Secondo Morando Morandini molteplici gli interrogativi che vi ripropongo: "Riflessioni sull'amore duro e inflessibile come l'inferno o malinconico apologo sul suo mistero? Ritratto di un uomo che avendo messo in letargo il suo cuore, mente anche a se stesso?".
La seconda che hai detto penserà il Cardiologo guardando il paesaggio plumbeo che ha lasciato vistose pozzanghere sull'asfalto che si osservano dalla sua finestra.
Quella freddezza di cuore del protagonista preserva dalla malattia che cura il Cardiologo? Il gelo del cuore può avere un battito normale. Non puoi dare calore ad un cuore d'inverno. A quel punto si ricorderà di aver visto il film e farà sua la frase della violinista: "Evidentemente parlando si rischia di dire delle stupidaggini. Stando zitti non si rischia niente: si è tranquilli, si può anche sembrare intelligenti".
Il Cardiologo congeda l'uomo che è entrato nel suo studio. Saluta, con garbo e ricorda allo sconosciuto che il tempo ha una complessa etimologia. Kronos è la linea retta degli avvenimenti, kairos è invece il tempo giusto. Forse un cuore d'inverno ha bisogno del kairos per aprirsi all'estate.

La Chiesa in Calabria respira con due polmoni...

Gli arbëreshë, in Calabria da cinque secoli, italiani a tutti gli effetti ma, nello stesso tempo, gelosamente fedeli alle tradizioni orientali dei padri

di Papàs Pietro Lanza

Tra le Diocesi della Calabria spicca, per le particolari caratteristiche di cui è portatrice, la Diocesi o Eparchia di Lungro, che è costituita dai fedeli in Cristo residenti nei paesi arbëreshë, stanziati prevalentemente in provincia di Cosenza. Le particolarità dell'Eparchia di Lungro si ritrovano nel patrimonio liturgico, cerimoniale, iconografico, teologico, spirituale, melurgico di tradizione bizantina, vissuto e osservato da questa piccola e giovane chiesa locale, che è sorta grazie a Papa Benedetto XV soltanto il 13 febbraio 1919.
La sua storia, però, inizia molto prima e risale agli ultimi anni del XV secolo. In quel periodo l'esercito mussulmano avanzava lungo la penisola balcanica e un manipolo di valorosi albanesi, guidati dal leggendario Giorgio Castriota, denominato Skanderbeg dal Sultano Memet II, ma definito Atleta di Cristo da Papa Pio II, fermò per oltre un ventennio, l'avanzata dei turchi verso l'Europa cristiana, impedendo che gli stessi portassero ad abbeverare le loro cavalle, come dicevano di voler fare, alle fontane di Piazza San Pietro.
Il leggendario condottiero cessò di vivere il 17 gennaio 1468. Dopo la sua morte iniziò l'esodo degli albanesi verso le coste italiane. Abbandonata la madre patria e guidati da un dise-

Cristo Pantocrator

Chiesa di S.Giovanni Battista di Acquaformosa

gno provvidenziale, trovarono riparo presso conventi e monasteri ubicati nei territori del Regno di Napoli dove essi, che provenivano da territori soggetti alla Chiesa Ortodossa, vennero benevolmente accolti come fratelli nella medesima fede cristiana. I profughi, in quell'esodo forzato, portarono poche cose, le meno pesanti, le più preziose, quelle incancellabili: i ricordi, la lingua, il rito bizantino. Oggi esse costituiscono il tesoro custodito e vissuto nell'ambito dei paesi che fanno parte della Eparchia di Lungro, che è un lembo della Chiesa d'Oriente, dalla quale mai si è staccata, nel cuore della Chiesa d'Occidente, nella quale è pienamente integrata.
Le Parrocchie della Diocesi sono appena 29, ubicate nei paesi albanofoni, presenti prevalentemente in provincia di Cosenza, dove sono ancora vive le tradizioni degli antenati. Alcune di esse si trovano anche in centri cittadini con una numerosa presenza di fedeli arbëreshë. In questi paesi, la cui popolazione complessiva ammonta a circa 35.000 persone, per strada e in famiglia le persone parlano l'arbëresh e nelle Chiese, durante le ufficiature liturgiche, i fedeli pregano e cantano in greco. Al servizio del cammino di divinizzazione del popolo arbëresh vi sono 30 sacerdoti, papàdes, che costituiscono il Presbiterio della Eparchia di Lungro, riunito intorno a S.E. Mons. Ercole Lupinacci, terzo Vescovo della Diocesi. Il Vescovo o Eparca ha la sua sede a Lungro, una

Cristo Pantocrator, Cattedrale di Lungro

ridente cittadina posta sul versante sud - ovest della catena montuosa del Pollino. Il Trono dell'Eparca si trova in quella che è la Chiesa Madre di tutte le Chiese dell'Eparchia, la Cattedrale di San Nicola di Mira, ricca di pregevoli mosaici e affreschi, che la rendono un luogo unico in cui arte bizantina e spiritualità orientale si coniugano felicemente, tanto da portarla ad essere considerata la Chiesa più importante del cattolicesimo bizantino arbëresh in Italia.

Gli arbëreshë in Calabria stigmatizzano il miracolo della piena integrazione nel contesto locale dei discendenti dei profughi albanesi dei secoli XV - XVI. Costoro non si sono omologati alla cultura predominante, e nemmeno hanno dimenticato o rinnegato le loro antiche origini e il deposito dei padri. Pur essendo divenuti cittadini italiani a tutti gli effetti, essi hanno mantenuto tutte le tradizioni, il tesoro dei ricordi, la lingua arbëreshe e soprattutto la fede cristiana espressa e vissuta secondo la tradizione ecclesiale bizantina, che è la più importante e la più preziosa delle caratteristiche distintive della Diocesi di Lungro.

Il rito bizantino detto anche rito greco, perché nelle ufficiature liturgiche domina la lingua greca, si è sviluppato nel patriarcato ortodosso di Costantinopoli, chiamata precedentemente Bisanzio, che divenne importante nel 324 d.C., quando l'imperatore Costantino I la elesse capitale dell'Impero Romano d'Oriente e cambiò il suo nome in Costantinopoli. Esso è tuttora vivo e pienamente praticato nelle Chiese e tra i fedeli della Diocesi arbëreshe da cinquecento anni, in continuità con la fede ricevuta dai padri. Chi si trova a visitare la Chiesa di uno dei paesi della Diocesi di Lungro e ha la fortuna di partecipare ad una ufficiatura liturgica, viene immerso in un cerimoniale ricco di mille anni, carico di storia e di significati simbolici, pregno di teologia che esprime la fede dei primi secoli dell'era cristiana. Il visitatore si ritrova immerso nel mondo della bellezza, circondato dal profumo dell'incenso che a nuvole si eleva dal turibolo scampanellante creando atmosfere suggestive e rapito nella contemplazione delle sante Icone che riempiono le mura del sacro tempio aprendo finestre sul mistero di Dio.

Le caratteristiche bizantine possedute dalla Eparchia di Lungro, inserita nel contesto della Chiesa latina, in Calabria e in Italia, rendono questa comunità un segno vivente della comunione ecclesiale dei primi secoli dell'era cristiana, quando greci e latini vivevano in comunione e lodavano ciascuno nella propria lingua e secondo le proprie tradizioni l'unico e solo Dio. I paesi della Diocesi possono diventare palestre di incontro per scambi fraterni tra cristiani ortodossi e cristiani cattolici al fine di favorire la conoscenza reciproca, per gioire e lodare Dio in modi diversi e per sveltire a cuor di popolo la riunificazione delle Chiese cristiane. I fratelli cristiani ortodossi "bizantini", visitando questi paesi e le loro Chiese, potranno rendersi conto che i profughi albanesi, scappati dall'Albania per salvare la vita e per non diventare musulmani, hanno mantenuto intatta la fede cristiana ricevuta dai loro genitori insieme al patrimonio ecclesiale di tradizione bizantina che si esprime attraverso la lingua greca, grazie alla benevolenza della sorella Chiesa Cattolica di rito romano, che li ha sempre protetti e ancora continua a seguirli amorevolmente invitandoli a mantenere integre le tradizioni dei padri e a recuperare addirittura quanto si fosse perso. I fratelli cristiani cattolici "latini", visitando gli stessi paesi, non crederanno ai loro occhi, perché troveranno la stessa loro fede cristiana espressa in un'altra lingua, manifestata con simboli carichi di significato e di storia e i loro cuori trasaliranno di gioia di fronte alla bellezza delle chiese, dove gli stessi sensi sono invitati a glorificare il Misericordioso Padre celeste.

Sarebbe bello se, in chi legge questo articolo, nascesse il desiderio di andare a gustare di persona le bellezze e le peculiarità di questo lembo d'oriente nell'accogliente terra di Calabria.

Gustav Klimt, L'attesa, 1905 - 1909

L'attesa...

a cura della Redazione

Giorni
giorni
giorni di mare
l'orizzonte
non muta
oggi
domani
sempre
come
le attese
dell'uomo.

"Immensità" tratta da
Una finestra sul mare (2002)
di Massimo Zubboli

Tizu, Attesa, 2001

"[...]Alla finestra guardava la sera invadere il viale. Teneva la testa appoggiata contro le tendine e sentiva nelle narici l'odore del cretonne polveroso. Era stanca.
[...]Un tempo c'era un campo laggiù e loro solevano giocarci ogni sera, insieme agli altri ragazzi del quartiere. [...]
Molti anni erano passati da allora: adesso lei e i suoi fratelli e sorelle s'erano fatti grandi
[...]Come tutto cambia! Toccava a lei ora d'andarsene come gli altri, lasciare la casa.
[...]Nella casa nuova, però, in un paese lontano e sconosciuto, non sarebbe andata così.
[...] Un lavoro duro, sì, una vitaccia; Ne avrebbe cominciata un'altra, adesso, con Frank. Sarebbe andata via con lui quella sera, col piroscafo della notte. Sarebbe andata via per diventare sua moglie e vivere con lui a Buenos Aires nella casa che l'aspettava."

Tratto da **"Eveline"**
Gente di Dublino (1914)
di James Joyce

Dario Treves, L'attesa, 1932

Voce dalle Quinte Signore!
Estragone Ci risiamo.
Vladimiro Vieni avanti, ragazzo mio.[...]
Ragazzo Il signor Godot mi ha detto di dirvi che non verrà questa sera ma di sicuro domani.
Vladimiro Tutto qui?
Ragazzo Sissignore.
[...]
Vladimiro Be', va' pure.
Ragazzo Che devo dire al signor Godot, signore?
Vladimiro Digli...(Esitando) Digli che ci hai visti. (Pausa). Sei sicuro di averci visti, no?
Ragazzo Sissignore. (Indietreggia, esita, si volta ed esce di corsa).
La luce comincia a calare rapidamente. In un attimo, si fa notte. La luna si alza dal fondo, sale alta nel cielo, si ferma, inonda la scena d'un chiarore argentato.
[...]
Vladimiro Non ci resta più niente da fare, qui.
Estragone Né qui né altrove.
Vladimiro Su, Gogo, non prendertela così. Domani tutto andrà meglio.
Estragone E come?
Vladimiro Non hai sentito quello che ha detto quel ragazzo?
Estragone No.
Vladimiro Ha detto che Godot verrà di sicuro domani. (Pausa) Che te ne pare?
Estragone Allora, non c'è altro da fare che aspettare qui.

Testo tratto da
Aspettando Godot (1952)
di Samuel Beckett

Da una rappresentazione teatrale di "Aspettando Godot"

Quest'anno il 5xMille è per il tuo cuore

Cercare le cause delle malattie cardiovascolari. Questa è la nostra sfida: contrastare la principale causa di morte nel mondo occidentale.
La Fondazione "per il tuo cuore" - HCF sa che non tutti i cuori sono uguali e intende studiare le differenze nella risposta alla malattia fra persona e persona, **per dare a ognuno una "cura su misura"**.

per il tuo cuore

Quest'anno dona il **5xMille** alla **Heart Care Foundation "per il tuo cuore"**, inserendo nell'apposito spazio della denuncia dei redditi il codice fiscale della Fondazione **94070130482** e la tua firma.

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

Versi tratti da “Dall’immagine tesa”
Canti anonimi (1920)
di Clemente Rebora

[...]
verrà, se resisto,
a sbocciare non visto,
verrà d’improvviso,
quando meno l’avverto:
verrà quasi perdono
di quanto fa morire,
verrà a farmi certo
del suo e mio tesoro,
verrà come ristoro
delle mie e sue pene,
verrà, forse già viene
il suo bisbiglio.
[...]

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification