Cardiologia negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO

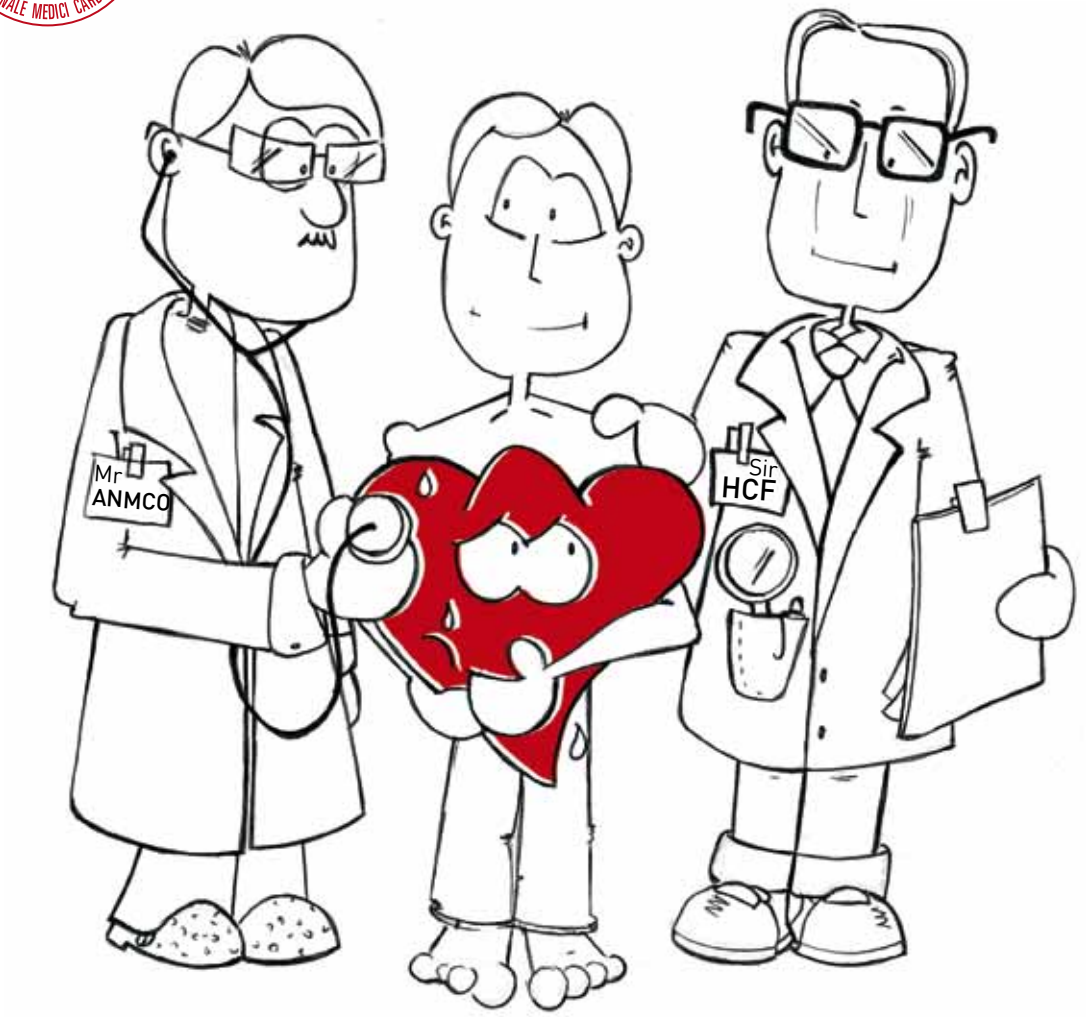
NOVEMBRE • DICEMBRE 2008 N°166

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

AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENECA • BRISTOL - MYERS SQUIBB • BOEHRIGER INGELHEIM • PFIZER ITALIA • SANOFI - AVENTIS • SERVIER ITALIA

Per il Tuo cuore è la Fondazione **ANMCO**

Per un **CUORE** che batte,
il **CUORE ANMCO-HCF** risponde



Per ANMCO-HCF sempre e ovunque c'è **CUORE**

Perché è nata una "**alleanza medico-paziente per il tuo cuore**" ...

- **Per** sostenere la ricerca clinica innovativa, come lo studio **GISSI OUTLIERS** primo ed unico al mondo sui pazienti che più deviano dal comportamento prevalente atteso
- **Per** organizzare la **GIORNATA "per il Tuo cuore"** il **14 FEBBRAIO**, San Valentino, con la **"MARATONA TELEVISIVA"** patrocinata dall'Ufficio Affari Sociali della RAI

13 febbraio 2009

ANMCO E HCF AL QUIRINALE

Il Presidente della Repubblica accoglierà il 13 febbraio in una cerimonia al Quirinale una Delegazione dell'ANMCO e della Fondazione per il Tuo cuore - HCF per consegnare un riconoscimento ai Ricercatori GISSI

A.N.M.C.O. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

per il tuo cuore
FONDAZIONE ITALIANA PER LA LOTTA ALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI - ONLUS
Heart Care Foundation

In copertina opera di
Pompeo Girolamo Batoni
La purezza di cuore, 1752

N. 166 - novembre/dicembre 2008
Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:
Mario Chiatto

Co-Editor:
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione:
Francesco Maria Bovenzi,
Pasquale Caldarola,
Massimo Uguccioni

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

ANMCO
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 - Fax 055 5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

Direttore Responsabile:
Gennaro Santoro

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

Stampa:
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto Grafico e Impaginazione
Studio V. Mirannalti

EDITORIALE
Ospedale per intensità di cura: una città del sole? p.4
di Mario Chiatto

Per chi suona la campana? p.5
di Francesco Maria Bovenzi

DAL PRESIDENTE p.18
Consiglio Direttivo: i primi cento giorni di attività
di Salvatore Pirelli

HCF RISPONDE p.21
Sempre più spesso il placebo si rivela un nemico imbattibile. Per lo meno nei pazienti già trattati adeguatamente
di Aldo Pietro Maggioni

La necessità di target terapeutici nuovi per i trial p.23
di Attilio Maseri

Sempre più forte identità fra ANMCO e HCF: ovvero come HCF diventa strumento operativo dell'ANMCO p.25
di Gian Luigi Nicolosi

Biancaneve, I tre porcellini, 118 e dintorni p.27
di Roberto Cemin

DALLA FIC
Cardiologia e Istituzioni Sanitarie Regionali: l'importanza di una referenza unitaria p.30
di Giuseppe Di Pasquale

DAL SITO WEB ANMCO
Visita il Sito ANMCO! p.32
di Alessandra Chinaglia

DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO
Sempre più forte il legame tra Aree - Comitato Scientifico e ANMCO - HCF per la ricerca p.34
di Andrea Di Lenarda

REPORTAGE DAL CONGRESSO ESC
Congresso Europeo di Cardiologia 2008 p.35
di Matteo Cassin

DALLE AREE p.40

AREA ARITMIE
Bilancio di un biennio p.41
di G. Inama e M. Zoni Berisso

AREA EMERGENZA - URGENZA
Un Blitz nelle UTIC! p.44
Uno stimolo alla crescita del Cardiologo Intensivista
di Gianni Casella

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE
Hub and Spoke per la terapia meccanica dell'Embolia Polmonare? p.46
di L. Roncon e C. D'Agostino

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ
La Cardiologia tra Etica e Mercato p.47
di G. Rosato e E. Pasini

AREA NURSING
Bilancio di un biennio p.49
di Claudio Coletta

Ciao Giulietta p.51
di Giuseppe Di Pasquale

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE p.52
Perché dovremmo conoscere meglio come prevenire e gestire le cardiopatie delle donne?
di S. Urbinati, P. Faggiano, C. Castello, F. Colivicchi, M. Uguccioni, C. Riccio, M. Abrignani, S. Pede

AREA SCOMPENSO CARDIACO
Futuri obiettivi della ricerca clinica e problemi irrisolti nello Scompenso Cardiaco p.54
di F. Oliva e M. Senni

DALLE REGIONI p.56

ABRUZZO p.57
I progetti futuri del rinnovato Consiglio Direttivo Regionale
di Laura Lalla Piccioni

BASILICATA p.59
Collaborazione tra Associazioni Specialistiche - Associazioni di Volontariato
di Francesco Paolo Calciano

CALABRIA p.62
Riprendono le attività del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria. "Studia il passato se vuoi prevedere il futuro" (Confucio)
di Marilena Matta

CAMPANIA p.64
A "Il cuore oggi e domani 2008" premiato il Prof. Attilio Maseri
di Filippo Gatto

Ferma presa di posizione dell'ANMCO contro i tagli previsti dal PRO campano p.66
di G. Gregorio e M. Scherillo

FRIULI VENEZIA GIULIA p.67
Informatizzazione della Cardiologia in Friuli Venezia Giulia: l'utilizzo di un dizionario di patologia comune
di A. Riccio, A. Di Chiara, D. Pavan a nome del Gruppo di Lavoro: E. Alberti, A. Benettoni, A. Di Lenarda, L. Massa, C. Pandullo, L. Pilotto, M. Zecchin

LAZIO p.82
Sta salpando il progetto FORTE Lazio
di M. Mennuni e F. Colivicchi

MARCHE p.85
Nuovo Consiglio Regionale Marche: si riparte
di Roberto Accardi

PUGLIA p.87
La prescrizione appropriata delle statine tra evidenze scientifiche, tutela del paziente e allocazione delle risorse in Sanità
di L. Santoiemma, P. Caldarola, A. Battista

SARDEGNA p.92
Un Consiglio giovane, progetti ambiziosi
di Rinaldo Aste

SICILIA p.93
Autunno: in Sicilia tempo di "rientro" e di "tagli"
di Abele Ajello

UMBRIA p.95
Indicazioni al test ergometrico e all'ECG dinamico Holter adottate dalla ASL 1 - Umbria, zona Alto Tevere
di D. Severini, S. Misuri, L. Prosciutti, L. Marinacci, F. Fedeli, V. Dò, G. Gamberi, G. Arcuri, M. Ridarelli, M. Cocchieri

VENETO p.97
Monitoraggio remoto dei pazienti portatori di pacemaker cardiaco
di D. Vaccari e G. Neri

CUORI ALLO SPECCHIO p.99
Mario Chiatto e Pasquale Caldarola intervistano il Prof. Roberto Ferrari

FORUM p.102
Il basso livello di colesterolo LDL ma non l'uso delle statine provoca il cancro
di S. Scardi e G. Cerchia

p.104
Rischi della Specializzazione e necessità di Unitarietà d'approccio in Medicina
di Gianfranco Sinagra

p.108
Scompenso Cardiaco e disfunzione renale: l'insostenibile leggerezza...di un asterisco
di L. Tarantini, G. Alunni, G. Cioffi, D. Del Sindaco, A. Murrone, A. Navazio, G. Pulignano

FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO p.111
Il CCNL 2006 - 2009 Area Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN
di D. Gabrielli, S. Moretti, O. Scarpino

IL PARERE LEGALE p.115
La Cartella Clinica: quale funzione?
di Ornella Mafrici

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI p.117
I giovani Cardiologi e il mondo del lavoro
di Rosa Pecoraro

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p.119
Storia dei Valdesi in Calabria
di Antonio Perrotta

p.121
Espaci Occitan
di Giorgino Cesano

p.122
Peperoncino, un Sovrano dalle Americhe
di Enzo Monaco

L'ANGOLO DELLE IMMAGINI p.124
Ali nella laguna
di Roberto Valle

I VERSI DEL CUORE p.126
Catullo: il poeta dell'amore tormentato
di Mario Chiatto

FIGURARE LA PAROLA p.128
Con Chirone dalla Mitologia greca nasce la Medicina
di Francesco Maria Bovenzi

Ospedale per intensità di cura: una città del sole?

di Mario Chiatto

"Tentare di prospettare una città del sole è sempre un rischio che però è morale correre"

La Cardiologia Dispersa e la Terapia "Dipartimento" Giorgio Baroldi, G Ital Cardiol 1996

Questo numero della Rivista si apre con un ampio Editoriale finalizzato all'esame di una complessa tematica che rappresenta la nuova vera sfida per la Cardiologia italiana: l'Ospedale per intensità di cura. Al mio intervento fa immediatamente seguito l'articolo "Per chi suona la campana?" che focalizza a tutto tondo l'interesse e l'attenzione della comunità cardiologica sulla nascita del nuovo modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura, una realtà nella Regione Toscana, criticamente inquadrata nell'attuale scenario tecnico - scientifico, demografico e socio - culturale. Questa trasformazione dell'assistenza ospedaliera è in continuità con le profonde rivoluzioni in atto nella sanità, ormai stretta nella morsa del crescente controllo della spesa.
La Medicina, d'altro canto, è oggi in grado di curare sempre di più i malati acuti, non sempre riesce però a guarirli, generando conseguentemente invecchiamento, cronicizzazioni e riacutizzazioni in molti contesti clinici, a cominciare dalla Cardiologia. Emerge quindi l'esigenza, da un lato di concentrare nell'Ospedale le terapie complesse e le alte tecnologie, dall'altro di potenziare le strutture territoriali per la diagnosi, la prevenzione, i controlli, e dunque la gestione della cronicità.
Lo scenario configurato nell'intensità di cura è quello di ricoveri in Ospedale non più in base al tipo di patologia, con reparti specifici cui fare riferimento, ma più semplicemente ricoveri valutati per la complessità assistenziale, la durata e l'intensità della cura da erogare. Ci inquieta questo pensiero? Certamente no se ci impegneremo anche come Società Scientifica a non ignorarlo, ad analizzarlo per cercare soluzioni di governo. Ripartire da pochi punti fermi a nostro avviso efficaci e irrinunciabili, come la difesa delle UTIC, il rispetto dei percorsi assistenziali cardiologici, la professionalità espressa dalle nuove clinical competence e l'indispensabilità dei Dipartimenti Cardiovascolari. Su questi argomenti l'ANMCO dovrà impegnarsi e richiedere confronto e garanzie nel rispetto dei risultati conseguiti in questi ultimi anni dalla Cardiologia. È molto probabile che altre Regioni nei prossimi anni seguano il modello della Toscana; del resto già sulla stessa strada sono l'Emilia Romagna, la Liguria e molti centri della Lombardia.
Un cambiamento totale per il quale è giusto che se ne parli ampiamente. Non rifiuto, dunque, ma proposte di buon governo perché … sognare un Ospedale interamente in vetro, in zona periferica con 400 posti letto e 2 blocchi: "high care" e "low care", camere singole con bagno, non più di 4 piani, rivolto ad un bacino di 250.000 utenti, inserito in un'area verde di 15 - 20 ettari, parcheggi per medici, personale e visitatori, eliporto, shopping center, auditorium, biblioteca, teatro, laghetto … "è sempre un rischio che però è morale correre".

Snodi della qualità assistenziale in Ospedale:

- **ORGANIZZAZIONE** - Efficacia, efficienza e benessere percepito
- **APPROPRIATEZZA** - Correttezza delle cure e dell'uso delle risorse
- **INNOVAZIONE** - Rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico
- **INTERATTIVITÀ** - Completezza e continuità assistenziale
- **UMANIZZAZIONE** - Centralità della persona
- **SOCIALITÀ** - Appartenenza e solidarietà
- **AFFIDABILITÀ** - Sicurezza e tranquillità
- **URBANITÀ** - Integrazione con il territorio e la città
- **RICERCA** - Impulso all'approfondimento intellettuale e clinico - scientifico
- **FORMAZIONE** - Aggiornamento professionale e culturale

Il nuovo lessico della modernizzazione ospedaliera:

- Integrazione socio - sanitaria
- Promozione della salute
- Governo clinico
- Equità di accesso
- Reti territoriali polivalenti
- Processi e percorsi
- Risorse e costi
- Sistemi di comunicazione
- Appropriatezza
- Accreditamento e qualità

Per chi suona la campana?

di Francesco Maria Bovenzi

Ho preferito Hemingway con questo titolo, ma potevo scegliere Bob Dylan con "A Hard Rain's A - Gonna Fall". Nessuno vorrebbe sentir suonare la campana per la Cardiologia ospedaliera italiana, ma la prospettiva di una riorganizzazione per intensità di cura aleggia tra luci e ombre sulla nostra identità culturale. Credo sia giunto il momento di evidenziare in ambito associativo questa realtà che oggi intravediamo in "chiaroscuro", proponendo una visione unitaria delle problematiche cardiologiche nel contesto delle future programmazioni sanitarie.
Quello che subito colpisce è che il nuovo modello di Ospedale sembra non prevedere più reparti e servizi autonomi in spazi e luoghi di cura ben definiti, bensì grandi aree di accorpamento costituite da strutture funzionali flessibili per numero di posti letto, quantitativamente dinamiche e modellate intorno alle esigenze funzionali dei pazienti. Viene, di fatto, rovesciata la tradizionale gestione clinico - organizzativa ospedaliera, fino ad oggi fondata sulla identità del reparto specialistico, gradualmente superata da una riduzione e concentrazione di posti letto in un insieme di setting costituiti da cosiddetti "letti funzionali". Questo modello per intensità di cure, realizzato sui principi di appropriatezza, viene presentato come uno strumento operativo necessario per governare il processo di riconversione del 60% dell'attuale attività eseguita in Ricovero Ordinario, verso un regime di trattamento di ricovero diurno o ambulatoriale, oltre che per rispondere alla crescente domanda di assistenza a maggiore intensità. Tuttavia, secondo i primi dati del Ministero della Salute, in Italia sono in calo del 4,2% i ricoveri in Ospedale nell'anno 2007 rispetto al 2006 (Tabella 1). La riduzione del numero dei ricoveri complessivi investe tutte le tipologie di attività: acuti, riabilitazione e lungodegenza, Regime Ordinario e Day Hospital (D.H.).
Il tasso di ospedalizzazione del 2007 può essere stimato complessivamente (acuti, riabilitazione e lungodegenza, ordinario e D.H.) a 199 per 1.000 abitanti, in discreta diminuzione rispetto al 211 per 1.000 del 2006 e al 213 del 2005. La riduzione più evidente, guarda caso, si registra nel tasso per acuti che passa da 138 per

Tipo attività		numero	Var%
Acuti	Ordinario	7.873.578	- 3,1
	D.H.	3.568.418	- 7,2
Riabilitazione	Ordinario	297.819	- 0,9
	D.H.	66.215	- 7,7
Lungodegenza		100.625	- 2,8
Neonati		412.646	0,5
Totale		12.319.301	- 4,2

Tabella 1

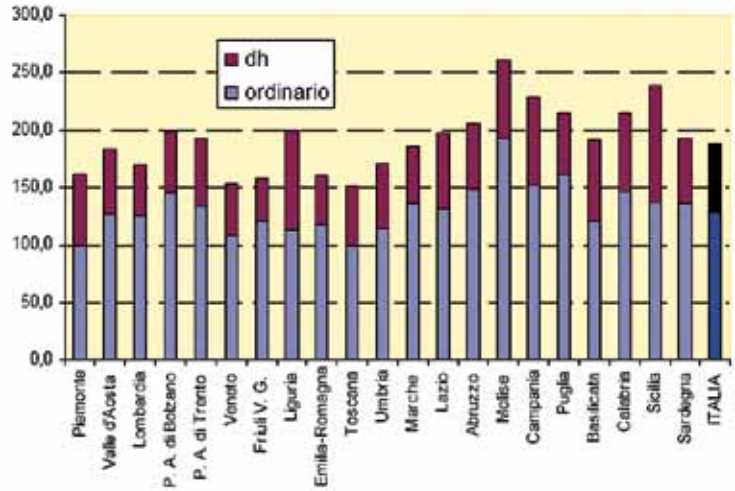


Figura 1
Tassi di ospedalizzazione standardizzati per acuti distinti in Regime Ordinario e Day Hospital - SDO 2007

1.000 abitanti del 2006 a 131 per il Ricovero Ordinario del 2007 e da 65 a 60 per 1.000 per il ricovero diurno. La variabilità regionale nella composizione del ricovero tra modalità diurna e Ricovero Ordinario e nei volumi di prestazioni persiste (Figura 1). Tutte le regioni appartenenti all'area centro meridionale del Paese ed in particolare quelle sottoposte ai Piani di rientro si presentano ancora con tassi di ospedalizzazione per acuti superiori o prossimi al 200 per 1.000 (www.ministerosalute.it).

La realtà normativa dell'Ospedale per intensità di cura

L'Ospedale per intensità di cura si pone in continuità con il generale cambiamento dell'Ospedale, sempre più specialistico e tecnologico, volto a identificarsi come un luogo di cura dell'acuzie, ma aperto e inscindibile da un'attiva e autonoma riorganizzazione territoriale dell'assistenza, considerata fondamentale anche come filtro. All'Ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di aprirsi al territorio e di integrarsi con la comunità sociale. Per rispondere a tale mandato la Legge Regionale 40/2005, che disciplina l'Assistenza Sanitaria in Toscana, prescrive questo tipo di modello con un concreto, prevalente dominio dell'organizzazione sulla clinica. Il nuovo Ospedale promuove un approccio incentrato sul bisogno del singolo, garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari, nonché riferimenti sanitari certi e appropriatezza nell'uso delle risorse. Le strutture organizzative titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico - professionale, ma è previsto per esse il progressivo superamento di reparti differenziati secondo le diverse discipline.

L'Ospedale organizzato per intensità di cure, strutturato per aree in base a un fabbisogno assistenziale omogeneo per ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura. In questo modello il concetto di cura (ovvero l'unitarietà delle componenti cliniche ed organizzative) è essenzialmente funzionale. Il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di durata e intensità (complessità medico - infermieristica), dal legame abitualmente sincrono con il necessario percorso clinico, al tempo stesso le responsabilità cliniche si scindono da quelle gestionali, che divengono predominanti. Non è in crisi l'efficacia del nuovo modello medico-specialistico (qualità e sicurezza in relazione alle prestazioni erogate), ma la sua efficienza (prestazioni in rapporto alle risorse utilizzate per definiti percorsi di cura) e la sua sostenibilità sistemica, che avrebbe slancio a partire dall'auspicato risparmio economico (Tabella 2).

La Legge Regionale 40/2005 della Toscana determinerà, nei tre anni successivi alla sua entrata in vigore, il graduale superamento dell'organizzazione tradizionale dei reparti, differenziati secondo un criterio rigidamente specialistico, con una conseguente riduzione/rimodulazione dei posti letto. Questa filosofia assistenziale è stata già sommessamente adottata in tutti gli Ospedali della Regione Toscana, sotto forma di

Principali fattori connessi al cambiamento

- Transizione epidemiologica
- Nuove possibilità tecnologiche
- Evoluzione delle professioni
- Maggiori aspettative ed informazione del cittadino - utente
- Vincolo della sostenibilità economica

Tabella 2

Il significato della personalizzazione assistenziale nell'intensità di cura

- **Rispondere in modo diverso**
  - per tecnologie
  - per competenze
  - per quantità e qualità del personale assegnato
- **Ai diversi gradi di**
  - instabilità clinica
  - complessità assistenziale

Tabella 3

I livelli organizzativi del Progetto

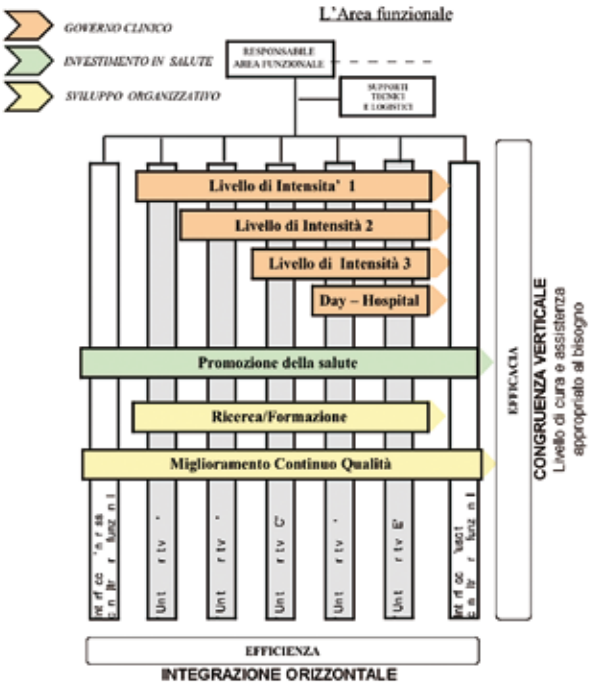


Figura 2

Il Panorama dei posti letto

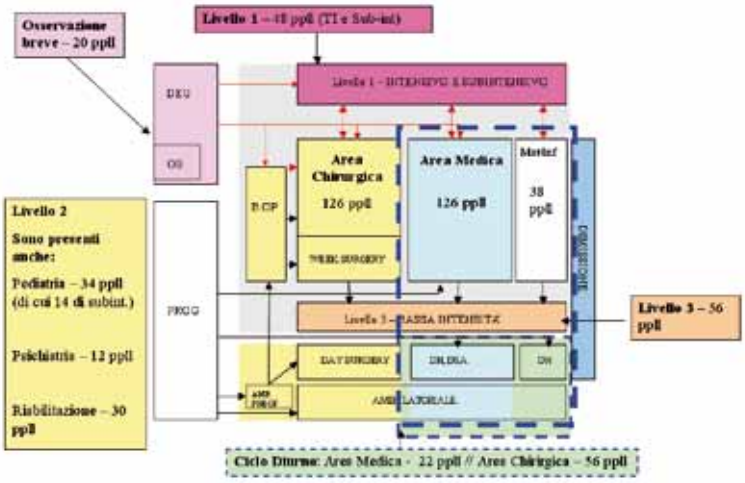


Figura 3

un primordiale "bed management", ovvero con creazione di "appoggi" fuori reparto in caso di mancanza di posti letto nei reparti di pertinenza specialistica. Il nuovo Ospedale per intensità di cure, concepito su diversi livelli di organizzazione in base alla tipologia delle cure, mira ad offrire riposte veloci, definite e asseconda l'evoluzione delle professioni mediche e infermieristiche.
Sono tre i livelli organizzativi più importanti su cui si fonda il progetto (Figura 2): il livello 1 delle degenze intensive e semi - intensive, in una parte delle quali esisterebbero le nuove aree di riferimento dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica tradizionale (UTIC), il livello 2 delle degenze per acuti, con area medica, chirurgica e materno - infantile e il livello 3 delle degenze post - acuzie. A queste si aggiungerebbero un'area ambulatoriale a ciclo diurno con degenze di Day Surgery, di D.H. e di Day Service e gli spazi per le abituali attività ambulatoriali. L'accesso ai livelli 1 e 2 avviene attraverso il Dipartimento di Emergenza - Urgenza o direttamente dal Pronto Soccorso, mentre un accesso elettivo e programmato è previsto per gli altri livelli. L'intensità di cura dovrebbe rappresentare una dimensione dell'assistenza fondata su percorsi clinici specificamente qualitativi e multiprofessionali che hanno vita e forza nel lavoro in equipe di aree dedicate, non culturalmente simili, ma che agirebbero secondo il prioritario principio della multisciplinarietà. Il valore di questa nuova tipologia di "gruppo" si dovrebbe fondare non solo nel raccordo dei saperi e delle pratiche, ma anche nell'interazione, nella conoscenza personale degli operatori e nel rapporto di reciproca fiducia tra le diverse discipline (Tabella 3).

Lo scenario assistenziale e le ricadute pratiche

L'Ospedale per intensità di cura sembra vivere tra una ragionevole razionalità delle scelte e una conflittualità intrinseca propria di un modello più specialistico, che pare stridere in quanto potrebbe condurre verso una progressiva e pericolosa frammentazione dei percorsi assistenziali, proprio a cominciare da quelli cardiologici. Il modello, in definitiva, sarebbe concepito per passare dalla cura della malattia di organo e apparato, alla presa in carico globale dei problemi di salute del Paziente. In questa logica esisterebbe un più ragionevole utilizzo del personale garantito da infermieri assegnati e dedicati non per reparto, ma per area funzionale. Il Paziente è rappresentato al centro di ogni attività con tutti gli specialisti necessari al caso, che guidati dalla figura del medico *tutor*, seguono i problemi clinici

Tabella 4

La nuova organizzazione richiede nuovi ruoli professionali e nuovi strumenti

La nuova organizzazione dell' Ospedale per intensità di cura richiede un ripensamento della presa in carico del Paziente perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa attraverso tutti i livelli di cura.

Occorre quindi passare dal principio di "hosting" al principio del "case management", dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato.

Questo determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione e lo sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema.

secondo la logica già indicata della multidisciplinarità dell'intervento.
Il Paziente verrebbe ospedalizzato nei livelli 1 e 2 (intensivo, subintensivo e per acuti), in base alla tipologia delle cure di cui ha bisogno, direttamente dal Dipartimento di Emergenza - Urgenza o dal Pronto Soccorso con un indirizzo di attribuzione assistenziale che rimane prevalentemente clinico (Figura 3). A questo punto, verrebbe preso in carico da un medico specialista individuato al momento del ricovero, definito *tutor*, insieme ad un infermiere referente. Queste figure, assimilabili simbolicamente a due "angeli custodi", prenderebbero interamente in carico il Paziente nel gestire i percorsi clinici, gli aspetti relazionali e i rapporti con i parenti, essendo quindi sempre "visibili", identificabili e disponibili per colloqui informativi, anche con il curante.
Il Direttore di ciascuna disciplina sembrerebbe perdere il ruolo clinico preminente e dovrebbe limitarsi ad identificare il medico *tutor* per ciascun Paziente afferente alla sua area, anche se questi aspetti gestionali e di ruoli professionali ad oggi non appaiono chiari. Il Paziente ricoverato, superata la fase acuta, verrebbe ospitato in aree funzionali di degenza, proprie per ciascun livello, organizzate per piattaforme cliniche (setting) di ambito medico o chirurgico.
Questa nuova riorganizzazione che presto cambierà lo scenario assistenziale nella quasi totalità degli Ospedali della Toscana, dovrebbe permettere di ottimizzare le risorse, garantire un miglioramento del comfort, rendere condivisi i percorsi di diagnosi e cura, personalizzandoli sempre più (Tabella 4).
In verità, questo modello in teoria estremamente lineare, auspicabile e praticabile, potrebbe risultare di difficile realizzazione e facilitare fughe verso le specialità presenti negli Ospedali universitari dove è concentrata la didattica in reparti dedicati, identificabili e di conseguenza molto più accessibili. Esiterebbe, paradossalmente, il rischio di frammentare gli interventi, confondendo la multidisciplinarietà garantita con l'insostituibile continuum assistenziale: a questo proposito potrebbero essere di esempio i nuovi sviluppi dei percorsi di diagnosi e cura in Cardiologia, realtà molto complessa e diversificata.
All'identità e unitarietà culturale di una disciplina il rischio è quello di sostituire una sorta di nuova organizzazione sanitaria, che ci appare forse più generalista e frammentata, o forse che ci coglie oggi culturalmente impreparati. Inoltre, in questo contesto, al dualismo medico - Paziente viene affiancato un nuovo dualismo, quello di infermiere - Paziente, ancor più evidente ed articolato di come non sia sommessamente cresciuto oggi: al medico la clinica, all'infermiere gran parte di tutte le problematiche gestionali. Un ridimensionamento radicale in questo senso, non concordato e non controllato con gli "attori" in campo, significherebbe la perdita di un grande patrimonio culturale, come ad esempio quello fin qui raggiunto dalla Cardiologia italiana.
Non così pessimistici, però, appaiono gli scenari che positivamente riportano le trenta tesi del Laboratorio di Ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla Salute (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, dove è stato studiato e pianificato questo moderno modello, prima della sua adozione nell'attuale Piano Sanitario 2008 - 2010 della Regione Toscana. I quattro grandi Ospedali provinciali di Lucca, Massa Carrara, Prato e Pistoia sono stati progettati in questo senso, ovvero rispondenti alla logica di "intensità di cura" e dovrebbero essere costruiti entro il 2012.
L'Ospedale di Empoli è la prima struttura in Toscana che, con non poche difficoltà, dovrebbe già vivere la logica dell'intensità di cura. Altri Ospedali provinciali si avviano gradualmente verso una trasformazione in tal senso, che in molte realtà appare oggi disomogenea, soggetta a differenti interpretazioni e vincoli aziendali, complessa da realizzare, soprattutto perché applicata in Ospedali con una struttura edilizia concepita secondo vecchi modelli fatti a padiglioni con numero di posti letto "chiuso", scarsità di punti infermieristici e di laboratori tecnologicamente dedicati per area.

La crisi del rapporto medico - Paziente

Il presupposto che spinge le Istituzioni verso la ricerca di nuovi modelli assistenziali è insito nel progresso medico e nella moltitudine di interventi, di diagnosi e di efficaci cure che hanno generato da un lato un insostenibile aumento dei costi del sistema salute, dall'altro una mistificazione dello stesso ruolo del medico e del suo storico rapporto "umanizzante" con il Paziente.

Tabella 5

La figura del Medico *tutor*

- È assegnato dal Direttore della specialità di riferimento (che può in casi definiti avocare a sè la funzione);
- Deve essere incaricato come *tutor* per un periodo sufficientemente lungo per garantire la continuità assistenziale (auspicato maggiore di 6 mesi);
- Il rapporto tra n° pazienti / medico tutor non deve superare 20;
- Deve essere un medico dedicato (non coinvolto in attività di guardia e/o ambulatoriali);
- È formalizzato sulla cartella clinica e viene presentato al Paziente/familiari;
- È il titolare della stesura, modifiche e follow-up del piano diagnostico - terapeutico, è l'interlocutore privilegiato della comunicazione con il Paziente, con i familiari, con il MMG, col DEA, con gli altri specialisti;
- Deve essere previsto un quotidiano momento di confronto con gli altri specialisti e con gli infermieri (specie l'infermiere referente e/o associato) per la valutazione del decorso;
- Garantisce la continuità clinica e di comunicazione;
- Può disporre lo spostamento/trasferimento orizzontalmente nell'ambito del livello 2 (fra 2A e 2B) e in senso verticale al livello 1 (Terapia intensiva o sub - intensiva) o al livello 3;
- In tali occasioni il *tutor* rimane lo stesso salvo profonde mutate esigenze cliniche che implichino la necessità di affidamento ad altro Tutor di diversa specialità più competente per una assistenza più adeguata.

Il progresso tecnologico e scientifico ha semplificato i processi di diagnosi e cura di molte malattie, ma d'altra parte, come conseguenza la semeiotica, la parola a letto del malato e le capacità diagnostiche del medico frutto di un ragionamento clinico si sono letteralmente inaridite. Di qui scaturiscono nuove sembianze per certi versi disumanizzanti della Medicina, che cambiano lo storico rapporto di uomini tra uomini (medico - Paziente), che rimane centrale e non può essere ridimensionato/eliminato senza conseguenze negative nella nostra pratica medica. Il momento strumentale ha preso il sopravvento sulla cultura individuale, sull'esperienza e sul nostro acume critico generando progressivamente un'involuzione clinica ed umana. Molto spesso non si ausculta più un malato quando si esegue un'ecocardiogramma, così come non si ritiene ad esempio importante la conoscenza di una pressione arteriosa differenziale quando si giudica un'insufficienza aortica.
In altre parole, il progresso tecnologico ha portato con sé il distacco del medico dal malato con una conseguente crisi del rapporto medico - Paziente. In più oggi sembra prevalere una visione della Medicina come mezzo per raggiungere l'immortalità attraverso il dominio o la sconfitta della malattia, considerata la causa di una morte "precoce". Con ciò si mistifica la concezione dell'uomo che ha sempre contraddistinto la pratica medica, per cui l'uomo non deve morire perché si ammala, bensì si ammala perché protagonista di un'esistenza terrena con tutta la sua cagionevolezza. Queste problematiche non possono essere semplificate o risolte con l'istituzione della figura di un medico *tutor*. Le Istituzioni hanno il dovere di dialogare e confrontarsi con le Società Scientifiche anche di queste emergenti e prioritarie criticità della nostra professione.

La fragile continuità assistenziale

Esiste un problema di continuità assistenziale, che non sembra avere nel modello proposto una risposta organizzata: il problema è evidente, immaginabile, direi inevitabile nei percorsi multidisciplinari, ma riguarda anche l'operatività delle singole Strutture Organizzative Professionali (SOP) troppo "disperse" per garantire risposte assistenziali omogenee. In queste ultime è evidente che la continuità assistenziale dovrebbe essere un requisito di "sistema" che non potrà essere garantita da nessun singolo operatore *tutor*, né tanto meno dal fatto che il Paziente rimanga materialmente ricoverato sempre nello stesso letto. Alcuni utili strumenti e raccomandazioni sono necessari per dare forza alla continuità assistenziale: la cartella clinica informatizzata, i protocolli di trasmissione, il monitoraggio dei risultati, la cultura della comunicazione (anche verso il medico di famiglia) e la cultura della qualità.
E proprio in questa direzione, ad esempio, che l'ANMCO Toscana ha ricercato in questi ultimi anni il confronto con un terzo garante istituzionale (Ente esterno), sulla validità degli attuali percorsi di cure offerti ai pazienti con cardiopatia, promuovendo in dieci Cardiologie della Regione un progetto di miglioramento e sviluppo organizzativo che fosse anche certificato ISO 9001. Il risultato conseguito e i nostri sforzi testimoniano quanto, come cardiologici, ci sentiamo oggi responsabili e sensibili ai grandi cambiamenti in atto in Medicina, riconoscendo da un lato l'importanza del bisogno di maggiore dominio dell'organizzazione da affiancare alla clinica, ma al tempo stesso, più in generale, appare evidente il fatto che una dimensione culturale e scientifica in sé non può essere sopraffatta da una visione prevalentemente organizzativa.
La cultura del "neo - gruppo" nel modello per intensità di cura costituito da equipe specialistiche, dovrebbe a questo punto utopisticamente elevare a valore anche le qualità e le com-

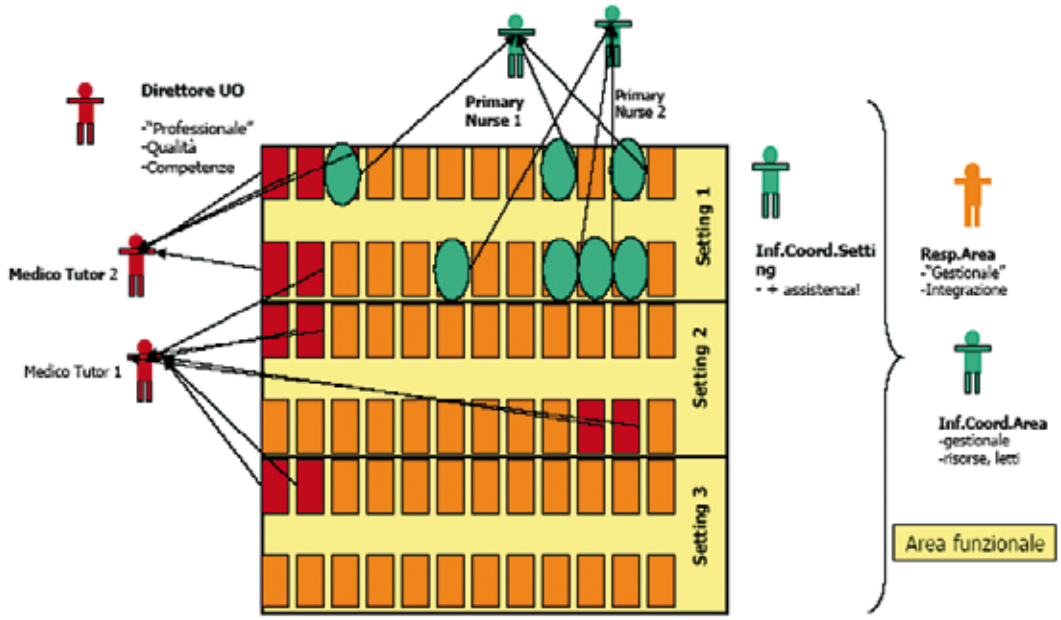


Figura 4
Competenza e integrazione dei professionisti
*A livello dell'**interfaccia diretta con il Paziente** emerge la necessità di una evoluzione della tradizionale modalità di presa in carico sia da parte del Medico che da parte dell'infermiere*

petenze cliniche proprie di ciascuna disciplina, oltre all'eccellenza e alla competenza professionale specialistica di ognuno. Difficile coniugare in questa logica la buona pratica con il molteplice divenire delle nostre conoscenze. Di qui scaturiscono alcune nostre preoccupazioni.
Dentro questa cornice è evidente che un'organizzazione che permette al Paziente di avere un medico di riferimento, in grado di impostare il percorso diagnostico - terapeutico e di verificarne lo svolgimento, non rappresenta il passo avanti nella qualità delle cure erogate. La creazione della figura del medico *tutor* (Tabella 5) dovrebbe tra l'altro essere compatibile con l'organizzazione complessiva delle SOP, dovendo garantire, in un certo qual modo, con altri la ripartizione di turni di servizio, delle guardie, delle reperibilità etc.
Ovvio, che l'impossibilità a ricoprire tutto questo inevitabile carico di lavoro, incompatibile con la quotidiana disponibilità al malato, aggiunto alla possibile e progressiva riduzione dei medici, ci induce oggi a credere nella soluzione, in un domani non lontano, di sostituibilità del nostro ruolo specialistico, perché vissuto nel razionale di un modello fondamentalmente con una logica multidisciplinare di intervento (Figura 4). Questa per noi rappresenta chiaramente un'ulteriore e prioritaria attuale preoccupazione, che ci risulta difficile da non mettere in conto aleggiando sui nostri pensieri come un'ombra. Infine, c'è il rischio che l'autonomia professionale dell'infermiere, rispetto al medico e alla SOP, possa innescare conflitti di competenze nel definire quali sono i limiti dei rispettivi ruoli assistenziali clinico - gestionali (doppia cartella clinica, doppia lettera di dimissione etc).

La riconversione e il ruolo dei piccoli Ospedali

Una simile riorganizzazione non può ignorare i nuovi possibili indirizzi in ordine al ridimensionamento, alla riqualificazione e alla riconversione in atto nei piccoli ospedali. Da un'analisi condotta sulle attività svolte presso i piccoli Ospedali della Toscana (a limitato bacino d'utenza), citata anche nel nuovo Piano Regionale, emerge che essi ricoprono un ruolo assai rilevante, sia nell'ambito della gestione dei ricoveri internistici (per riacutizzazione di patologie croniche, in particolare cardiologiche, neurologiche e respiratorie), sia nell'ambito della patologia elettiva chirurgica (Tabella 6).
La rete ospedaliera regionale, sostegno e forza del piccolo Ospedale, dovrebbe essere interessata da un profondo processo di rimodulazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza, nel rispetto di un equilibrio e ridistribuzione delle risorse a disposizione.

La mission dei piccoli Ospedali
(PSR Toscana 2008 - 2010)

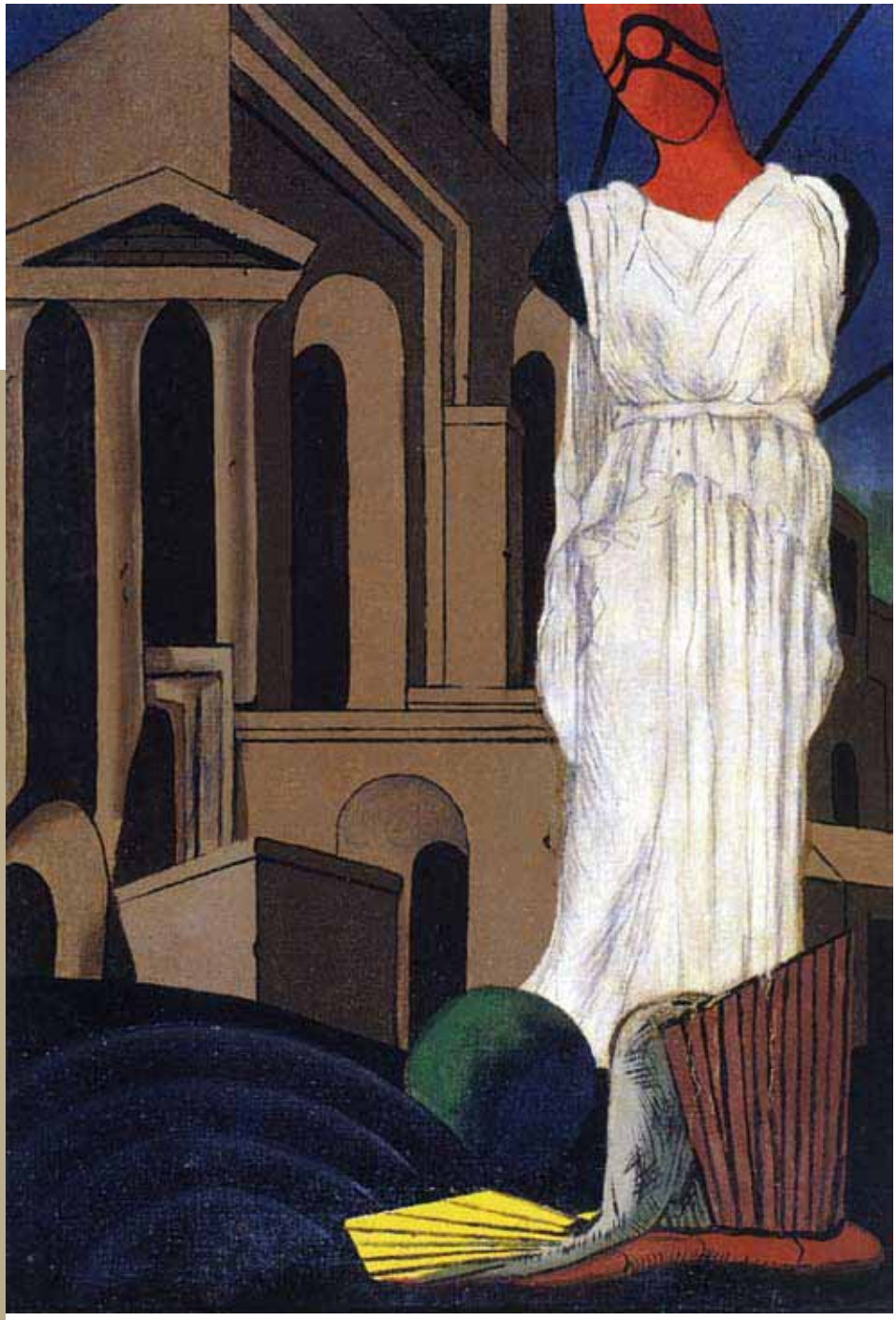
1. Piccolo non significa meno importante
2. Coordinamento e sviluppo della Medicina nella rete provinciale e di Area Vasta in continuità con la Medicina Generale nel territorio e lo sviluppo delle specialistiche mediche di ampio impatto, quali le cure oncologiche
3. Lo sviluppo di centri diagnostici (Day Service) per buona parte delle attività specialistiche/diagnostiche ambulatoriali
4. La realizzazione di percorsi didattici per medici in formazione
5. Le procedure di chirurgia elettiva
6. La stabilizzazione dei pazienti in urgenza

Tabella 6

Questo sviluppo dovrebbe costituire il prioritario presupposto per una configurazione dell'Ospedale fatta per acuti, ovvero come risorsa estrema, da usare in caso di reale bisogno e per il tempo strettamente necessario. Perché questo accada è prioritario il sostegno del territorio organizzato per il cronico, prevedendo un'operatività di tali piccole strutture ospedaliere, dette "intermedie" o a media intensità di cura, così come una riqualificazione del ruolo della Medicina Generale, fondamentale cerniera estrinseca al nuovo modello d'intensità di cura.
In un simile scenario il ruolo della Cardiologia potrebbe essere rilevante, come quello di altre discipline quali l'oncologia e di una parte della chirurgia elettiva, proprio per il loro peso epidemiologico/assistenziale.
Peraltro in questa logica, va assolutamente condiviso il concetto che è giusto prevedere e garantire un'offerta ospedaliera necessariamente centralizzata come accade nelle acuzie delle malattie. Infatti, una certa difficoltà/criticità potrebbe emergere nei limitati bacini di utenza, per tipologia e numerosità della casistica trattata nel garantire costantemente la necessaria "manutenzione", il perfezionamento, la skillness dei professionisti (vedi UTIC d'eccellenza o laboratori di interventistica), così da raggiungere quei livelli di soglia necessari a minimizzare i rischi per i pazienti e per gli stessi operatori. Per inciso, un'altra problematica resta la definizione quali - quantitativa degli stessi bacini d'utenza (provincie, aree vaste, aziende etc): ovvero, la omogenea suddivisione territoriale per assicurare per tutti eguaglianza delle cure erogate.
Nel contempo, come ricordato, cresce significativamente la patologia cronica e multiorgano, legata all'età avanzata, con problemi di salute che verrebbero meglio assistiti in un'adeguata rete sanitaria ed assistenziale di supporto e di collegamento, propria di un collegamento tra territorio e strutture intermedie (Chronic Care Model).
Occorre far evolvere e governare al meglio l'intero modello di rete, trovando punti di equilibrio ulteriori che sappiano condurre il "sistema" verso un maggior coinvolgimento di tutti i livelli assistenziali, rimodulando i servizi sanitari ad essa collegati. Un'unica rete per l'acuto e per il cronico? Un altro argomento su cui varrebbe la pena discutere. Siamo proiettati nel futuro oltre l'Hub e lo Spoke?

Il panta rei della Cardiologia, l'ANMCO e i ragionevoli dubbi

L'istinto è quello di una difesa corporativa, ma non è affatto così, non quello che vorremmo fare. Lo scenario della Cardiologia, come della Medicina, è radicalmente cambiato negli ultimi decenni, e non solo per il progresso tecnologico e scientifico, ma anche per i cambiamenti epidemiologici, sociali, professionali a tutti i livelli di programmazione e politica sanitaria. Il ragionevole dubbio che spinge a sottolineare l'importanza della nostra competenza maturata negli anni è il frutto dei risultati conseguiti in termini di significativa riduzione della mortalità cardiovascolare negli Ospedali.
L'ANMCO in Toscana ha avviato un vivace dibattito con tutte le Società Scientifiche per comprendere e cercare di governare, attraverso proposte comuni, questi nuovi indirizzi di riordino ospedaliero indicati nell'attuale Piano Sanitario Regionale. Le preoccupazioni sono state espresse direttamente dall'ANMCO Toscana all'Assessore Regionale al Diritto alla Salute e a tutti i Direttori Generali, dando risalto all'importanza dell'unitarietà della Cardiologia, alla centralità del Paziente cardiopatico in un sistema di diagnosi e cura, purché guidato da specifici e irrinunciabili percorsi assistenziali.
La Cardiologia potrebbe, in effetti, rischiare di essere "travolta", ridimensionata e dimenticata nella nuova riorganizzazione ospedaliera. Essa va difesa nella sua integrità di ruolo e forza nell'Ospedale, che non può identificarsi con l'intervento o il dominio di un singolo specialista, di una prestazione o procedura. Esiste la grave e subdola criticità di un "ritorno al futuro", proprio mentre ci approntiamo a sostenere, governare e gestire questo nuovo impianto organizzativo.
Non è possibile ignorare i progressi della scienza e delle sue più feconde applicazioni, ritrovandoci proiettati nei fatti in un'organizzazione ospedaliera, più lontana dalla clinica, incerta nello sviluppo della ricerca e speriamo solo "apparentemente" superata da svariati anni: da quando esisteva solo la Medicina Interna e la Chirurgia Generale.
Cambiano i tempi, oggi non basta evidenziare la carenza di risorse e i problemi di difficile gestione economica per guidare nuove scelte di tutela della salute, che non possono reggere il confronto con il progresso della scienza. Un modello questo, che



Giorgio De Chirico
La nemica del poeta, 1914

oggi ci risulta critico, così come è pianificato nel mondo reale, anche per l'attuale formazione del medico nelle Scuole di Specializzazione, troppo orientate verso un indirizzo esclusivo di competenza d'organo, ma allo stesso tempo eccessivamente generalista per le scuole di Medicina Interna. E poi, che ne sarà dell'integrazione tra formazione aziendale nursing di ieri e Laurea in Scienze Infermieristiche di oggi? Il modello proposto sembra essere fragile e impreparato per le nuove professionalità, nuova organizzazione e luoghi di cura. Guarda troppo in avanti senza premesse, certamente in una logica europeizzante, ma la riorganizzazione avviata vissuta come sfida da vincere, a cui tendere e adattarsi, tutto travolge e modella: auguriamoci, in questa fase, che non lo faccia a scapito della salute dell'utenza.
Il rispetto verso la razionalizzazione dell'esistente, che eviti le duplicazioni o i posti letto superflui con ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera, è un dovere che le Istituzioni dovrebbero condividere non solo con le sigle sindacali, ma anche con le Società Scientifiche, uniche depositarie del divenire della ricerca, delle nuove evidenze e delle loro applicazioni e raccomandazioni. La riduzione di medici con conseguente riconversione professionale, la concentrazione di posti letto, il progressivo calo del rapporto medici/infermieri ci espone al rischio di un ritorno ad outcome clinici disattesi, verso cittadini che richiedono assistenza qualificata in funzione dei bisogni di salute. E così la cancellazione dei reparti con la loro trasformazione funzionale in aree, il rischio di un'ulteriore spinta verso la frammentazione delle discipline e dei percorsi clinici, una gestione assistenziale organizzativo - centrica, potrebbero nell'immediato futuro non garantire tutti i requisiti di percorso, continuità ed efficienza delle cure.
Tutto questo giustamente ci preoccupa. Che ne sarà dei progressi in tema di cardiologia invasiva, di aritmologia interventistica, di nuove tecniche di imaging, di una semeiotica ormai dimenticata e propria di un'antica, ma sempre attuale cultura cardiologica? Quelle conoscenze approfondite dell'anatomia, della fisiopatologia, della clinica sono sempre state una garanzia e un'espressione di un'insostituibile cultura legata alla disciplina. E che ne sarà, infine, della ricerca clinica? Un modello GISSI del fare ricerca, modello che per anni ha fatto scuola nel mondo, sarebbe oggi improponibile, superato, ingestibile. Le malattie del cuore richiedono perizia, percorsi esaustivi e rapidi che se non ben gestiti tra Cardiologi possono generare cronicità, irresolutezza diagnostico - terapeutica, accrescendo negli anni quel peso assistenziale che tutti vorremmo "alleggerire".

Non dimentichiamo anche che il cittadino in questi anni ha imparato a far suo il bisogno di sentirsi protetto da un'assistenza qualificata e specialistica, cui ha fatto eco una fidelizzazione ai servizi sanitari della sua realtà. Trascurare questo semplice bisogno espone al rischio di perdita di credibilità, di fuga da un sistema pubblico arido, generico e disattento.
Le evidenze scientifiche sono concordi nel suggerirci che sarebbe un grave errore semplificare il nostro modello assistenziale, come un insieme di differenti procedure erogate, magari a richiesta generica attraverso singole consulenze specialistiche.
Non serve sfoderare una nostra difesa di categoria della disciplina, non credo sia questo, come già sottolineato, lo snodo delle nostre riflessioni, di queste in particolare; si cerca di guardare avanti, è giusto condividere riflessioni, informare, riflettere, cercare insieme di far ragionare le Istituzioni e governare il necessario cambiamento a difesa dei progressi: i nostri fin qui conseguiti. Abbiamo disponibilità di interventi terapeutici (angioplastica, stent coronarici, defibrillatori, ultrafiltrazione, contropulsazione, pacemaker per lo scompenso) che sono in grado di modificare in misura importante la prognosi e la qualità di vita di tanti pazienti, anche molto gravi. Si tratta di procedure costose che tuttavia, solo se utilizzate con massima appropriatezza, risultano essere associate ad un favorevole rapporto di costo - efficacia.
Quando la patologia cardiologica è predominante il reparto di Cardiologia dovrebbe restare oggi l'unica sede appropriata per la gestione del quadro clinico nella sua complessità. In questa ottica, d'altronde, l'operato del Cardiologo non può essere ridotto a fornitore di prestazioni professionali avulse dal contesto clinico complessivo, ancorché di elevato profilo diagnostico e terapeutico. Le superspecialità della Cardiologia possono trovare una loro collocazione appropriata solo se all'interno delle Unità Operativa di Cardiologia o dei Dipartimenti Cardiologici, che oggi restano il nostro più auspicabile modello di riferimento organizzativo da proporre alle Istituzioni proprio a partire dall'intensità di cure e tra Ospedale e assistenza territoriale intermedia, ospedaliera e non.

L'indispensabile Dipartimento Cardiovascolare

Il modello per intensità di cura riconosce e rafforza la filosofia di fondo che pone al centro il cittadino e invoca risposte clinico - organizzative che, per durata e intensità, siano commisurate ai suoi bisogni; il tutto in un ambito di elevata competenza multiprofessionale e ben definita disponibilità di risorse. Si dovrebbe, quindi, prevedere nel nuovo modello un percorso di applicazione rispettoso di un'organizzazione dipartimentale. Ovunque è prevista un'organizzazione funzionale il cui criterio guida sovrano resta la logica organizzazione in Dipartimenti, basata su percorsi affini e sull'inscindibilità delle attività assistenziali, della didattica e della ricerca. Secondo questa premessa, appare poco chiara una mancata pianificazione di dipartimenti omogenei d'organo, cui sembrano essere privilegiate logiche dipartimentali di tipo gestionale e di integrazione orizzontale per intensità, non rispettose dei modelli ANMCO. Un'organizzazione cardiologica tra strutture interospedaliere e tra queste e il territorio, sarebbe l'unica in grado di rispondere più efficacemente alle esigenze di base nell'acuto come nel cronico: dall'emergenza - urgenza, alla diagnostica non invasiva di qualità e al follow up del cardiopatico noto. Stesso ambito culturale, stesso linguaggio, stessi obiettivi di salute, stesse professionalità e ancora aspetti rilevanti come la formazione, la ricerca scientifica e l'uso appropriato delle moderne tecnologie. In un ambito dipartimentale cardiovascolare potrebbe realizzarsi il massimo livello di integrazione interospedaliera aziendale, capace di generare cultura, grazie allo sviluppo di sistemi informatici, osservatori epidemiologici territoriali, sistemi di verifica della qualità, elaborazione di linee guida condivise e diffusione capillare di programmi di aggiornamento e formazione.
Una risposta Istituzionale opportuna sarebbe stata per noi quella di veder puntare ad un'implementazione dei Dipartimenti Cardiovascolari finalizzati ad ipotesi progettuali specifiche fondate sull'efficienza, sulla completezza dei percorsi diagnostico-terapeutici erogabili e sulla concreta continuità per l'assistenza. Questa tipologia organizzativa conterrebbe in sé la totalità dei nostri percorsi di diagnosi e cura, che sono epidemiologicamente i più rilevanti. È con questo obiettivo che le Cardiologie dovrebbero essere organizzate, indipendentemente dalla gradualità delle cure, anche in ottica di interscambio globale di risorse,

Santiago Calatrava, La città dell'Arte e delle Scienze, Valencia, Spagna

comprese quelle umane.

Ripartire dalle UTIC

La straordinaria evoluzione delle conoscenze, delle terapie, della tecnica e della tecnologia ha contribuito in questi ultimi 40 anni allo sviluppo di un forte impatto positivo nella diagnosi e nella terapia delle sindromi coronariche acute. Esiste il rischio, già espresso, che tale formidabile progresso identifichi la cura delle malattie del cuore con una semplice erogazione di nostre prestazioni complesse ed ad alto contenuto tecnologico. All'orizzonte sembra profilarsi una sanità molto più fragile di ieri, paradossalmente non al passo con la crescita culturale, tanto da indurci istintivamente verso una sorta di costruttiva mobilitazione preoccupata a cominciare dalla difesa delle UTIC, collocate nelle aree semi - intensive. Di fatto, inspiegabilmente, cominciamo a lamentare la cancellazione di posti letto cardiologici e la diluizione degli stessi in aree generiche di cure. Come Società Scientifica ci chiediamo: che fine farà il nostro "progresso"?
Sappiamo che le UTIC rivestono ancora oggi un ruolo centrale nella rete assistenziale del cardiopatico critico rappresentando la sede unica e più appropriata per la cura e per la gestione di tutte le emergenze cardiovascolari. La diffusione delle UTIC, come emerge dall'ultimo Censimento 2005 della Federazione Italiana di Cardiologia delle strutture Cardiologiche in Italia, rimane ancora buona con la presenza di 411 unità omogeneamente diffuse su tutto il territorio nazionale: una ogni 136.000 abitanti, un letto di UTIC ogni 22.000 abitanti, quindi sono numericamente adeguate al fabbisogno (De Luca L, Lucci D, Bovenzi F, e al, G Ital Cardiol 2008; Vol 9, Suppl 1-5, 5S-83S). Eppure in alcune realtà, di fatto, comincia ad essere messa in discussione la legittimità dell'esistenza delle stesse, a cominciare da quelle non dotate di Laboratori di Emodinamica (circa il 50%). Un pericolo già più volte segnalato in ambito associativo, anche nelle pagine di questa Rivista.
Le superspecialità cardiologiche concentrate e immaginate nell'intensità di cura, legate in parte alle competenze intensivistiche e in parte alle competenze interventistiche, sempre più auspicalmente coincidenti, sono funzionali alla centralità clinica del malato operando in modo integrato nell'ambito di logica consequenzialità di percorsi che dal domicilio, transitando nelle UTIC Hub, condurrebbero a letti cardiologici dedicati in centri di media o di alta intensità di cure, o direttamente al territorio, in un sistema di un'unica rete dipartimentale cardiovascolare.
È indispensabile ripartire dalle UTIC, non separandole dai Laboratori di Emodinamica e dalle Cardiologie, queste ultime non necessariamente di uno stesso Ospedale, bensì di uno stesso Dipartimento cardiologico interaziendale. Una difesa necessaria, quella delle UTIC, perché intravediamo in molte realtà scenari di semplificazioni assistenziali cardiologiche più generaliste, proprie di altre strutture come Terapia Intensiva Medica, Emergenza, Pronto Soccorso, Rianimazione.
I Laboratori di Cardiologia Interventistica e di Elettrofisiologia non devono essere staccati dai Dipartimenti Cardiologici, dalle UTIC e dalle Unità

Santiago Calatrava, una veduta al crepuscolo del Planetario e del Museo della Scienza "Principe Filippo", La città dell'Arte e delle Scienze, Valencia, Spagna

Operative di Cardiologia. In alcune realtà regionali, molto del moderno imaging e persino i Laboratori di Emodinamica restano confinati o affidati alle Radiologie. I Servizi di Diagnostica Radiologica per immagini devono utilizzare in modo integrato con le Unità Operative di Cardiologia gli strumenti di livello più avanzato, quali la TAC e la RM cardiaca, onde evitare che l'utilizzo parziale e separato dalla clinica delle nuove tecnologie produca una visione incompleta della patologia, svantaggiosa per l'utente cittadino/Paziente e riduttiva per le potenzialità della metodica stessa.
Ed ancora, che dire delle Divisioni di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso che dovrebbero essere consapevoli dell'irrinunciabilità della consulenza cardiologica?
Sulla base delle riflessioni esposte è giusto chiedere con forza, nell'interesse dei pazienti, che la programmazione nazionale sia riconsiderata in una più innovativa logica che preservi i reparti di UTIC nelle aree sub-intensive con guardia cardiologica, integrata a setting di letti cardiologici per acuti e di medio-bassa intensità. Vorremmo che esistesse una virtuosa riorganizzazione capace di porre il cuore del Paziente cardiopatico al centro di un percorso assistenziale evoluto e culturalmente specifico. Perché no, ma la gestione ottimale del Paziente con infarto acuto del miocardio potrebbe prevedere nell'immediato futuro una nuova filosofia di rete integrata tra 118, Pronto Soccorso ospedalieri, UTIC Hub dotate di Laboratorio di Emodinamica interventistica ed UTIC Spoke (o multi - Spoke "funzionali").
Queste strutture nella nuova riorganizzazione ospedaliera rappresenterebbero comunque un fondamentale riferimento, che resta forte nella sostanza, nel sostegno assistenziale in un'innovativa logica di futura rete unica e polivalente, forte dei Dipartimenti di Emergenza - Urgenza e di una più efficiente riorganizzazione territoriale.
All'intervento terapeutico vissuto unicamente come una complessa prestazione (esempio angioplastica primaria), verrebbe, di fatto, sostituito un definito percorso che dal territorio, transitando nell'Ospedale per acuti, secondo un modello dipartimentale e di successivo Chronic Care Model, vivrebbe in un logico percorso di carico globale dell'assistenza. Il nostro problema è far comprendere alle Istituzioni che oggi possiamo dare contenuto e forza a tutti i centri vitali di assistenza cardiologica, rimodulando un nuovo modello di rete assistenziale di interscambio, condivisione gestionale, clinica e organizzativa con l'alta intensità di cura cardiologica.

2008: l'Appello dell'ANMCO

E' un dovere di tutti garantire centralità al Paziente nell'erogare cure appropriate, del medico come delle Istituzioni. Il Paziente con problematiche cliniche di natura cardiaca ha diritto di essere curato dal Cardiologo; l'orizzonte clinico cardiologico unitario è imprescindibile per tutte le fasce di popolazione, purché il Paziente cardiopatico venga valutato nella completezza del contesto clinico, considerando gli aspetti di polipatologia ed il profilo rischio - beneficio che possono richiedere un approccio multidisciplinare.
L'Unità Operativa/Dipartimento di Cardiologia rappresenta per noi

l'ambito più appropriato per la cura delle patologie cardiache e per la scelta delle prestazioni/procedure. Le evidenze scientifiche disponibili, del resto, dimostrano in modo inequivocabile che nei casi con specifica patologia cardiaca in atto, gli outcome clinici sono sensibilmente migliori nei ricoverati in Cardiologia, piuttosto che in altri reparti.
La disgregazione delle Unità Operative di Cardiologia e l'accorpamento di loro parti ad unità funzionali non cardiologiche potrebbe seriamente confondere i percorsi diagnostico-terapeutici, mettere a rischio l'appropriatezza clinica e limitare la continuità assistenziale. L'esito di tali accorpamenti potrebbe generare percorsi anomali e condizionare sfavorevolmente i risultati clinici.
Le superspecialità cardiologiche sono funzionali alla centralità della clinica e operano in modo integrato nell'ambito delle Unità Operative/Dipartimenti di Cardiologia. La straordinaria evoluzione delle conoscenze e della tecnologia hanno contribuito allo sviluppo delle superspecialità con un forte impatto nella diagnosi e nella terapia delle malattie cardiovascolari.

Dichiarazione d'intenti

L'ANMCO certamente continuerà a proporsi come Società Scientifica matura e propositiva, aperta al dialogo costruttivo; lo farà direttamente, confrontandosi con le altre Società Scientifiche, ma anche attraverso la Federazione Italiana di Cardiologia. Ogni nostra istanza propositiva, che attiene al miglioramento e allo sviluppo organizzativo, verrà presto riportata nel nuovo documento federativo del 2008 "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia" di imminente pubblicazione, in cui indichiamo la Cardiologia che vorremmo.
L'ANMCO ha già messo in moto, non solo in Toscana, un circolo virtuoso per far sì che l'informazione a tutti i livelli serva da amplificatore delle istanze di prudenza e di conservazione di una disciplina, che non potrà certo implodere solo in base a spinte legislative e di controllo della spesa. Quando la crisi è di sistema meglio chiedersi, finché c'è tempo, per chi suona la campana? E allora, domandiamoci per chi suona; essa, ci auguriamo tutti, che non suoni per la Cardiologia italiana, e questo sarà possibile solo se avremo la capacità di darne unitaria identità, nuova organizzazione dipartimentale, ruolo e clinical competence professionali. Il governo delle problematiche cardiologiche cliniche nell'emergenza, come nell'elezione programmata, richiedono competenza specifica, formazione continua, ricerca scientifica, impegno, informatizzazione, gestione integrata delle variabili cliniche legate alla patologia specifica e, infine, controllo/monitoraggio dei risultati.
Recentemente, una task force della Società Europea di Cardiologia (ESC), in collaborazione con il Working Group dell'Acute Cardiac Care ha redatto un documento di consenso al fine di produrre raccomandazioni sulla modera struttura, organizzazione e funzione delle terapie intensive cardiologiche e delle unità di cure intermedie (Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS, et al. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. Eur Heart J. 2005; 26:1676 - 82). Questo documento include i requisiti minimi

Rendering di un nuovo Ospedale per intensità di cure

che un Cardiologo di una moderna terapia intensiva cardiologica europea (molto simile alle future intensità di cura) dovrebbe avere per essere certificato dalla ESC. Tali requisiti, però, oggi non sembrano rispecchiare le competenze cliniche del Cardiologo italiano di terapia intensiva, in quanto profondamente diverse sono le specificità, i modelli organizzativi e la formazione universitaria e professionale attualmente garantite nel nostro Paese. Quest'anno l'ANMCO ha raccolto la sfida formativa impegnandosi a divulgare le nuove clinical competence in UTIC a partire dalle giovani generazioni di Cardiologi, guardate con rispetto ed interesse per rafforzare la nostra futura identità. Un primo passo per una lunga strada che l'ANMCO intende percorrere, proprio a cominciare dalle più giovani generazioni di professionisti.
Ogni riflessione sui dati dello studio BLITZ - 3 ci renderà vulnerabili se non riusciremo ad adeguarci a dialettiche coerenti con il cambiamento del nostro ruolo in Ospedale, della nostra professione, delle nostre risorse e conoscenze competitive, irrinunciabili, proprie ed esclusive di tutti i cardiologi delle UTIC. Abbiamo, infine, altre sfide che si profilano all'orizzonte e che molto presto ci troveremo a discutere ed affrontare come la carenza di medici cardiologi. L'Università in campo medico deve aprire le porte all'Ospedale e al ruolo di questo nella didattica e formazione. Ignorare questa risorsa costituirebbe un grave errore che ricadrebbe inesorabilmente sul cittadino/Paziente. La formazione post - laurea attuale sembra non più proporzionata al bisogno, per numero di discenti e per tipologia degli insegnamenti, non sufficiente a garantire complete e autonome competenze cliniche, intensivistiche e non, commisurate al peso scientifico che la nostra disciplina oggi richiede. Siamo certi che l'Ospedale del futuro potrà rimanere vivo solo se vincerà la logica dell'individualismo, sostituendola sempre più con quella del lavorare insieme secondo percorsi assistenziali di gruppo esaustivi, rapidi, efficaci e guidati da un'attenta clinical governance. I Cardiologi sono consapevoli delle difficili responsabilità sociali connesse all'innovazione scientifica, proprio per questo sono pronti a sostenere questo nuovo modello ricercando un confronto continuo con le Istituzioni che permetta di governare al meglio l'attuale corso e cambiamento. Per curare bene un cardiopatico grave, in fin dei conti, non servono tanti medici che gli ruotano intorno: multidisciplinarietà d'intervento, polivalenza, come viene detto, ovvero confronto e condivisione tra "diversi", ma serve essenzialmente far capire che il malato segua un percorso di diagnosi e cura, incentrato sui suoi problemi e bisogni gestiti con la massima competenza. L'ANMCO non resterà indifferente, cercherà di essere ascoltata ad ogni livello nel richiamo ai passaggi fondamentali del governo di questo nuovo modello di assistenza, che tutta l'Italia comincia incuriosita ad osservare e a cui forse un domani non lontano potrebbe riferirsi.

di Salvatore Pirelli

Consiglio Direttivo: i primi cento giorni di attività

Il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale sono operativi da poco più di tre mesi e la macchina organizzativa dell'ANMCO ha ripreso a lavorare a pieno regime dopo qualche "scossa" di assestamento ben assorbita peraltro, stante la solidità della nostra Associazione.

Il clima che si va instaurando è certamente positivo: abbiamo raggiunto una integrazione molto buona tra i vecchi e i nuovi componenti dei due organismi istituzionali e stiamo portando avanti con sollecitudine i punti salienti del nostro programma.

L'argomento più dibattuto è quello che riguarda l'Ospedale per intensità di cure che in alcune regioni è la nuova ipotesi di assistenza ospedaliera, e che potrà condizionare il nostro futuro in termini organizzativi, culturali e assistenziali. Come molti sanno questo modello prevede un livello 1 delle degenze intensive e semintensive, un livello 2 delle degenze per acuti e un livello 3 delle degenze postacute; a queste si aggiungerebbero un'area specifica predisposta per le attività di Day Surgery, Day Hospital e Day Service e gli spazi per le tradizionali attività ambulatoriali. La Legge Regionale 40/2005 della Toscana, prevede nei tre anni successivi alla sua entrata in vigore che le Aziende Sanitarie Locali procedano ad una completa riorganizzazione degli Ospedali secondo questo modello "con l'obiettivo di razionalizzazione delle risorse e di favorire la condivisione dei percorsi di diagnosi e cura", ma che, tuttavia, potrebbe indurre il rischio di frammentare la risposta al Paziente in una realtà complessa come quella cardiologica. Noi abbiamo sostenuto che il Paziente con problematiche cliniche di natura cardiaca ha il diritto di essere curato dal Cardiologo nelle Unità Operative di Cardiologia, abbiamo sottolineato il pericolo che la loro disgregazione e l'accorpamento di loro parti ad unità funzionali non cardiologiche possa confondere i percorsi diagnostico - terapeutici e danneggiare i Pazienti, abbiamo denunciato il rischio che il formidabile progresso culturale e tecnologico, "decisivo" nella diagnosi e nella terapia delle malattie cardiovascolari, possa essere sminuito o vanificato dalla erogazione di prestazioni specialistiche, anche particolarmente complesse, ma disgiunte da una valutazione complessiva del Paziente. In sostanza abbiamo cercato di 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, che di fatto è ben lungi dall'essere realizzata.

A questo proposito l'ANMCO ha sollecitato che la nuova edizione del Documento "Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia" che si sta concretizzando sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia, ribadisca la centralità del Dipartimento Cardiovascolare quale soggetto adeguato a garantire l'efficienza e la completezza dei percorsi diagnostico - terapeutici. Solo in un sistema dipartimentale d'organo si può realizzare la più ampia integrazione specialistica in grado di razionalizzare le risorse, generare cultura, permettere la elaborazione e la implementazione di Linee Guida, elaborare programmi di formazione in relazione ai bisogni. Mantenere il timone sulla centralità del Paziente, peraltro, non significa che non si debbano cercare e trovare soluzioni di maggiore efficienza organizzativa, come la contiguità delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologia con la Rianimazione ovvero quella della Riabilitazione cardiologica con la Riabilitazione generale, la condivisione delle nuove tecniche di Imaging con i Radiologi. L'ANMCO porterà avanti questa progettualità favorendo, secondo appropriatezza, lo sviluppo delle cure in regime di Day Hospital e Day Service, la riduzione della durata dei ricoveri, il contenimento dei posti letto, lo sviluppo e la diffusione delle cure domiciliari. La Cardiologia ospedaliera dovrà dunque necessariamente "riorganizzarsi" cercando nuovi modelli che tengano in primo piano il Paziente, valorizzino le risorse umane disponibili, diano fluidità ai percorsi e in definitiva maggiore efficacia alle cure. Il nuovo Consiglio Direttivo sta lavorando alacremente per realizzare una crescita consensuale dell'ANMCO e della sua Fondazione per il Tuo cuore HCF. Va letta in questa direzione la responsabilità di HCF conferita ai Presidenti Regionali ANMCO nei rispettivi ambiti territoriali, la individuazione delle Aree come "motore" della ricerca,

Velocisti nei cento metri

la conferma del ruolo propositivo, tecnico e logistico del Centro Studi, la confluenza del programma formativo HCF, fortemente innovativo, nell'ambito del Piano Annuale Formativo ANMCO. Le giornate del 13 e 14 febbraio, di cui si parla diffusamente nelle altre pagine del giornale, saranno una occasione unica per portare con forza alla attenzione del Paese l'impegno e le prospettive della nostra Associazione. In ambito di Formazione si completeranno le Campagne Educazionali Nazionali avviate su "Ritardo Evitabile", "Rischio Clinico", "Alto Rischio", "Clinical Competence in UTIC" e sono state individuate le iniziative 2009 che riguarderanno la implementazione del Documento sul Dolore Toracico, la Clinical Competence nella cardiopatia ischemica cronica e un progetto di implementazione delle Linee Guida nella gestione delle Sindromi Coronariche Acute in fase intraospedaliera e nel follow - up. In quest'ultimo caso si potrebbe configurare un nuovo Blitz che, in linea con la tradizione ANMCO, dovrebbe consentire di avviare in tutto il Paese una valutazione delle misure di performance con l'obbiettivo di un processo di miglioramento continuo.
Abbiamo inoltre già avviato un progetto pilota per informatori scientifici del farmaco che consentirà di accrescere il loro grado di conoscenze relativamente al percorso diagnostico - terapeutico del Paziente cardiopatico e vivere una esperienza teorico pratica in una Unità Operativa di Cardiologia. Il numero dei partecipanti sarà limitato, (mediamente 5) per ciascun centro, per favorire una corretta interazione tra docenti e discenti e non produrre disagi nell'operatività quotidiana della struttura ospitante. Certamente vi è interesse per una formazione riconosciuta da una Società Scientifica come l'ANMCO e l'esperienza iniziale appare molto gradita e promettente.
Il Sito WEB ANMCO è stato ridisegnato e ricostruito in tempi brevissimi e la nuova veste è particolarmente gradevole ed efficace e può già da subito consentire alle Aree, ai Gruppi di Studio e alle Regioni di utilizzarlo al meglio senza costi aggiuntivi.
L'obiettivo principale e più ambizioso, peraltro, è quello di costruire un Sito unico di ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore HCF, ancora una volta a testimoniare la volontà di procedere in un rapporto sempre più stretto con la nostra Fondazione. Questo processo è certamente più complesso e dovrà prevedere una sezione dedicata ai Cardiologi e agli altri Operatori Sanitari e una dedicata ai Cittadini: è necessario un impegno costante, e molta passione, ma certamente avremo in breve buoni frutti. Inoltre questo strumento, se bene utilizzato, può diventare un veicolo di formazione e di cultura particolarmente attraente: Attilio Maseri si è già dichiarato disponibile a guidare da Firenze incontri e dibattiti tra giovani e meno giovani sui Casi Clinici più difficili e controversi che deviano dalla media e che non si prestano ad essere valutati ed inquadrati secondo le modalità tradizionali. Sotto la sua guida sapiente potremo essere stimolati a discutere e a cercare di dare risposte convincenti a problematiche di sicuro interesse.
Per il Congresso che si terrà a Firenze dal 4 al 7 giugno del prossimo anno, sono pervenute dalle Aree, dai Gruppi di Studio, dalle Società di Settore e dai singoli Soci un buon numero di proposte a testimonianza della vivacità culturale dei nostri Associati. Ci siamo proposti di arrivare al più presto (entro la fine dell'anno) ad una strutturazione definitiva del programma in modo da consentire a tutti i protagonisti di avere il tempo sufficiente per preparare al meglio gli interventi programmati.
I maggiori punti di discussione, come sempre, sono da un lato quello di offrire una offerta formativa ampia e articolata e dall'altro di evitare il più possibile le contemporaneità che non giovano ad una partecipazione sufficientemente adeguata. Inoltre si sente l'esigenza di potenziare le occasioni di confronto e di partecipazione reale introducendo modalità formative diverse dalle presentazioni frontali. Infine rimane la determinazione di riuscire a coinvolgere i Colleghi più giovani: a tal fine abbiamo previsto di valorizzare le migliori Comunicazioni collocandole nell'ambito dei Simposi, la presenza di un Esperto per commentare e stimolare la discussione nelle Sessioni di Comunicazioni e la partecipazione attiva dei membri del Direttivo, dei Chairmen delle Aree e dei Presidenti Regionali alle presentazioni Poster. Molti altri sono i temi da affrontare, noi continueremo a lavorare per cercare di dare risposte concrete a quelli che sono i temi "più caldi" del momento, consci della responsabilità che abbiamo nei confronti di tutti gli Associati.

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

Sempre più spesso il placebo si rivela un nemico imbattibile Per lo meno nei pazienti già trattati adeguatamente

di Aldo Pietro Maggioni

Gli ultimi anni si stanno caratterizzando per il susseguirsi di pubblicazioni di grandi trial clinici randomizzati, nei quali emerge una sostanziale neutralità di trattamenti teoricamente innovativi quando vengono confrontati con il placebo in aggiunta ai trattamenti raccomandati ottimali. Di recente questo è successo con i risultati di BEAUTIFUL e TRANSCEND.

Ridurre la frequenza cardiaca con un farmaco specifico non migliora la prognosi dei pazienti con coronaropatia documentata e ridotta frazione di eiezione: lo Studio BEAUTIFUL

Si sa da molti anni (anche se spesso viene presentata come una novità) che esiste una associazione indipendente fra livelli di frequenza cardiaca e mortalità cardiovascolare e totale.
Di recente è stata sviluppata una nuova classe di farmaci, quella degli inibitori dei canali If, capaci di ridurre selettivamente la frequenza cardiaca senza determinare altre azioni farmacologiche di rilievo e di potenziale rischio. L'ivabradina è stata il primo farmaco di questa classe a entrare sul mercato con indicazione al trattamento dell'angina stabile in pazienti che non tollerano o hanno controindicazioni ai betabloccanti.
Lo studio BEAUTIFUL ha valutato questo farmaco contro placebo in 10.917 pazienti con pregresso infarto e con frazione di eiezione uguale o inferiore al 40%. L'end - point primario è il combinato di morte cardiovascolare, infarto miocardico e nuova insorgenza di scompenso cardiaco.
In oltre l'85% dei pazienti inclusi nello studio era in corso anche una terapia con betabloccante. Lo studio è stato condotto in maniera ineccepibile, il potere statistico è adeguato, un solo paziente è stato perso al follow - up, il profilo di tollerabilità e sicurezza (anche tenendo conto dell'alto numero dei pazienti in betabloccante) è stato del tutto rassicurante.
L'ivabradina però non si è dimostrata superiore al placebo né per quanto riguarda la riduzione dell'end - point primario combinato, né delle sue componenti considerate isolatamente né di ognuno degli end - point secondari pre - specificati. In nessuno dei sottogruppi analizzati emerge una indicazione di utilità del farmaco: nemmeno nel sottogruppo dei soggetti non trattati con betabloccanti.
Spiegazione? Può essere che la frequenza cardiaca sia una semplice indicatore prognostico negativo, ma non un reale determinante di decorso clinico sfavorevole. La sua riduzione, quindi, con un farmaco specifico, non è in grado di influenzare la comparsa di eventi cardiovascolari di rilievo.
Oppure, altra possibile spiegazione, bisogna limitare il trattamento a quei soggetti che hanno una frequenza cardiaca più elevata, per esempio

quelli con oltre 70 battiti al minuto. Questa osservazione viene proposta dai ricercatori principali dello Studio BEAUTIFUL con una analisi per sottogruppi prespecificata. Questa ulteriore analisi ha valutato gli effetti di ivabradina nei soggetti con frequenza cardiaca superiore ai 70 battiti al minuto. Oltre a confermare l'associazione fra elevata frequenza cardiaca e eventi cardiovascolari, nel sottogruppo dei soggetti che, di base, hanno una frequenza cardiaca sopra 70 battiti al minuto, l'ivabradina ha determinato una riduzione significativa di due end - point clinicamente rilevanti come la comparsa di infarto miocardico e la necessità di rivascolarizzazione coronarica. Questo dato è stato presentato con grande entusiasmo e genererà probabilmente un altro studio condotto in pazienti coronaropatici con frequenza cardiaca più elevata e non obbligatoriamente con ridotta funzione sistolica del ventricolo sinistro.

Quando anche le poche certezze che abbiamo finiscono per sfuggirci: lo Studio TRANSCEND

Dopo pochi mesi dalla pubblicazione di ONTARGET, arrivano i risultati di TRANSCEND, nel quale viene testato l'effetto del telmisartan contro placebo in 5.926 pazienti con elevato rischio cardiovascolare che non tollerano o che hanno controindicazioni all'uso degli ACE - inibitori.
Dal momento che telmisartan si era dimostrato equivalente a ramipril nell'ONTARGET, e che ramipril ha una consolidata evidenza di beneficio rispetto al placebo in pazienti con analoghe caratteristiche cliniche, ci si aspettava, senza grandi emozioni, la conferma della proprietà transitiva: telmisartan è superiore a placebo.
Invece no, più che una delusione, si tratta di una sorpresa. Non si evidenziano, tra telmisartan e placebo, differenze significative per quanto riguarda l'end - point primario: morte cardiovascolare, infarto non fatale, stroke non fatale e ospedalizzazione per scompenso. Se si considera l'end - point secondario principale che era simile a quello dell'HOPE (morte cardiovascolare, infarto e stroke non fatali) il telmisartan si dimostra superiore al placebo con una significatività solo borderline.
Quale può essere il motivo principale dei risultati neutri del TRANSCEND? L'interpretazione più condivisa è stata la seguente: il livello di eventi in una popolazione globale di pazienti come quella inclusa nello studio si è ridotto in maniera così cospicua, grazie ai trattamenti di base (in particolare le statine), che è diventato estremamente difficile fare emergere un ulteriore beneficio aggiuntivo. Viene quasi il sospetto che, se venissero testati oggi trattamenti consolidati come il ramipril, anche questi avrebbero reali difficoltà ad emergere come positivi. Per quanto riguarda l'assenza di superiorità del telmisartan nei confronti del placebo in termini di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco, una possibile spiegazione può essere il fatto che i pazienti in placebo sono stati trattati più frequentemente con diuretici. Così come in altri trial (es. ALLHAT) il diuretico potrebbe avere contribuito a 'mascherare' la dispnea e a sottostimare l'incidenza di scompenso nel gruppo placebo.
Questo Studio, come l'ONTARGET per quel che riguarda la terapia di combinazione, mette anche in discussione uno di quelli che venivano considerati dogmi della prevenzione cardiovascolare: il concetto di "the lower the better". In TRANSCEND e in ONTARGET (braccio combinazione di telmisartan e ramipril), a fronte di una riduzione significativa della pressione arteriosa, non si osserva un beneficio clinico in termini di riduzione di eventi cardiovascolari, anzi, nel caso di ONTARGET, addirittura un eccesso di reazioni avverse.

Conclusione consolatoria e prospettive

La delusione di non avere nuove strategie efficaci è mitigata dal fatto che i pazienti, oggi, hanno andamenti prognostici così favorevoli da far sembrare non necessarie nuove terapie in aggiunta a quelle tradizionali, se usate in maniera ottimale.
Anche il modello classico del grande trial che include "tutti" i pazienti con un determinato profilo di rischio clinico sembra vacillare. Forse, da ora in avanti, l'attenzione va spostata dalle popolazioni complessive, come oggetto di studio, ai sottogruppi di pazienti che, nonostante l'uso delle principali terapie raccomandate, hanno ancora elevati livelli di rischio cardiovascolare. Solo per questi soggetti, probabilmente, le terapie aggiuntive alle ottimali possono determinare ulteriori benefici prognostici.

di Attilio Maseri

La necessità di target terapeutici nuovi per i trial

I trial clinici non stanno più producendo risultati eclatanti né nella prevenzione dell'aterotrombosi né in quella dello scompenso: alcuni risultano neutri, altri dimostrano benefici statisticamente significativi solo in sottogruppi e, comunque, con riduzioni modeste del numero totale di eventi. Siamo costretti a trattare un numero sempre più grande di individui per evitare un numero di eventi avversi sempre più piccolo, ma non ci sforziamo di identificare chi sono quei pazienti che traggono un beneficio dal trattamento aggiuntivo.
Come uscire da questa fase di stallo?
Per rispondere a questa domanda è utile analizzare:
1. la strategia sulla quale sono basati i trial;
2. i limiti dell'attuale approccio statistico alla prevenzione cardiovascolare;
3. un approccio patofisiologico per la prevenzione cardiovascolare sul modello di quanto avviene per la prevenzione dell'anemia;
4. il rinascimento dell'osservazione clinica.

1. Strategia degli attuali trial

Attualmente i trial clinici sono disegnati per valutare la riduzione incrementale del rischio composito di eventi avversi prodotto da nuovi trattamenti, rispetto al placebo, in gruppi di pazienti molto ampi, già trattati in maniera ottimale secondo le Linee Guida. Tuttavia i trattamenti sono indicati dalle Linee Guida, proprio perché si sono dimostrati efficaci, quindi un'ulteriore importante riduzione del rischio appare possibile solo identificando nuovi target terapeutici specifici, non ancora bersaglio dell'attuale trattamento "ottimale". Nuovi target terapeutici possono essere individuati adottando strategie di ricerca clinica innovativa.

2. I limiti dell'attuale approccio "statistico" alla prevenzione

I risultati prodotti dalle attuali strategie sono stati notevoli perché ci hanno permesso:
- l'identificazione di indicatori prognostici che stratificano gli individui in gruppi a rischio medio progressivamente crescente;
- una riduzione del rischio medio di eventi che, con trattamenti combinati, può raggiungere il 50%.
Questi risultati sono successi importanti e le attuali strategie di prevenzione debbono essere implementate al meglio nella pratica clinica. Ma non possiamo limitarci a questo, beandoci dei nostri successi, paghi dei risultati ottenuti, perché il bicchiere è pieno solo a metà. Dobbiamo accingerci a riempire la metà vuota del bicchiere, accettando umilmente di non poter spiegare tutto con quello che abbiamo scoperto fino ad ora. Dobbiamo uscire dai paradigmi che ci hanno condizionato fino ad ora e considerare due limiti intrinseci di questa strategia preventiva, su base statistica che sono sistematicamente sottaciuti:
- un dimezzamento del rischio, per esempio dal 30% al 15% con un dato trattamento rispetto ad un placebo, implica automaticamente che il restante 15% avrà un evento nonostante il trattamento, perché?
- l'identificazione di un gruppo di individui con un rischio elevato, per esempio del 30%, implica automaticamente che il 70% di quello stesso gruppo non avrà un evento: perché?
Al momento attuale non abbiamo modo di identificare né il 15% che avrà un evento nonostante il trattamento "ottimale" e che necessiterebbe quindi di una prevenzione aggiuntiva efficace, né il 70% che non avrà un evento e che potrebbe essere rassicurato invece di ricevere anch'esso il trattamento. Se fossimo in grado di identificare questi due sottogruppi potremmo riservare il trattamento per quei pazienti nei quali esso evita realmente gli eventi avversi.

3. Un approccio patofisiologico alla prevenzione

È possibile riparare o correggere "guasti" che causano gravi disturbi anche senza conoscere con precisione i meccanismi fisiopatologici che li causano. L'angioplastica primaria è efficace nell'infarto acuto indipendentemente dalle possibili cause dell'occlusione coronarica acuta che ne è responsabile, proprio come nella grave anemia una trasfusione è efficace indipendentemente dalle sue possibili molteplici cause. Tuttavia una preven-

zione mirata dei "guasti" richiede la precisa conoscenza e diagnosi delle loro varie componenti patogenetiche. Un esempio classico è proprio fornito dalla prevenzione dell'anemia che è diventata possibile grazie all'identificazione dei suoi svariati meccanismi patogenetici: per esempio la deficienza di ferro e di vitamina B12 sono prevenute dalla correzione delle cause della loro rispettiva deficienza.
Gli ematologi sono riusciti ad identificare una serie di descrittori (nell'anamnesi, nei globuli rossi, nei parametri ematochimici) che caratterizzano meccanismi patogenetici causali specifici, e che permettono una diagnosi, precisa con la conseguente possibilità di trattamenti mirati.
Un approccio patofisiologico alla prevenzione delle varie sindromi cardiovascolari non è attualmente possibile perché, per quasi tutte, manca ancora un insieme di descrittori sufficiente per caratterizzare meccanismi causali diversi all'interno della stessa sindrome clinica, con la stessa specificità con cui si riconoscono le varie cause dell'anemia. Infatti i fattori di rischio fino ad ora identificati, in media sono predisponenti in grado molto variabile da un individuo all'altro, per eventi cardiovascolari, ma senza una precisa relazione a meccanismi patogenetici specifici come si verifica per l'anemia.
Inoltre la crescente diffusione dei trial clinici e la produzione di Linee Guida determinano una standardizzazione della gestione dei pazienti secondo protocolli codificati. Sempre più spesso, al fine di semplificare ed uniformare le scelte terapeutiche e preventive, vengono definite Linee Guida e protocolli che includono uno spettro di pazienti sempre più ampio. Così viene disincentivata l'attenzione per i casi che deviano dai comportamenti più comuni ed attesi sulla base dei dati medi disponibili. Tuttavia le scoperte che permetteranno una prevenzione più mirata e quindi, personalizzata, saranno frutto di nuove osservazioni cliniche.

4. Il "rinascimento" dell'osservazione clinica

Attualmente siamo indotti a focalizzare la nostra attenzione sul valore predittivo medio degli indicatori di rischio e sulla risposta media alla terapia. Tuttavia, per scoprire nuovi meccanismi di protezione di malattia dobbiamo studiare i pazienti che più deviano dal comportamento e dalla risposta attesa, più comune. Scoprire la causa di questa deviazione dal comportamento prevalente è una tappa fondamentale per sviluppare nuovi target di terapia e prevenzione personalizzate "su misura".
Tra gli obiettivi istituzionali di HCF la ricerca occupa il primo posto ed il Centro Studi ha portato avanti in Italia questa fiaccola con l'ammirazione e con l'ampio, ripetuto plauso della Cardiologia internazionale nella scia del successo del GISSI - 1 nonché dei GISSI successivi, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri.
Ora Heart Care Foundation attraverso il Centro Studi e su suggerimento delle Aree sta esplorando la possibilità di lanciare questa nuova strategia di ricerca clinica innovativa che focalizza l'attenzione non più solo sui comportamenti e sulle risposte terapeutiche più prevalenti ma su quella degli "outliers" i pazienti che più deviano dal comportamento e dalla risposta prevalente ai due lati opposti della media.
A breve sarà creata all'interno del Sito WEB una Sezione che ospiterà tutti i Case - Report di pazienti molto "inusuali" che rappresentano spunti nuovi sia per la discussione clinica del Caso sia per potenziali nuovi filoni di ricerca da affrontare con spirito da detective.
È bene ricordare che i vari morbi: di Addison, di Cushing, di Takayasu e più recentemente l'angina di "Prinzmetal" ed il Tako - Tsubo sono stati descritti sulla base di poche, accurate, osservazioni cliniche.
Ora saranno i Cardiologi Clinici che selezioneranno casi "strani", fenotipicamente omogenei, su cui focalizzare la ricerca molecolare e post - genomica per scoprirne le cause e quindi nuovi target terapeutici.
Casi "inusuali" possono essere ricercati retrospettivamente nella ricca banca dati del Centro Studi e, prospetticamente, l'estensione della rete ANMCO può fornire casistiche sufficientemente numerose per studi patofisiologici anche per casi "inusuali"!
Una "campagna" per la raccolta fondi per finanziare queste iniziative, unitamente a quelle formative ed educative, sarà lanciata in preparazione della giornata "per il Tuo cuore" il 14 febbraio, San Valentino, che vedrà impegnata Heart Care Foundation a livello nazionale, regionale ed interregionale. Il sostegno di tutti i Cardiologi sarà la componente essenziale per il successo di questa campagna.

Sempre più forte identità fra ANMCO e HCF:

ovvero come HCF diventa strumento operativo dell' ANMCO

di Gian Luigi Nicolosi

Fino all'avvio della Presidenza Maseri (gennaio 2008) HCF ha vissuto un po' come sull'Aventino, una vita "a parte", a caccia di identità e di contenuti, di valori e di operatività. Ciò anche perché tutta la ricerca veniva effettuata dal Centro Studi ANMCO che effettivamente operava all'interno di HCF, ma senza che HCF fosse parte attiva della ricerca, ne ricevesse operatività aggiuntiva o arricchimento di iniziative, pur senza colpa di nessuno.
Un'altra criticità derivava poi dal fatto che HCF si identificava con il suo CdA, cinque persone che dovevano a turno svolgere un ruolo strategico e di indirizzo e poi mimetizzarsi e profondersi (fino al proprio più totale e personale "sacrificio") in quello di "operatori" delle iniziative di prevenzione e di educazione e nella scuola, visto che le iniziative di ricerca comunque si concentravano nel Centro Studi.
Con l'avvento della Presidenza Maseri si è fatta anche molta chiarezza sui ruoli, sugli scopi, sugli intendimenti e sulle regole che devono facilitare le relazioni appunto fra ANMCO e HCF, al fine di poter raggiungere i rispettivi obiettivi e possibilmente non al prezzo di "olocausti" personali.
È così che all'ultima riunione del Comitato Scientifico e alla riunione del Consiglio Nazionale si è ampiamente discusso di alcune proposte (approvate all'unanimità dopo ampia discussione) che vengono qui riportate in schema per tutti i Soci ANMCO nelle quattro diapositive commentate di seguito.

Relazioni HCF - ANMCO a livello strategico ovvero rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF (Figura 1)

Appare essenziale, nella situazione attuale, che i rapporti tra Consiglio Direttivo ANMCO e HCF siano molto forti. La presenza nel CdA di HCF del Presidente Eletto ANMCO come Delegato alla Ricerca e l'unificazione della rappresentanza regionale di HCF nella persona del Presidente Regionale ANMCO sono indicatori di forte sintonia progettuale. Resta aperta la valutazione se sia opportuno che il CdA di HCF esplichi ancora un ruolo prevalentemente tecnico (come era nel passato), o si concentri invece maggiormente sul suo ruolo strategico nei confronti della mission di HCF.

Figura 1

La Ricerca (Figura 2)

Le Aree coordinate dal Comitato Scientifico ANMCO sono il motore della ricerca ANMCO. Collaborano strettamente con il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale ANMCO e con HCF. Il Centro Studi fornisce il supporto logistico, tecnico e statistico sui Registri web - based proposti dalle Aree. Fondamentali per la ricerca alcune collaborazioni come quelle con il Mario Negri e l'Istituto Superiore di Sanità. Il marchio GISSI (frutto della collaborazione tra ANMCO e Mario Negri e che ha portato a studi prestigiosi riconosciuti in tutto il mondo) è fondamentale perché la progettualità scientifica ANMCO - HCF possa essere rapidamente riconosciuta, anche a livello internazionale, nella sua forza e qualità.

Educazione e Scuola (Figura 3)

Il motore educativo del progetto Scuola ed Educazione di HCF diventa l'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO che accoglie al suo interno le competenze maturate da HCF nel campo. Questa novità appare importante e stategica per dare "gambe" al Progetto Scuola ed Educazione di HCF in collaborazione con i Ministeri della Salute e della Scuola.

Formazione (Figura 4)

È auspicabile che il programma formativo di HCF possa rientrare nel Piano Annuale Formativo ANMCO, divenendo quest'ultimo gradualmente il contenitore di tutta la proposta formativa ANMCO - HCF.

Figura 2

Figura 3

Figura 4

Biancaneve, I tre porcellini, 118 e dintorni

di Roberto Cemin

Nel frattempo i nani si affezionarono sempre di più a Biancaneve, la trattavano bene e lei non faceva molto movimento, perché se fosse uscita di casa la matrigna l'avrebbe potuta scoprire. Passarono gli anni e Biancaneve iniziò a fumare e bere alcolici e pian piano diventò proprio grassottella. Un brutto giorno la matrigna scoprì che il cacciatore non aveva ucciso Biancaneve e infuriata decise di organizzare un banchetto con ogni prelibatezza immaginabile, sapendo che avrebbe danneggiato il fisico di Biancaneve. Si camuffò da vecchina e andò alla casetta dei sette nani per offrire queste bontà alla fanciulla. Biancaneve, invogliata da tutti questi manicaretti, mangiò di tutto e talmente tanto che il suo cuore cedette e svenne. Brontolo, spaventato, cercò di mantenere la calma, prese il suo cellulare e chiamò subito il 118. Ecco la sua conversazione con l'operatore: "Salve mi chiamo Brontolo e chiamo dal Bosco dei cento nani. La mia amica Biancaneve è distesa per terra priva di sensi! Sto chiamando dal numero 3333, siamo in via Nano 16, di fronte alla famosa quercia nanata." "Non si preoccupi signor Brontolo, lei stia sulla porta di casa in modo che possiamo riconoscerla, l'ambulanza sta arrivando!" L'ambulanza arrivò prestissimo e portò Biancaneve in ospedale. Intanto la regina, che aveva sentito che Biancaneve era guarita, impazzì. Incominciò a bere, fumare e mangiare in modo sconsiderato fino al punto che non riuscì a muoversi e dopo due anni le arterie si chiusero e la regina morì di infarto, perché era rimasta sola e nessun poté chiamare l'ambulanza.

Questo è solo un frammento di una serie di fiabe classiche rivisitate dai ragazzi di una quinta elementare, dopo aver incontrato Cardiologi e Infermieri professionali all'interno del "Progetto Scuola" di Heart Care Foundation.

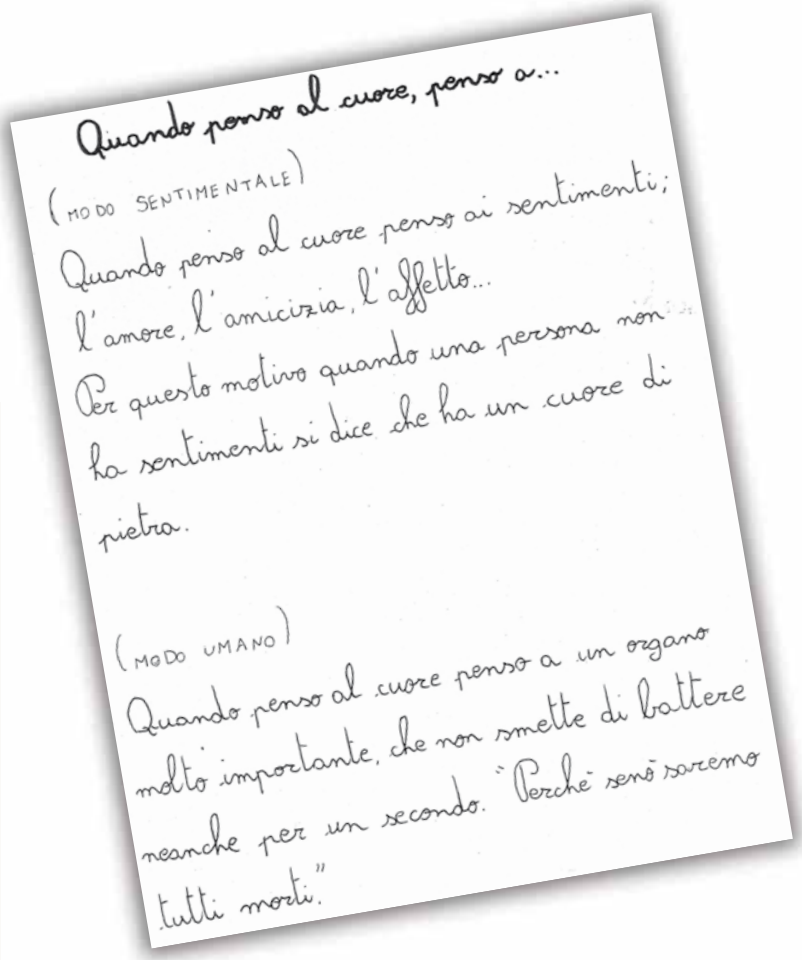
Infatti, dopo più di un anno di trattative e preparativi, anche a Bolzano, presso la Scuola elementare Marcelline, lo scorso mese di marzo siamo riusciti a far partire una bozza iniziale di "Progetto Scuola", affrontando il tema del riconoscimento dell'emergenza senza farsi prendere dal panico e del corretto modo di attivare i soccorsi. Sono stati anche forniti cenni di anatomia e fisiologia cardiaca e discussi i fattori di rischio cardiovascolari. Gli incontri sono stati condotti da alcuni Cardiologi e alcune Infermiere professionali della Cardiologia di Bolzano ed erano rivolti alle classi quarte e quinte (6 classi complessive per un totale di circa 150 alunni). In ogni classe la prima "lezione" teorico - pratica è durata circa due ore e l'appuntamento con i bambini è stato preceduto da incontri con insegnanti e genitori, durante i quali il progetto è stato illustrato in modo dettagliato. Trattandosi della prima esperienza in Alto Adige siamo stati molto cauti, concentrandoci sulle nozioni basilari, facendo riferimento al manuale "Aiutare a portare soccorso al cuore" pubblicato dalla Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation Onlus.

La realizzazione del progetto non ha seguito schemi rigidi e, dopo l'incontro iniziale standard, ad ogni classe è stata lasciata la più completa libertà di approfondire i vari argomenti, demandando l'iniziativa agli insegnanti e prevedendo un incontro di verifica dopo un paio di mesi. Nonostante l'impegno gravoso, l'entusiasmo degli insegnanti è stato sorprendente. In realtà, inizialmente il progetto era stato proposto anche ad altre due scuole che hanno però rifiutato proprio a causa dell'eccessivo carico di lavoro aggiuntivo che esso avrebbe comportato per gli insegnanti.

Il primo grande scoglio da oltrepassare è stato proprio quello di riuscire ad individuare una scuola che accettasse con entusiasmo e convinzione il progetto. Non sapevamo poi quanto le nostre due ore di "lezione" sarebbero state effettivamente coinvolgenti e nutrivamo qualche timore sul seguito che saremmo riusciti ad ottenere. Altra incognita era il livello di recettività dei ragazzi, che invece hanno risposto con grande interesse, tanto da essere loro stessi ad incalzare quotidianamente gli insegnanti per "proseguire" nel cammino di quello che loro chiamavano "progetto cuore".

Il coinvolgimento di tutti gli insegnanti e la partecipazione attiva dei ragazzi si sono tradotti in alcune brevi scenette realizzate nel corso del progetto, nei tanti disegni e nei temi svolti sull'argomento: "Quando penso al cuore, penso …".

Così i ragazzi delle quarte classi si sono ritrovati a scrivere che "quando penso al cuore penso ad un muscolo che ci fa vivere, che scatena affetto, amore ed amicizia. Penso ad una macchina piccola, ma così complicata, penso a qualcosa che qualche volta spezza l'amore" oppure "penso all'organo più importante del mio corpo; lo penso come una pompa che spinge il

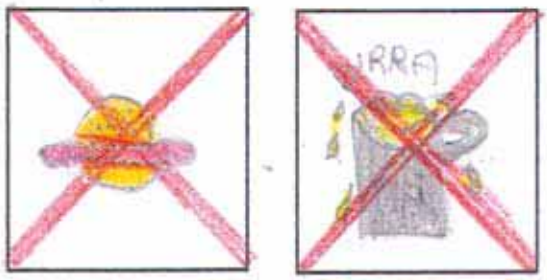

Quando penso al cuore, penso a...

(MODO SENTIMENTALE)

Quando penso al cuore penso ai sentimenti; l'amore, l'amicizia, l'affetto...
Per questo motivo quando una persona non ha sentimenti si dice che ha un cuore di pietra.

(MODO UMANO)

Quando penso al cuore penso a un organo molto importante, che non smette di battere neanche per un secondo. "Perché senò saremo tutti morti."



sangue ogni secondo e continua pom, popom…", "senza che tu vuoi il cuore è sempre lì, a battere. Il cuore è più di un semplice organo, è il punto di riferimento del corpo. Un organo che sembra magico, donato da Dio". Ed anche "Il cuore è come una potente auto che non si ferma mai a fare benzina". Ecco quindi che la fantasia dei bambini si mischiava ai cenni di anatomia e fisiologia, generando queste espressioni simpatiche e ben orientate, che dimostrano una maturità ben superiore a quanto normalmente si ritenga anche durante la pianificazione di eventi formativi scolastici.
Le classi quinte sono andate ancora oltre, arrivando ad interpretare teatralmente e in tre lingue (italiano, tedesco ed inglese) un viaggio all'interno del corpo umano ed a coniare slogan di prevenzione inediti, che farebbero invidia ai migliori agenti pubblicitari. "Se al fumo non saprai rinunciare il tuo cuore rischi di ammalare" con la spiegazione di non iniziare a fumare, perché una volta cominciato è difficilissimo smettere. Questo concetto spontaneo, espresso da ragazzi di 10 anni (che è l'età incredibilmente bassa della prima sigaretta), rende bene il grado di consapevolezza raggiunta, così come gli altri slogan: "Se tieni il tuo fisico allenato il tuo cuore te ne sarà grato" oppure "Mangia sano e col cuore andrai lontano". I ragazzi hanno recepito rapidamente il discorso su prevenzione, attività fisica, alimentazione ed eliminazione di abitudini malsane. E per quanto riguarda l'altro tema fondamentale affrontato nei nostri incontri e cioè quello di riconoscere rapidamente un'emergenza e saper allertare in modo corretto i soccorsi senza farsi prendere dal panico, essi hanno rivisitato in chiave "cuore e 118" alcune famose fiabe per bambini.
E così nella storia di Cappuccetto Rosso:

… il lupo bussò alla porta della nonna (che era la più brutta di tutto il regno dei boschi), si finse Cappuccetto e con la voce aggraziata rispose: "Sono io nonna!". La nonna aprì, lui entrò in casa e appena vide la nonna ebbe un infarto. Si diceva in giro che anche suo nonno avesse avuto problemi al cuore. Quando arrivò, Cappuccetto rosso vide il lupo per terra, cercò di mantenere la calma e chiamò subito il 118. La bambina non aveva soldi nel cellulare, ma sapeva che il 118 è un numero gratuito. Infatti un operatore rispose subito alla chiamata e la bambina disse: "Mi chiamo Cappuccetto Rosso, qui sul tappeto c'è un lupo che sembra essere svenuto. Sono a casa della mia nonna che si trova nel Regno dei boschi. Bisogna attraversare l'unico fiume che si trova in questa località. La casa è di colore viola. Vi prego, fate presto!"

Ancora una volta sono stati recepiti alcuni concetti fondamentali quali la necessità di mantenere la calma, di allertare i soccorsi fornendo indicazioni precise e la possibilità di farlo anche con un cellulare senza soldi.
Una storia che ingloba il concetto di prevenzione e quello di allertare i soccorsi è quella dei

tre porcellini… che abitavano in un bosco. Si chiamavano Einstein, il più intelligente, Patrick quello più noioso e Robu quello più robusto. Robu passava tutti i giorni al Fast Food e un giorno, mentre mangiava il suo quindicesimo hamburger, svenne perché ormai le sue arterie erano ostruite dal grasso e non arrivava più ossigeno al cuore. Un cameriere poco furbo, anziché chiamare subito i soccorsi, telefonò al

fratello di Robu, Einstein, che per fortuna aveva seguito un corso a scuola e sapeva di dover telefonare al 118. Quando l'operatore rispose Einstein disse: "Salve sono Einstein Porcellinus e mi trovo al Fast Food di via Bosco Lupinus, mio fratello è svenuto." Il 118 chiese: "Quindi suo fratello non risponde?" e Einstein "No." Il 118 disse: "Allora stia vicino a suo fratello che arriviamo subito." … In ospedale il dottore disse: "Robu deve mangiare molto, molto di meno e meglio. Deve smettere di fumare, di bere alcolici e deve fare un po' di movimento." Mentre tornavano a casa Robu disse: "Scusa Einstein, avrei dovuto ascoltarti quando mi hai detto di mangiare un po' di meno." Due settimane dopo ognuno dovette costruire una casa propria. Eintein disse: "Per far sì che nessun lupo arrivi e ci possa prendere, dobbiamo costruire case di mattoni, forti e robuste come deve essere il cuore di Robu, in modo che non basti un piccolo soffio per far crollare tutto." Finita la costruzion, Robu, per festeggiare, preparò un pinzimonio di carote, pomodori etc.… Durante la festa arrivò il lupo cattivo che voleva soffiare via le case, ma non ci riuscì: Einstein aveva proprio ragione, bisogna avere cura di noi stessi.

All'incontro di "verifica" conclusivo eravamo molto curiosi e nulla sapevamo di quanto era stato fatto nella scuola negli ultimi mesi. Da alcuni ragazzi che conoscevamo ci arriva notizia di strane scenette, fiabe modificate, disegni, ma mai ci saremmo aspettati un riscontro così positivo, che è andato oltre le nostre più rosee aspettative. Visti i risultati eravamo quasi commossi e molto motivati a ripetere il progetto il prossimo anno, estendendolo se possibile ad altre scuole. Gli insegnanti si sono detti "stanchi, stressati, ma molto soddisfatti" e dai genitori ci è stato chiesto di ripetere il progetto e di estenderlo anche alla scuola media dell'Istituto Marcelline, frequentata dai fratelli dei ragazzi coinvolti. Complessivamente credo sia stata un'ottima pubblicità anche per la Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation, visto il riscontro ottenuto anche sui quotidiani locali. Dopo tutto questo entusiasmo bisogna però tornare con i piedi per terra. Lo scopo di questo mio articolo è quello di attestare che con poco si può ottenere molto, purché animati da convinzione e da quello spirito volontaristico che fino ad oggi ha caratterizzato chi si è occupato di prevenzione, da sempre considerata poco interessante e poco remunerativa rispetto alla cardiologia "tecnologica". Sarebbe inoltre auspicabile una maggiore diffusione di queste iniziative locali, uniformando programmi e obbiettivi, ma so che questo si realizzerà presto grazie a un gruppo di persone molto competenti che vi stanno lavorando da tempo.

È indispensabile che la prevenzione esca da quella "nicchia" entro la quale è sempre stata relegata e che trovi finalmente una sua dignità e diffusione, in quanto essa risulta fondamentale per il futuro, molto più dei singoli impianti di defibrillatori o stent. Questo è un concetto forte, ma come diceva Paul White "Una malattia cardiaca prima degli 80 anni è una nostra responsabilità, non la volontà di Dio o del destino". Purtroppo non è così semplice. Sicuramente c'è molto da fare per limitare il diffondersi delle "malattie cardiache" precoci e questo può essere attuato unicamente con massicce campagne preventive rivolte ai ragazzi in età scolare.

Per quanto riguarda il futuro nella nostra realtà bisogna sicuramente fare i conti con le ridotte disponibilità del personale in termini di tempo, ma ciò che fa ben sperare è il fatto che il personale medico e infermieristico è stato a sua volta contagiato dall'entusiasmo dei ragazzi e tutti sono disposti a prodigarsi in uno sforzo ulteriore per il prossimo anno. Vedremo!

di Giuseppe Di Pasquale

Cardiologia e Istituzioni Sanitarie Regionali: l'importanza di una referenza unitaria

Uno degli obiettivi per i quali dieci anni fa è stata costituita la Federazione Italiana di Cardiologia era quello di individuare una rappresentanza unitaria della Cardiologia nei confronti delle Istituzioni Sanitarie a livello nazionale e regionale.
Da diversi anni è stato deciso che l'ANMCO e la SIC affidino alla FIC le interazioni con le Istituzioni Sanitarie Nazionali. Il nuovo Documento della FIC "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia", in fase di avanzata realizzazione e che nei prossimi mesi presenteremo alle Istituzioni Sanitarie, intende proprio rappresentare il contributo unitario della Cardiologia italiana.
La Sanità Italiana è tuttavia sempre più regionalizzata ed è pertanto soprattutto a livello delle regioni che deve essere perseguita una referenza unitaria nei confronti degli Assessorati alla Sanità e delle Agenzie Sanitarie Regionali per l'attuazione dei Piani Sanitari e l'organizzazione delle funzioni cardiologiche.
A livello regionale non esiste un Referente/Presidente Regionale FIC, ma dovranno essere i Presidenti Regionali ANMCO e SIC a stabilire insieme un rapporto diretto con gli Organismi Sanitari regionali.
Facendo seguito ad iniziative già intraprese in passato, nel 2002 durante la presidenza FIC di Luigi Tavazzi e nel 2005 durante la presidenza di Attilio Maseri, lo scorso mese di luglio è stata inviata una lettera a tutti gli Assessori Regionali per esplicitare la volontà della FIC di istituzionalizzare in ogni regione una referenza cardiologica unitaria rappresentata dai Presidenti Regionali di ANMCO e SIC. Nella lettera è stato inoltre sottolineato che in caso di specifiche problematiche, quali ad esempio quelle relative all'emodinamica ed alla cardiostimolazione - elettrofisiologia, i Presidenti Regionali ANMCO e SIC dovranno coinvolgere come specifici Referenti i Delegati Regionali delle relative Società di settore.
È evidente che le realtà regionali sono profondamente diverse e che in alcuni casi i canali di interazione tra i professionisti Cardiologi della regione ed il Decisore Pubblico non sono, come sarebbe auspicabile, quelli societari di ANMCO e SIC. La responsabilità di questo non è però solo dei politici e degli amministratori, ma anche nostra che nel passato siamo sempre andati alla ricerca di canali privilegiati nel confronto con le Istituzioni.
Penso che però ormai i tempi siano maturi per condividere il principio che solo uniti è possibile diventare interlocutori forti e credibili delle Istituzioni Sanitarie e perseguire gli obiettivi di salvaguardia della specificità della Cardiologia.

FIC Federazione Italiana di Cardiologia
Italian Federation of Cardiology

Consiglio Direttivo

GIUSEPPE DI PASQUALE — Presidente
FRANCESCO FEDELE — Vice Presidente
SAVINA NODARI — Segretario
MARINO SCHERILLO — Tesoriere
MATTEO DI BIASE — Consigliere

Egr. Dr. Giovanni Bissoni
Assessore alla Sanità
Regione Emilia - Romagna
Viale Aldo Moro, 21
40127 Bologna

Bologna, 21 luglio 2008

Egregio Signor Assessore,

Le scrivo in qualità di Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), costituita dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e dalla Società Italiana di Cardiologia (SIC), espressioni della Cardiologia ospedaliera ed universitaria nazionale, e che riunisce sotto la propria egida anche tutte le altre componenti della Cardiologia italiana (Cardiologia del Territorio, Ospedalità privata accreditata, subspecialità della Cardiologia quali emodinamica, aritmologia e cardiostimolazione, imaging cardiovascolare etc.) e rappresenta unitariamente oltre 14.000 Cardiologi.

La comunità cardiologica nazionale attraverso la FIC persegue l'obiettivo di rappresentare una referenza unitaria nei confronti delle Istituzioni Sanitarie nazionali. A tale proposito è in corso di riedizione il Documento FIC "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia". Il Documento è inteso come un'iniziativa di salute pubblica, attraverso la quale i Cardiologi propongono alla comunità medica e a chi ha compiti organizzativi e decisionali nella Sanità, modelli organizzativi per rispondere ai bisogni generati dall'epidemiologia evolvente e dalla crescente domanda di salute dei cittadini.

Vorremmo che anche a livello regionale possa essere riconosciuta una referenza unitaria della comunità cardiologia nei confronti dell'Istituzione Sanitaria da Lei rappresentata.
A tale proposito Le ricordo che i Referenti della FIC nella Regione Emilia - Romagna sono il Presidente Regionale dell'ANMCO, attualmente Dott. Giancarlo Piovaccari, ed il Presidente Regionale della SIC, attualmente Prof. Fernando Maria Picchio.

Nel caso di specifiche problematiche, quali ad esempio quelle relative all'emodinamica ed alla cardiostimolazione-elettrofisiologia, i Presidenti Regionali ANMCO e SIC coinvolgeranno come specifici Referenti i Delegati Regionali delle relative Società di settore.

Siamo a completa disposizione per offrire le nostre competenze professionali al Decisore Pubblico. Ci auguriamo pertanto che i Referenti FIC Regionali possano essere attivamente coinvolti come stabili collaboratori consulenti nei tavoli di lavoro della Sua regione.

Con i più cordiali saluti

Giuseppe Di Pasquale
Presidente Federazione Italiana di Cardiologia

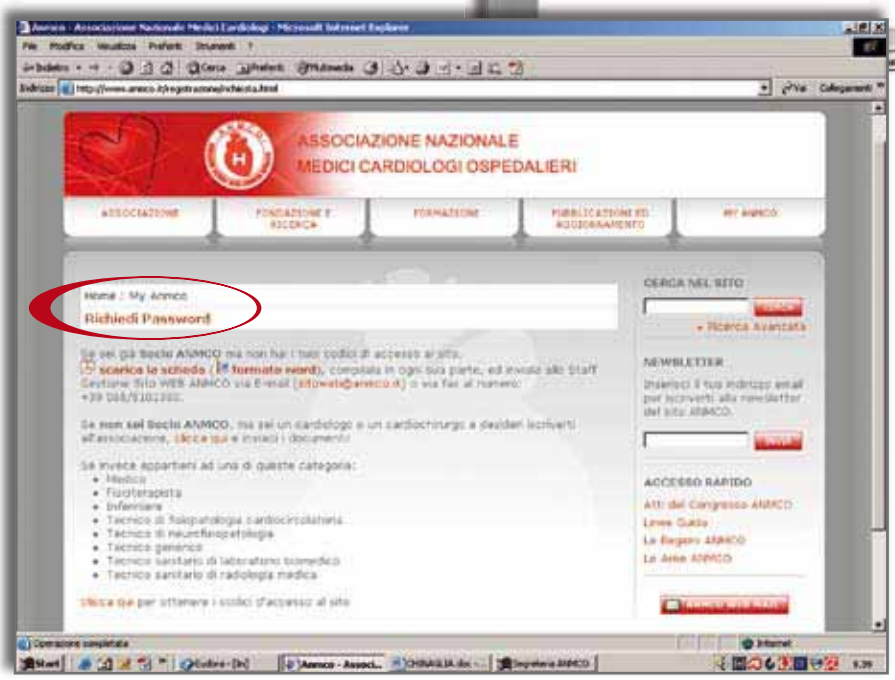
Visita il Sito WEB ANMCO www.anmco.it

di Alessandra Chinaglia

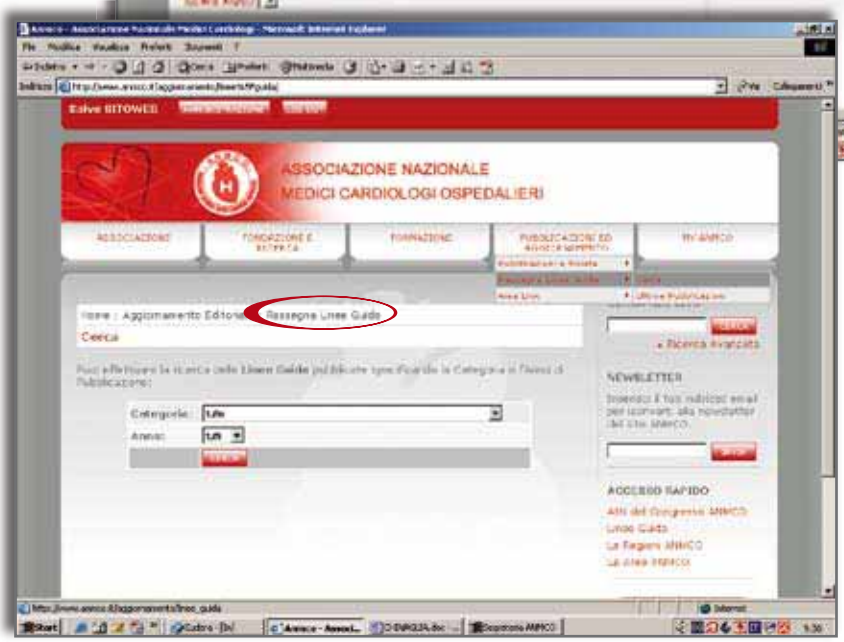
Il Congresso a casa tua!
Ascolta sul Sito i Minimaster, i Simposi e i Seminari del Congresso ANMCO 2008.

Nella sezione **Consultazione Atti** del Sito sono state pubblicate le presentazioni audio e power point dei cinque Minimaster organizzati in occasione del XXXIX Congresso Nazionale ANMCO:

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



Mentre le presentazioni dei Minimaster sono consultabili da qualunque utente, per accedere agli altri Atti del Congresso online è necessario essere Socio ANMCO in regola con i pagamenti e in possesso dei Codici WEB personali.
Per chi non è in possesso di Login e Password è possibile richiederle seguendo le indicazioni alla sezione **Richiedi Password** del Sito (http://www.anmco.it/registrazione/richiesta.html).



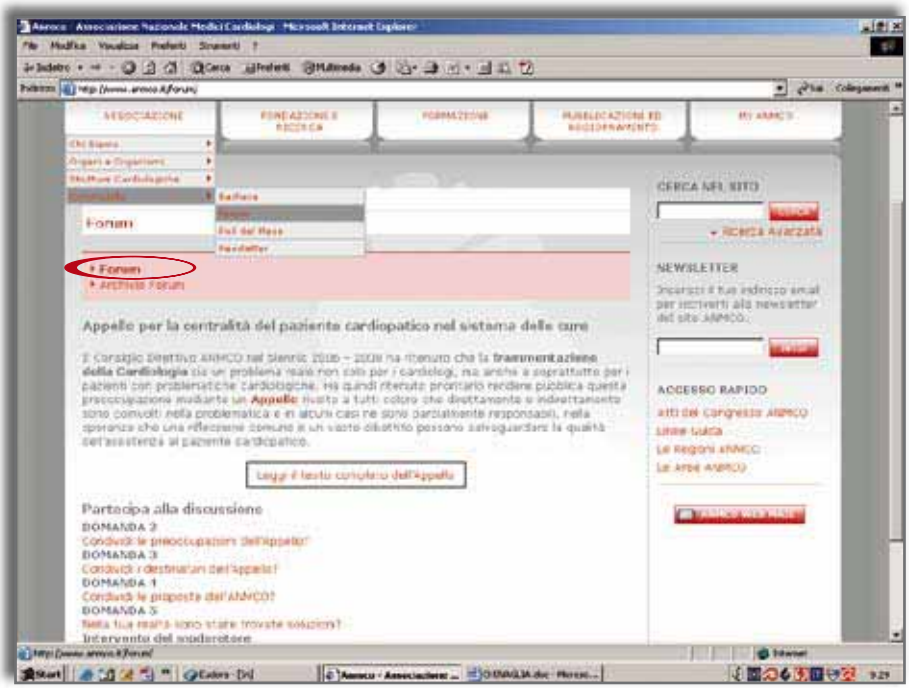
È possibile scegliere una Password diversa da quella assegnata entrando nella pagina My ANMCO > Il mio profilo (http://www.anmco.it/soci/profilo.html) e cliccando su **Modifica Password**, a destra dello schermo.

Tra le sezioni riservate ai Soci ANMCO c'è la **Rassegna delle Linee Guida Internazionali** aggiornate e suddivise per argomento

Entra nella Community ANMCO!
Infine, ma non per ultimo, segnaliamo il **Forum** nella sezione Community. Attualmente la discussione on line è quella sull'*Appello per la centralità del paziente cardiopatico nel sistema delle cure* incentrata su quattro domande cardinali:

- Condividi le preoccupazioni dell'Appello?
- Condividi i destinatari dell'Appello?
- Condividi le proposte dell'ANMCO?
- Nella tua realtà sono state trovate soluzioni?

Partecipa anche tu al Forum per uno scambio costruttivo di idee!



www.anmco.it/ComitatoScientifico/funzioni.html

Sempre più forte il legame tra Aree - Comitato Scientifico e ANMCO - HCF per la ricerca

di Andrea Di Lenarda

Si è svolta il 19 settembre una importante riunione congiunta del Comitato Scientifico ANMCO, delle Aree e di Heart Care Foundation. L'obiettivo era quello di condividere le azioni necessarie per presentare entro l'anno il Piano della Ricerca 2009 - 2010.

È questa una procedura innovativa rispetto ai bienni precedenti. HCF fino a pochi mesi fa era sempre rimasta ai margini della ricerca ANMCO, concentrata sulle iniziative di prevenzione ed educazione e nella scuola, lasciando all'ANMCO stessa, al Centro Studi ed alle Aree tutti gli oneri e gli onori della progettualità e operatività sul tema della ricerca. L'arrivo del Prof. Maseri ha cambiato di molto le cose e HCF sta diventando motore di ricerca e vero braccio operativo di ANMCO su questo tema.

Dall'altra parte naturalmente c'è la rete ANMCO e le Aree che la coordinano ciascuna per le sue competenze, con un ruolo insostituibile nella ricerca ANMCO. In questa nuova situazione le Aree ancor più vanno a costituire l'asse portante del Comitato Scientifico, rappresentate al suo interno a pieno titolo da un componente con ruolo attivo e di responsabilità. Questo concetto, che si è un po' perso negli anni, deve essere ripreso al momento del prossimo rinnovo (inizio 2009) dei Referenti delle Aree all'interno del Comitato Scientifico. In sostanza le procedure di nomina o conferma dei rappresentanti delle Aree all'interno del Comitato Scientifico rimangono quelle in essere, ma è necessario che il Referente sia di primaria responsabilità all'interno delle Aree, a tutti gli effetti Referente dell'Area, a conoscenza dei programmi ed aggiornato sulle attività in corso.

Anche all'ultimo Congresso Europeo è emersa in modo particolarmente evidente la difficoltà attuale della ricerca basata sui grandi RCT. Piccoli benefici ottenuti in trial su migliaia di pazienti seguiti per diversi anni, sono difficilmente trasportabili sul singolo paziente e poco utili per capire chi sono i pazienti che potranno beneficiare di quel farmaco specifico. È per questo che servono Registri/Database che possano coniugare l'esigenza di una ricerca calata sulle problematiche del mondo reale con la necessità di una filosofia innovativa basata su sottogruppi molto omogenei da studiare con tutti gli strumenti a nostra disposizione. Il Prof. Maseri in questi mesi ha ribadito con forza l'importanza che i contenuti di questa filosofia di ricerca devono venire dalle Aree, motore insostituibile della ricerca dell'ANMCO.

Sulla base di questi importanti mutamenti appare quindi importante rivedere alcuni contenuti e rapporti all'interno di ANMCO - HCF, come ha ben delineato Nicolosi alla riunione e sintetizzato nelle pagine di questo numero di "Cardiologia negli Ospedali".

Il Comitato Scientifico ANMCO e le Aree presenti hanno tutti espresso il loro interesse per il progetto HCF, sottolineando il loro ruolo centrale e strategico per motivare, tenere viva, attiva ed aggiornata la Rete, ipotizzando una complementarietà della ricerca tradizionale ANMCO con la filosofia innovativa di HCF e sottolineando l'importanza dell'obiettivo di fund raising di HCF.

Alla metà di ottobre sono state inviate le proposte preparate dalle Aree che verranno valutate dal Consiglio Direttivo ANMCO e HCF (con la collaborazione di Comitato Scientifico e Centro Studi) per preparare il Piano della Ricerca 2009 - 2010.

Tra le proposte pervenute, verranno indicati i progetti prioritari (per interesse e fattibilità) dando mandato alle Aree proponenti di preparare i protocolli, e lavorando contestualmente per trovare un supporto alle stesse.

Durante la successiva riunione del Consiglio Nazionale queste proposte sono state ampiamente discusse ed approvate all'unanimità, diventando così operative.

Congresso Europeo di Cardiologia 2008

di Matteo Cassin

Il Congresso della Società Europea di Cardiologia 2008, che si è svolto a Monaco dal 30 agosto al 3 settembre, è stato ricco di spunti e ben articolato, con 363 Sessioni Scientifiche complessive. Ai tradizionali Simposi, Main Session (12) e Letture si sono affiancate le Sessioni di Focus Imaging Intervention, con trasmissioni live e Focus Cardiology Practice, strutturate su argomenti clinici rilevanti, con forte interattività, le Hot Line e Clinical Trial Update, Sessioni pratiche Meet The Experts e Read with the Experts, quelle dedicate alla presentazione delle nuove versioni di Linee Guida, una parte dedicata al Nursing. Inoltre i 3.532 Abstract accettati sono stati presentati come Presentazioni orali e Poster, con ampio ricorso al formato elettronico. Infine, come sempre molto apprezzata, la Highlight Session finale, dove il meglio delle novità emerse durante il Congresso sono state riassunte e presentate in due ore nella giornata di chiusura.

Il tema congressuale principale di questa edizione è stato l'Imaging Cardiovascolare, con 73 Sessioni, di cui 3 Main Session, dedicate a questo argomento, dove sono stati messi a punto gli ultimi sviluppi tecnologici (Figura 1) e le ricadute cliniche delle

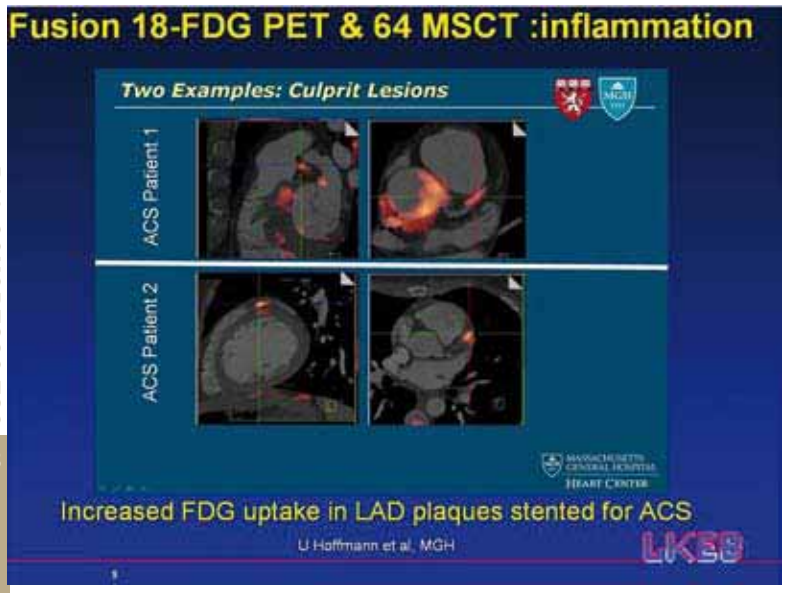


Figura 1
Image fusion: l'Imaging Cardiovascolare del futuro

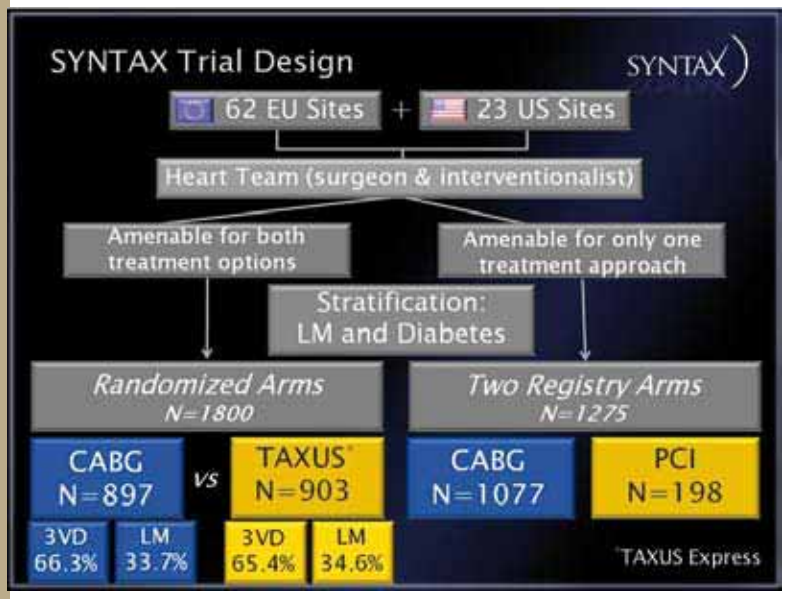


Figura 2
Disegno del trial multicentrico Syntax

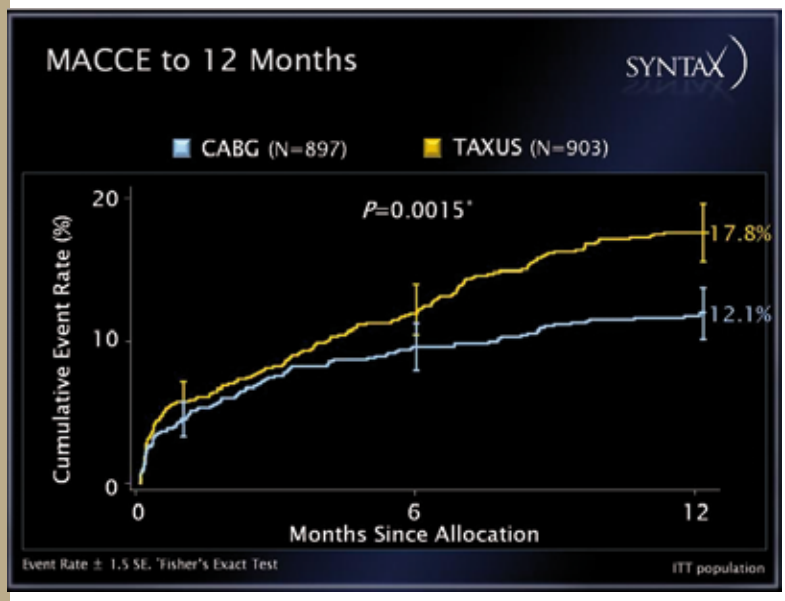


Figura 3
Syntax: risultati a 12 mesi relativamente all'end point primario

4 modalità principali di Imaging non - invasivo cardiovascolare: Ecocardiografia, Cardiologia Nucleare, Risonanza Magnetica e TC cardiaco. Durante le Hot Line sono stati presentati in anteprima i risultati di importanti studi, che riportiamo in sintesi di seguito.

SYNTAX (Synergy between PCI with Taxus and cardiac surgery)

Sono stati riportati i risultati del follow - up a 1 anno dello studio condotto in 62 sedi europee e 23 USA (Figura 2). Si tratta del primo trial randomizzato che confronta la PCI con stent medicato e la rivascolarizzazione chirurgica (CABG) nei pazienti con malattia del tronco comune (TC) o dei tre vasi coronarici. Sono stati randomizzati 1.800 pazienti con cardiopatia ischemica (esclusi i pazienti con CK superiore a due volte il limite superiore di norma) trattati con CABG (897) o PCI con stent medicato TAXUS (903); l'end point primario a dodici mesi era costituito dagli eventi compositi morte, stroke, infarto miocardico, rivascolarizzazioni ripetute. I pazienti che all'inizio erano stati considerati non randomizzabili per non eligibilità a CABG o a PCI entravano in due registri: 1.077 pazienti nel registro CABG e 198 nel registro PCI. Per essere arruolati nello studio i pazienti, come dicevamo, dovevano avere malattia del tronco comune (con o senza malattia degli altri vasi), o malattia dei tre vasi. Ad 1 anno, l'end point primario (Figura 3) era significativamente più frequente nel gruppo PCI - trattato rispetto a quello CABG - trattato. Questa

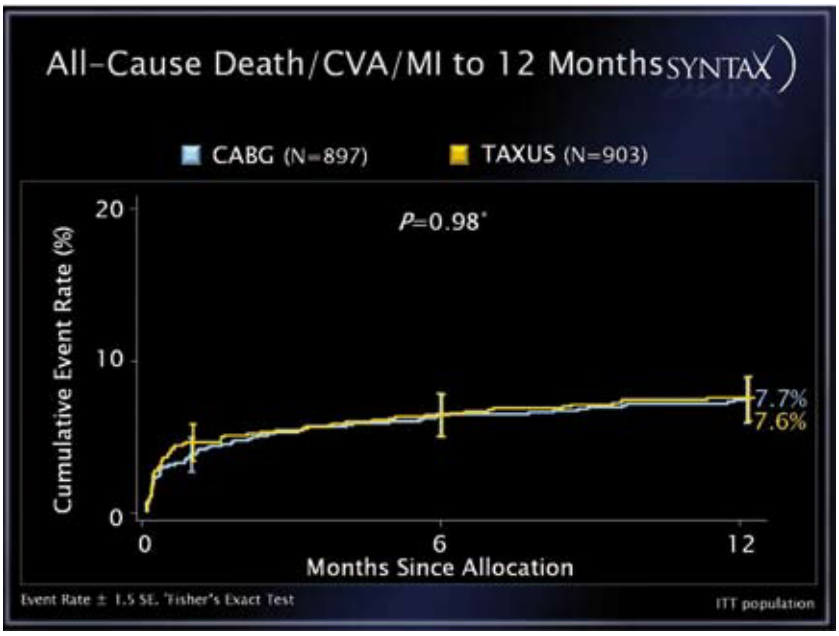


Figura 4
Syntax: risultati a 12 mesi relativamente all'end point morte, reinfarto, stroke

differenza era dovuta principalmente alle ripetute rivascolarizzazioni, considerevolmente più alte nel gruppo PCI (13.7%), rispetto al gruppo CABG (5.9%). Senza tener presente le ripetute rivascolarizzazioni l'end point clinico di morte, reinfarto e stroke era simile nei due gruppi (Figura 4). Inoltre l'incidenza dello stroke era meno frequente nel gruppo PCI, anche se c'è da tener presente che circa la metà di questi eventi cerebro - vascolari erano avvenuti dopo la randomizzazione ma prima dell'intervento chirurgico. Ancora, i pazienti che avevano malattia isolata del TC o TC con un singolo vaso avevano esito migliore se trattati con PCI. Da notare che l'incidenza di occlusione sintomatica di un graft (3.4%) e di trombosi dello stent (3.3%) era sostanzialmente sovrapponibile.
Il disegno del Syntax era "all comers", ed i pazienti venivano randomizzati se entrambi i componenti del "team cardiologico" (Cardiologi Interventisti e Cardiochirurghi) era d'accordo sulla eligibilità del paziente ad entrambi i trattamenti. Se una delle due strategie di rivascolarizzazione non era appropriata, il paziente veniva inserito nel registro CABG (costituito da pazienti la cui anatomia coronarica era considerata troppo complessa per fare una rivascolarizzazione percutanea) o quello PCI (costituito da pazienti con controindicazioni, per la presenza di comorbidità, alla chirurgia).
Nel registro CABG, l'esito era molto favorevole con una più bassa incidenza di eventi morte, infarto miocardico, stroke e nuova rivascolarizzazione rispetto a quelli CABG trattati nel trial randomizzato. Al contrario i pazienti nel registro PCI avevano un esito peggiore che la controparte PCI - trattata nello studio randomizzato. Dai dati del registro emerge quindi che circa un terzo dei pazienti "all camers" erano stati trattati con CABG prima della randomizzazione, soprattutto per la complessità dell'anatomia, che risultava inadeguata allo stenting. Inoltre i pazienti non trattabili con PCI, avevano una buona prognosi se trattati con CABG e, comunque, la PCI era un'opzione praticabile nei pazienti non eligibili a CABG.
Un dato di rilievo è l'importanza del "team cardiologico" per questi pazienti, con decisione condivisa sulla migliore strategia di rivascolarizzazione per il singolo caso, che comunque richiede un ampio coinvolgimento del paziente stesso nella decisione finale che deve essere consapevole del significato dell'opzione chirurgica o di quella percutanea, in termini di esiti globali, necessità di reintervento e incidenza di stroke.
Da questi dati, comunque, si può dire che il tabù del trattamento percutaneo del TC o dei 3 vasi è stato superato. Sarà ovviamente necessario valutare i risultati nel contesto di un follow - up più lungo.

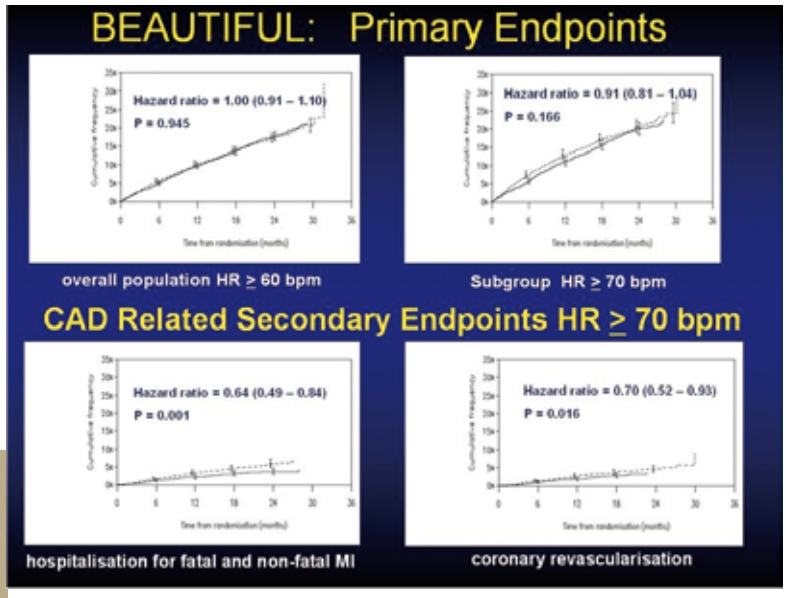


Figura 5
Risultati principali dello Studio BEAUTIFUL

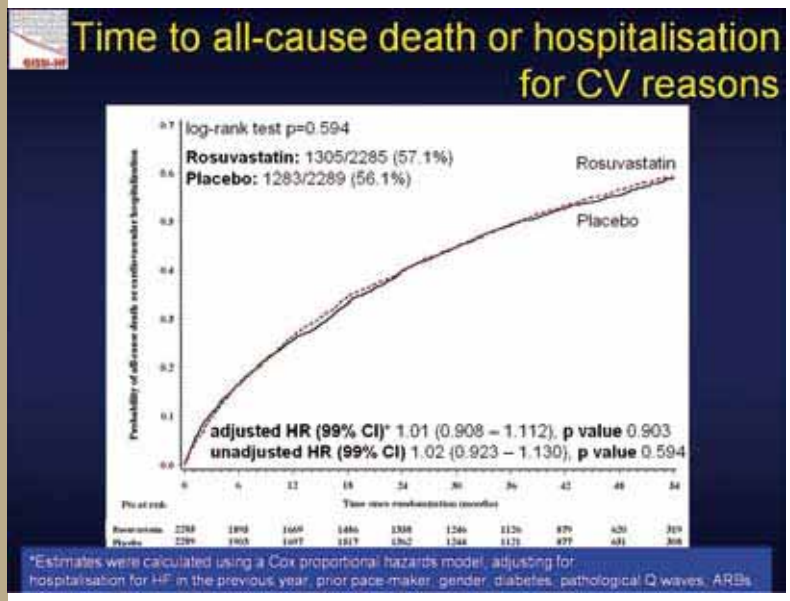


Figura 6
Risultati principali GISSI-HF (Rosuvastatina)

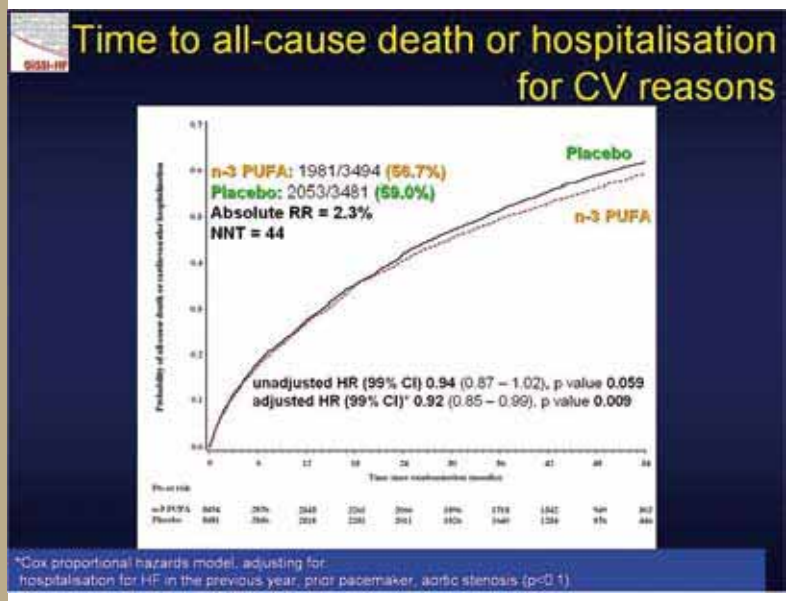


Figura 7
Risultati principali GISSI-HF (n-3 PUFA)

BEAUTIFUL

In questo trial 10.917 pazienti con cardiopatia ischemica stabile e FEVS < 40%, che erano al meglio della terapia medica tradizionale, sono stati randomizzati a ricevere 5 mg/die di ivabradina (da incrementare sino a 7.5 mg) o placebo. I risultati riportati al Congresso (Figura 5) non hanno evidenziato nessun effetto sull'end point composito primario (morte, ricovero per attacco cardiaco o per Scompenso Cardiaco). Però, nel sottogruppo pre - specificato di pazienti con FC > 70 bpm, si è evidenziata una significativa riduzione, nel gruppo trattato con Ibravadina, dell'end point secondario (ricoveri per infarto miocardico fatale o non fatale) e della rivascolarizzazione coronarica.
Inoltre, in uno studio separato gli Autori hanno analizzato la correlazione della FC basale con l'outcome cardiovascolare, trovando che per ogni incremento di 5 bpm c'era un incremento della mortalità cardiovascolare dell'8% (p=0.0005), ricovero per Scompenso Cardiaco (p<0.0001), e ricovero per infarto miocardico (p=0.05).
Dall'insieme dei dati si può quindi dire che la riduzione della FC in pazienti con frequenza superiore a 70 bpm e disfunzione ventricolare sinistra è associata a riduzione dell'incidenza di infarto miocardico fatale e non fatale anche se non è stato dimostrato l'efficacia di ibravadina sull'end point composito. Da segnalare che questi pazienti stavano assumendo tutte le terapie consigliate dalle Linee Guida, in particolare i Beta - Bloccanti nell'87% dei casi.

GISSI - HF

Sono stati presentati, contemporaneamente alla pubblicazione su Lancet, i risultati dei due studi italiani GISSI - HF (frutto della collaborazione di ANMCO e Istituto Mario Negri), che testavano rosuvastatina e n-3 PUFA nei pazienti con Scompenso Cardiaco cronico. I risultati sono stati inferiori a quelli attesi, sulla base di dati epidemilogici e sperimentali.
Per quanto riguarda il primo, presentato dal Prof. Tognoni, sono stati studiati 4.574 pazienti con Scompenso Cardiaco cronico (NYHA II-IV) randomizzati a rosuvastatina 10 mg/die o placebo, seguiti con follow - up per un periodo medio di 3.9 anni. I risultati finali (Figura 6) non hanno evidenziato nessuna differenza tra i due gruppi per quanto riguarda l'end point primario (tempo alla morte o composito tempo alla morte e ricovero per cause cardiovascolari). La conclusione è che la rosuvastatina non ha alcun effetto sulla prognosi dei pazienti con Scompenso Cardiaco cronico.
Per quanto riguarda invece l'utilizzo di n-3 PUFA, sono stati reclutati 6.975 pazienti con Scompenso Cardiaco cronico (classe NYHA II-IV), randomizzati a n-3 PUFA 1 gr/die o placebo. La durata del follow - up e l'end point primario erano gli stessi del precedente studio. Nel gruppo dei pazienti trattati con n-3 PUFA (Figura 7) è stata documentata una riduzione dell'8% del rischio relativo di morte e ricovero per motivi cardiovascolari (p=0.009), inferiore però al dato previsto (15%). La conclusione del Prof. Tavazzi è che questo trattamento semplice, sicuro e poco costoso può avere un moderato effetto in termini di mortalità e nuovi ricoveri ospedalieri nei pazienti con Scompenso cronico.
Durante il Congresso sono state anche presentate le nuove Linee Guida dello Scompenso Cardiaco, Embolia Polmonare e Infarto Miocardico STEMI.
Per quanto riguarda le Linee Guida dello Scompenso Cardiaco, queste per la prima volta hanno considerato insieme scompenso cronico e acuto in quanto momenti della stessa malattia ponendo particolare enfasi alla struttura e funzione del cuore, aspetti che sono stati inseriti nella definizione di Scompenso Cardiaco. Altro punto sottolineato è che la diagnosi non è dipendente da una particolare frazione di eiezione, anche se questa ha importanti implicazioni prognostiche. Ancora, è stata ribadita l'importanza dei peptidi natriuretici, che sono raccomandati non solo per escludere lo Scompenso Cardiaco, ma anche per confermare la diagnosi. Pur non essendoci nuovi trattamenti è stata posta enfasi particolare all'auto - gestione del paziente e alla possibilità di programmi terapeutici differenziati che possono migliorare la compliance e l'outcome clinico.
Sono state presentate anche le nuove Linee Guida dell'Infarto Miocardico STEMI che aggiornano le raccomandazioni della precedente edizione del 2003, e in particolare sottolineano l'importanza di istituire Reti ospedaliere, dove Centri con livelli tecnologici diversi utilizzano lo stesso protocollo operativo e organizzano rapide connessioni mediante sistemi di ambulanze efficenti al fine di ridurre il tempo di riperfusione in generale e door-to-balloon in particolare. L'ambulanza viene vista non solo come mezzo di trasporto ma, idealmente, come luogo di diagnosi e possibilmente anche di terapia precoce. Ancora sono stati aggiornati i criteri di selezione della modalità di riperfusione (PCI primaria verso fibrinolisi). Per quanto riguarda la PCI primaria la task force ha definito, sulla base delle evidenze disponibili, in due ore il massimo ritardo della riperfusione meccanica rispetto alla prima osservazione medica, anche se deve essere fatto ogni sforzo per ridurre questo tempo al di sotto dei 90 minuti. Quando il ritardo previsto supera le due ore, deve essere presa in considerazione la terapia fibrinolitica, con farmaci di ultima generazione.
Sono stati fatti anche gli aggiornamenti relativi alla terapia antitrombotica da associare alla PCI primaria o alla fibrinolisi, in particolare per quanto riguarda gli inibitori della GP IIb/IIIa, bivaluridina e clopidogrel, e l'implementazione delle strategie di prevenzione secondaria. La versione ufficiale estesa di queste Linee Guida sarà disponibile a breve.
Durante il Congresso si è parlato, ovviamente, di altro. Tra gli argomenti più importanti segnaliamo il trattamento percutaneo della valvola aortica, dove la casistica e l'esperienza di vari centri europei aumenta progressivamente e dove si sta cercando un consenso tra Cardiologi Interventisti e Cardiochirurghi. Di questo si parlerà molto nel prossimo futuro.

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 (Carbonara - BA)
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

Bilancio di un biennio

di G. Inama e M. Zoni Berisso

Frida Kahlo
L'amoroso abbraccio dell'universo, 1949

L'attività dell'Area Aritmie nel biennio 2007 - 2008 è stata particolarmente intensa e stimolante, caratterizzata da un rinnovato processo di collaborazione con l'Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC), e con le altre Aree dell'ANMCO in particolare con l'Area Chirurgica e con l'Area Scompenso Cardiaco.
Grande impegno è stato dedicato al rinnovamento delle pagine WEB dell'Area sul Sito ANMCO. A questo proposito si è pensato di rendere le pagine WEB dell'Area Aritmie un punto di riferimento per i Cardiologi che desiderino trovare aggiornamenti riguardo alle principali tematiche e controversie in ambito aritmologico o riferimenti bibliografici di articoli riguardanti l'Elettrofisiologia e l'Elettrostimolazione. Naturalmente il processo di rinnovamento del Sito WEB è solo all'inizio e molto andrà ancora fatto nei prossimi anni per aggiornare e rendere sempre più esteso il materiale disponibile per la libera consultazione e in alcuni casi per il download.
Su iniziativa dell'Area Aritmie si è deciso di analizzare, attraverso delle "Survey", che hanno ottenuto l'endorsement dell' ANMCO, i compor-

tamenti e le tendenze operative della Cardiologia Nazionale nei confronti di due importanti problematiche:
1. il Censimento delle procedure di ablazione chirurgica della fibrillazione atriale, associate ad intervento cardiochirurgico maggiore, effettuate nel 2006 in Italia;
2. la valutazione del comportamento del "real world" nella gestione del paziente con cardiomiopatia ipocinetica ischemica e non ischemica e FE depressa.
La Survey sull'ablazione chirurgica della fibrillazione atriale, "Censimento delle procedure di ablazione chirurgica effettuate nell'anno 2006", realizzata insieme all'Area Chirurgica, è stata completata. Riteniamo che questo progetto di studio costituisca per l'ANMCO un efficace strumento al fine di ricercare un consenso tra Cardiologi e Cardiochirurghi circa le indicazioni al trattamento non farmacologico della fibrillazione atriale e al tipo di procedura ablativa, percutanea o chirurgica, a cui sottoporre il paziente in base alle sue caratteristiche e alla eventuale presenza di comorbidità. I dati ottenuti sono stati elaborati e presentati nell'ambito del Congresso Nazionale 2008 ai Colleghi dell'Area Aritmie e dell'Area Chirurgica e verranno a breve messi a disposizione della Comunità Cardiologica.
È in corso il secondo progetto dell'Area Aritmie - pensato e realizzato assieme all'Area Scompenso Cardiaco - la Survey "Strategie di prevenzione primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane". Sul Sito WEB ANMCO è possibile accedere tramite password personale, inviata per posta o per mail ai Responsabili delle Strutture Cardiologiche Italiane, alla Scheda raccolta dati. È ancora possibile, per chi non l'avesse ancora fatto, accedere alla compilazione anonima della Scheda. In caso di smarrimento della lettera o della mail, potete richiedere la password personale allo Staff Gestione Sito WEB ANMCO (tel. 055 5101368; e-mail: sitoweb@anmco.it). Nella pagina seguente abbiamo riprodotto la Scheda, al fine di renderne possibile la consultazione da parte dei Centri prima di procedere all'inserimento dei dati via WEB alla pagina www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/questionario. È estremamente importante che tutti i Centri Cardiologici partecipino alla Survey, indipendentemente dalle loro dimensioni, dalla presenza o meno al loro interno del Laboratorio di Elettrofisiologia e dal numero di pazienti a rischio di Morte Improvvisa valutati ogni anno. Infatti, solo attraverso la partecipazione capillare dei Centri sarà possibile ottenere indicazioni affidabili rispetto all'atteggiamento dei Cardiologi Italiani rispetto a questa importante problematica durante la pratica clinica quotidiana, che tutti sappiamo essere, nel mondo reale, estremamente differente dalla realtà dei trials.
In conclusione un profondo ringraziamento a tutti i Cardiologi Italiani per la loro partecipazione attiva ai nostri progetti ed uno particolare alla Segreteria delle Aree ANMCO che ha pazientemente coordinato e seguito le nostre iniziative.
Grazie agli Amici che mi sono stati vicini con competenza e professionalità in questi due anni di impegno: Massimo Zoni Berisso, Stefano Benussi, Maurizio Landolina, Alessandro Proclemer, Claudio Pandozi, Orazio Pensabene e agli entusiasti giovani ANMCO del Comitato Scientifico Editoriale Claudio Pedrinazzi, Tania Bordonali e Sergio Setti.
A Massimo Zoni Berisso ed al nuovo Comitato di Coordinamento un affettuoso augurio di buon lavoro!

SCHEDA RACCOLTA DATI

Strategie di prevenzione primaria della Morte Improvvisa

Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane

(Proposta dall'Area Aritmie e dall' Area Scompenso Cardiaco ANMCO)

Parte generale

Qual'è il volume di attività del Centro (numero medio di impianti/anno)?

ICD _____
ICD/CRT _____
CRT _____

Considerate controindicazioni all'impianto di ICD o ICD/CRT i seguenti parametri?

☐ Età anagrafica > _____ anni
☐ Comorbilità limitanti genericamente l'aspettativa o la qualità della vita termine
☐ Status socio-sanitario che comprometta la regolarità dei successivi controlli

Utilizzate sistematicamente uno score prognostico che consideri le comorbilità limitanti l'aspettativa di vita?

☐ NO, giudichiamo in base all'esperienza clinica
☐ SI, Specificare quale _____
_____

Quali test utilizzate per la stratificazione del rischio aritmico?

☐ presenza di TVNS all'Holter
☐ studio elettrofisiologico (SEF)
☐ heart rate variability (HRV)
☐ T wave alternans (TWA)
☐ durata del QRS

Come vi comportate nel caso di TWA indeterminata?

☐ la considero sovrapponibile alla TWA positiva
☐ utilizzo altri marcatori di stratificazione del rischio

Nel vostro Centro la decisione di eseguire l'impianto di ICD è:

☐ del Primario (.... %)
☐ del Cardiologo Clinico (.... %)
☐ dell'Elettrofisiologo (.... %)
☐ del Cardiologo dell'Ambulatorio Scompenso (.... %)
☐ Collegiale

Esistono limitazioni all'impianto da parte dell'amministrazione legate al budget?

☐ No
☐ Solo negli ultimi 3 - 4 mesi dell'anno
☐ Sempre (ne impianto il .... % di quelli che vorrei impiantare)

Nei pazienti sottoposti a CRT utilizzate il back up ICD?

☐ Si, sempre
• Si, ma solo in questi casi:
☐ FE < 20% ☐ sincope ☐ TVNS all'Holter
☐ eziologia ischemica ☐ fibrillazione atriale
☐ durata del QRS ☐ SEF ☐ Età <.....anni
☐ TWA positiva/indeterminata
☐ no, mai

Scenari clinici

1. Paziente con cardiomiopatia dilatativa non ischemica e FE< 35%

Nel Tuo Centro si pone indicazione all'impianto di ICD?

• Sì
☐ Sempre
☐ Solo se il paziente è in terapia farmacologia ottimizzata da almeno ____ mesi
☐ Solo se il beta-bloccante non è utilizzabile

• No
☐ utilizzo amiodarone (....%)
☐ utilizzo beta-bloccante (....%)
☐ altro _____

• Sì, in questi casi:

Criteri clinici
☐ Classe NYHA II - III
☐ Classe NYHA II - III e IV solo se lista trapianto
☐ Classe NYHA II - III - IV
☐ Pregressi episodi di scompenso

Criteri strumentali
☐ presenza di TVNS all'Holter
☐ dati dello SEF
☐ risultati della HRV
☐ risultato della TWA
☐ altro, specificare.....

2. Paziente con cardiomiopatia dilatativa ischemica con FE<30%

Nel Tuo Centro si pone indicazione all'impianto di ICD?

• Sì
☐ Sempre
☐ Solo se il paziente è in terapia farmacologia ottimizzata da almeno ____ mesi
☐ Solo se il beta-bloccante non è utilizzabile

• No
☐ utilizzo amiodarone (....%)
☐ utilizzo beta-bloccante (....%)
☐ altro _____

• Sì in questi casi:

Criteri clinici
☐ post-IMA > 40 giorni
☐ Classe NYHA II - III
☐ Classe NYHA II - III - IV
☐ Classe NYHA II - III e IV solo se lista trapianto
☐ Pregressi episodi di scompenso

Criteri strumentali
☐ presenza di TVNS all'Holter
☐ dati dello SEF
☐ risultati della HRV
☐ risultato della TWA
☐ altro, specificare .....

3. Paziente con cardiomiopatia dilatativa ischemica con FE fra 30 - 40%.

Nel Tuo Centro si pone indicazione all'impianto di ICD?

• Sì
☐ Sempre
☐ Solo se il paziente è in terapia farmacologia ottimizzata da almeno _____ mesi
☐ Solo se il beta-bloccante non è utilizzabile

• No
☐ utilizzo amiodarone (....%)
☐ utilizzo beta-bloccante (....%)
☐ altro _____

•Sì in questi casi:

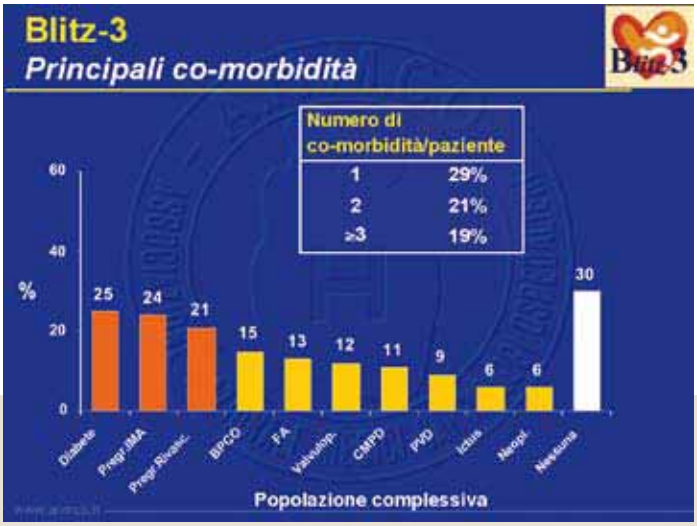
Criteri clinici
☐ post-IMA > 40 giorni
☐ Classe NYHA II - III
☐ Classe NYHA II - III - IV
☐ Classe NYHA II - III e IV solo se lista trapianto
☐ Pregressi episodi di scompenso

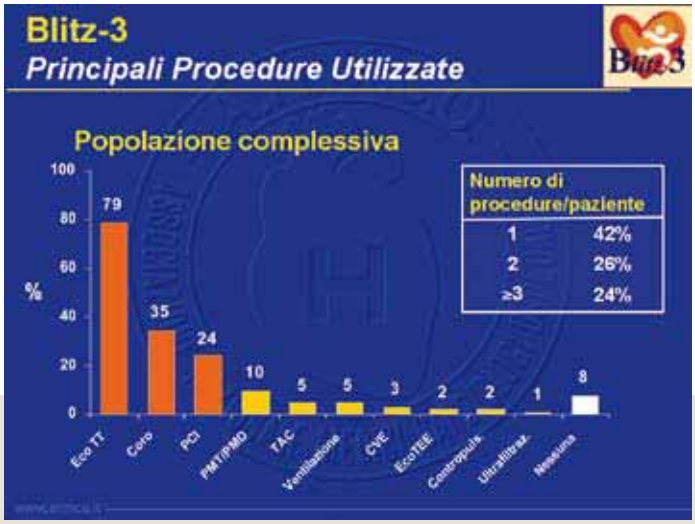
Criteri strumentali
☐ presenza di TVNS all'Holter
☐ dati dello SEF
☐ risultati della HRV
☐ risultato della TWA
☐ altro _____

Un Blitz nelle UTIC! Uno stimolo alla crescita del Cardiologo Intensivista

di Gianni Casella

Negli ultimi anni abbiamo più volte segnalato il cambiamento in atto nelle nostre Strutture, passate da Unità per l'osservazione e la cura dell'infarto acuto a Terapie Intensive dove vengono gestite diverse condizioni cardiologiche acute in pazienti complessi, con molteplici comorbidità, impiegando strumenti e tecnologie sempre più avanzate. Purtroppo fino al 2 giugno 2008 queste erano sostanzialmente sensazioni, considerazioni, confidenze o riflessioni le quali non trovavano riscontri oggettivi in Italia, ma nemmeno nel resto del mondo. Proprio durante la Convention delle UTIC del 2007, nel corso della quale sono stati affrontati in modo approfondito i temi della Competenza Clinica del Cardiologo UTIC, molti avevano concluso che senza una precisa conoscenza della tipologia e della gestione dei pazienti ricoverati nelle UTIC italiane, molti degli sforzi profusi nell'identificazione e nella formazione di un nuovo Cardiologo Intensivista potevano rimanere sterili propositi. Da qui è nato l'impegno a riempire questa lacuna ed ancora una volta l'ANMCO, grazie all'esperienza maturata con i Registri osservazionali Blitz 1 e 2, i quali hanno però considerato gli aspetti epidemiologici e gestionali delle Sindromi Coronariche Acute ricoverate in UTIC, ha voluto anticipare tutti disegnando lo Studio BLITZ 3. Questo Studio, al quale l'Area Emergenza - Urgenza ha contribuito attivamente, ha voluto descrivere l'epidemiologia dei ricoveri nelle UTIC italiane, i princi-





pali aspetti della gestione clinica dei pazienti ricoverati, l'assorbimento di risorse connesso al loro ricovero ed i risultati a breve termine. Con un grande sforzo corale, degno della migliore tradizione GISSI, dal 7 al 20 aprile 2008 sono stati raccolti da ben 332 UTIC sparse nel territorio nazionale (l'81% di tutte le UTIC italiane, ma coprendo più del 90% della dotazione dei posti letto UTIC nazionali) i dati di circa 7.000 pazienti consecutivi. Risultati veramente eccezionali ed al momento unici al mondo!

Grazie al BLITZ 3 abbiamo avuto conferma dell'età molto avanzata dei nostri pazienti. Infatti la mediana dell'età dei ricoverati in UTIC è attorno a 72 anni, ma ben 2/3 dei pazienti ha più di 61 anni ed il 40% più di 75. Nel 70% dei casi accanto alla patologia cardiaca acuta noi Cardiologi dell'UTIC dobbiamo affrontare e conoscere molteplici importanti comorbidità, spesso non isolate (più del 40 % dei pazienti ne ha più di una). Questo giustifica la crescente richiesta di competenze anche extracardiologiche per il Cardiologo Intensivista. Un dato interessante è legato all'analisi dei percorsi dei pazienti. Storicamente l'accesso all'UTIC è filtrato dal Pronto Soccorso e questa caratteristica è mantenuta nella maggior parte dei casi (il 63% dei pazienti arriva in UTIC dal Pronto Soccorso), ma è interessante osservare che oggi il 22% dei soggetti arriva in UTIC da altri Ospedali. Questo indica che la Rete interospedaliera sulla quale l'ANMCO, utilizzando il grimaldello dell'infarto acuto ST elevato, ha molto lavorato negli anni, comincia a funzionare correttamente su tutto il territorio nazionale e si estende gradualmente anche a patologie cardiologiche acute non ischemiche. La tipologia dei pazienti è cambiata! Più della metà dei casi è ricoverata in UTIC per una sindrome coronarica acuta, più spesso non ST elevato, a conferma che la gestione della cardiopatia ischemica acuta è ancora la missione delle UTIC italiane. I Cardiologi delle UTIC italiane hanno sicuramente imparato a gestire correttamente queste Sindromi Coronariche Acute ed in particolare quelle con ST elevato visto che la riperfusione, in gran parte con angioplastica primaria, e la terapia antitrombotica sono utilizzate nella maggior parte dei pazienti. Tuttavia sempre più spesso sono ricoverati in UTIC pazienti con scompenso cardiaco acuto, bradi o tachiaritmie impegnative o altre patologie complesse. In questi casi la gestione sembra offrire ancora ampi margini di miglioramento. Non trascurabile è poi l'impiego di risorse in UTIC. La quasi totalità dei pazienti ricoverati effettua un ecocardiogramma, molto frequente è l'uso della coronarografia e dell'angioplastica soprattutto nelle Sindromi Coronariche Acute. Purtroppo procedure molto importanti e risolutive per un certo tipo di pazienti critici come la ventilazione, l'ultrafiltrazione, la contropulsazione sono ancora scarsamente utilizzate. Queste lacune ci indicano chiaramente la direzione nella quale dobbiamo lavorare!

Il BLITZ 3 conferma il cambiamento percepito negli anni dell'epidemiologia dei pazienti delle UTIC. Sempre più spesso nelle nostre Terapie Intensive le Sindromi Coronariche Acute, nella cui gestione siamo ormai maestri, sono affiancate da patologie cardiache acute nelle quali dobbiamo ancora maturare una piena esperienza. Un valido Cardiologo Intensivista non si costruisce in un giorno, ma ampliando e migliorando le sue esperienze quotidiane attraverso un percorso formativo ricco e flessibile quale quello che abbiamo cercato di costruire in questi anni.

Hub and Spoke per la terapia meccanica dell'Embolia Polmonare?

Come per l'IMA un sistema a rete può dare la possibilità di un trattamento meccanico percutaneo ai pazienti con Embolia Polmonare ad alto rischio e controindicazioni o inefficacia della trombolisi

di L. Roncon e C. D'Agostino

Nei pazienti con Embolia Polmonare ad alto rischio e controindicazioni o inefficacia della trombolisi solo l'utilizzo di un sistema a rete Hub and Spoke come nell'IMA può dare la possibilità di una terapia con trombectomia meccanica percutanea in modo allargato

L'Embolia Polmonare massiva o ad alto rischio, come le recenti Linee Guida europee la definiscono, è gravata da una elevata mortalità che può arrivare sino al 30% nei pazienti con instabilità emodinamica. La trombolisi, considerata la terapia di scelta può risultare inefficace o non praticabile per controindicazioni presenti sino al 40% di questi pazienti. La Trombectomia Meccanica Percutanea (TMP), rappresenta in questi casi una alternativa terapeutica anche all'embolectomia chirurgica, intervento gravato da alta mortalità intraoperatoria. La terapia interventistica percutanea presenta importanti vantaggi quali:

a) tempi brevi di esecuzione con possibilità di rapida riperfusione polmonare;

b) praticabile anche in pazienti con elevato rischio chirurgico per cause diverse dall'evento embolico o con controindicazioni alla chirurgia;

c) rispetto all'embolectomia chirurgica non vi è necessità di una sala operatoria o di un team cardiochirurgico esperto. Attualmente sistemi di tipo percutaneo sono usati, nel trattamento dell'Embolia Polmonare massiva sia in condizioni di controindicazione o inefficia della trombolisi, ma anche in associazione al trombo litico.

Non ci sono trial randomizzati sull'uso di questa metodica anche se viene descritta in casistiche sempre più numerose in pazienti con Embolia Polmonare ad alto rischio dove le terapie convenzionali come la trombolisi sono controindicate o inefficaci. Il suo impiego tuttavia è spesso limitato dalla disponibilità di una sala angiografica H24 ed ancora di più dalla presenza di un equipe di Cardiologi Interventisti con esperienza nel trattamento di tale patologia. Negli ultimi anni, d'altra parte, metodiche di tromboaspirazione sono divenute via via più comuni nel trattamento dell'infarto miocardico con angioplastica primaria. Perché quindi non usare la rete organizzativa, messa a punto per il trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto con angioplastica primaria, per la terapia dell'Embolia Polmonare massiva? Si potranno avere Centri Hub con attività ad alto volume, disponibilità H24 di idonea attrezzatura ed operatori esperti e Centri Spoke collegati che potranno inviare con protocolli predefiniti i pazienti con quella grave patologia, quale l'Embolia Polmonare acuta massiva, altrimenti non trattabile con la sola terapia medica. Su questo progetto l'Area Malattie del Circolo Polmonare, attraverso i Referenti Regionali, effettuerà una rilevazione dei Centri Hub in Italia che si renderanno disponibili per l'impiego della TMP nell'Embolia Polmonare massiva, come prima tappa nella creazione della rete. Verranno inoltre identificati quei Centri di emodinamica che hanno più esperienza nell'uso dei sistemi di trombectomia quali sedi di insegnamento. Dobbiamo muovere i primi passi per rendere più diffusa quest'opzione terapeutica attualmente sottoutilizzata nonostante le sue potenzialità. Solo una rete di tipo Hub and Spoke e l'impegno dei Cardiologi italiani può rendere questo progetto possibile.

La Cardiologia tra Etica e Mercato

La tutela della salute in Cardiologia è strettamente connessa al saggio utilizzo delle risorse disponibili

di G. Rosato e E. Pasini

L'acquisizione di una cultura economica manageriale è una condizione necessaria per la gestione della Sanità a tutti i livelli nei quali si prendono decisioni, comprese quelle diagnostiche e terapeutiche per i singoli pazienti

Anche l'imperativo ippocratico di "fare tutto ciò che può recare beneficio al malato" deve essere oggetto di revisione e di adozione di standard più realistici in favore degli stessi pazienti ma anche in relazione alla situazione della Comunità

La maggior parte delle società evolute e ad economia avanzata, pur basando l'organizzazione sociale sul mercato, hanno identificato la Sanità come bene di merito e ne hanno regolato le prestazioni istituendo di fatto un quasi mercato dove gli erogatori di servizio sono i produttori, il cittadino è il cliente ma lo Stato diventa l'agente assicuratore del cliente e regola quindi il mercato delle erogazioni - Welfare State.
Il mondo della Sanità però vive un grande paradosso: mentre cresce la disponibilità di tecniche diagnostiche affidabili e di mezzi terapeutici efficaci, ai quali va in grande parte ascritto l'aumento di vita media, altrettanto aumentano lagnanze e scontento tra i cittadini, insieme ad inquietudine ed apprensione tra i gestori economici, politici e tecnici, dei Sistemi Sanitari in generale.
In realtà questo è il vero angoscioso problema che investe la Sanità in tutti i paesi simili al nostro, il rapporto tra un'etica che disciplini i comportamenti, i fini e i mezzi per raggiungere gli obiettivi assistenziali e il vincolo rappresentato dalle risorse finanziarie.
In ambito sanitario, l'economia della Sanità dovrà, pertanto, porsi i classici quesiti della produzione:
- cosa produrre, cioè la scelta del proprio prodotto che sarà costituito da prestazioni, servizi, cure farmacologiche;
- come produrre, cioè le modalità di produzione ovvero cura per acuti, servizi per cronici, strutture ospedaliere, tecnologie, strutture territoriali;
- per chi produrre, cioè la scelta del destinatario privilegiato - quale malato, quale soggetto a rischio - che potrebbe portare necessariamente all'esclusione di altri.

Nel campo sanitario le leggi del mercato non sono sufficienti, da sole, a governare efficacemente l'economia sanitaria in quanto entrano in gioco componenti di tipo etico che vengono a controbilanciare le spinte derivanti dalle dinamiche di mercato.
Di ciò sono esempi, sul piano delle persone, la pretesa dell'illimitatezza del proprio diritto alle prestazioni sanitarie e, sul piano collettivo, il cosiddetto consumismo medico (l'abuso o il ricorso incongruo e sovente inopportuno a procedure diagnostiche e terapeutiche, farmacologiche o strumentali; la facile adozione di pratiche ad alto contenuto tecnologico e di alto costo in sostituzione di altre meno sofisticate, seppur ancora pienamente rispondenti ai propri scopi; l'impiego sistematico di farmaci di elevata resa economica per chi li produce al posto di altri altrettanto efficaci e di basso costo; perfino il ricorso, a spese della comunità, a pratiche pseudo - mediche di non comprovata e dimostrabile efficacia).
Questi fenomeni sono frutto riconosciuto della logica di mercato, il loro contributo all'incremento dei costi della Sanità è assolutamente non secondario, mentre i sistemi di erogazione della Sanità sono orientati alla minimizzazione dei costi con la massimizzazione dei risultati.
La Cardiologia è la branca specialistica dove maggiormente si evidenzia il conflitto tra etica ed esigenze di mercato in quanto "il cuore non può aspettare".
Il Cardiologo ospedaliero deve con-

vivere ogni giorno fra risorse disponibili, etica e appropriatezza delle prestazioni, per il raggiungimento di più elevati standard qualitativi.
In questa prospettiva è cruciale l'appropriatezza, misurata come migliore performance dell'atto medico nella sua correlazione con il bisogno reale del paziente in quanto le innovazioni tecnologiche hanno consentito una sempre migliore performance nella gestione sia dell'episodio acuto che dell'intera malattia, riducendo la mortalità e migliorando la qualità di vita.
Tutto ciò comporta un forte impegno economico nella gestione dell'assistenza cardiologica ospedaliera.
Attualmente i Cardiologi ospedalieri si avvalgono di una doppia competenza: clinica e manageriale.
L'attività professionale del Cardiologo ospedaliero pertanto dovrebbe essere guidata da alcuni principi fondamentali quali:
1) la salute primaria del paziente;
2) un'attività organizzata in rapporto alle condizioni cliniche;
3) l'equilibrio fra costi e risultati;
4) il controllo degli outcomes a distanza.
Cuore artificiale, elettrostimolatori sofisticati, defibrillatori impiantabili, nuove endoprotesi e nuovi farmaci.
Queste sono solo alcune delle nuove tecnologie note come dispositivi medici, che negli ultimi anni hanno consentito costanti e fino a poco tempo fa insperati progressi, mettendo a disposizione della classe medica e dei pazienti sempre nuovi strumenti di cura e di diagnosi.
I benefici consistono nella riduzione di impegnativi interventi chirurgici, nella contrazione dei tempi di recupero e in una maggiore capacità di monitorare il decorso della malattia.
Per questa tecnologia medica ogni anno nel mondo si spendono 187 miliardi di euro, l'Europa assorbe il 34% del totale. L'Italia destina ai dispositivi medici una cifra pari a circa 2,5 miliardi di euro ogni anno.
Sul piano pratico, la crescita del settore si manifesta anche con la diffusione sul mercato di prodotti fabbricati in paesi extra - europei, di cui è necessario - sotto il profilo etico, non meno che giuridico - verificare l'effettivo possesso dei requisiti di sicurezza ed efficacia.
Gli studi clinici sono un elemento essenziale per evitare rischi e verificare la reale efficacia di queste tecnologie avanzate, e sono fondamentali anche per le decisioni di politica sanitaria che devono bilanciare gli investimenti nell'innovazione tecnologia con la necessità di contenere i costi.
Gli aspetti etici sono stati approfonditi con la descrizioni delle informazioni da fornire al Comitato Etico sia nella fase di approvazione che nel corso dello studio, ad esempio le informazioni sulla sicurezza. Inoltre, sono state inserite nuove clausole riguardo alle procedure per ottenere il consenso dei pazienti e le informazioni che il medico deve fornire anche in circostanze speciali come pazienti pediatrici o trattamenti di emergenza.
Infine le responsabilità del fabbricante, dello sperimentatore e del monitor che supervisiona lo studio sono state stata chiarite ed estese, con la specificazione che è necessario condurre lo studio adottando specifici sistemi per l'assicurazione e controllo qualità.
Nonostante i continui e significativi progressi nelle conoscenze delle nuove tecnologie mediche, un utile processo decisionale clinico rimane la pietra miliare nella pratica clinica.
Lo scopo del processo decisionale medico è quello di ottimizzare la salute ed è un procedimento complesso che implica l'identificazione del problema, la valutazione delle informazioni e la scelta terapeutica in rapporto agli outcomes, spesso non considerati.
Rispondendo efficacemente a tutte queste variabili la prestazione sarà ritenuta appropriata.
L'interesse dell'uomo per l'altro uomo è l'unico e più sicuro baluardo per la professione medica, spetta quindi agli stessi medici proporre modelli organizzativi meno soggetti al controllo economico della gestione.
In conclusione, possiamo affermare che, per quanto etica e mercato in sanità, apparentemente non vadano d'accordo, l'evoluzione dei modelli organizzativi dei sistemi sanitari tende verso il raggiungimento di un punto di equilibrio che tutela il cittadino cliente e la collettività, seguendo le regole economiche dell'efficienza produttiva ed allocativa.
I Sistemi Sanitari sono in costante evoluzione per le modifiche epidemiologiche e per l'evolversi della domanda e la sfida futura è quella del governo efficace della domanda per ottenere il massimo dell'appropriatezza nonché quella dell'allocazione di risorse maggiori sul fronte della prevenzione individuale e collettiva.

Bilancio di un biennio

di Claudio Coletta

Significative novità hanno caratterizzato questo biennio di gestione dell'Area
Dopo il Censimento Infermieristico delle UTIC e il cambiamento dell'assetto organizzativo del Comitato di Coordinamento, l'Area Nursing si prepara a vivere una nuova fase ricca di sviluppi e di progetti

Il biennio di gestione dell'attuale Comitato di Coordinamento (CdC) dell'Area Nursing sta avviandosi a conclusione. Con l'inizio del 2009 il Dott. Vincenzo Martinelli assumerà la guida dell'Area come Chairman Medico, mentre il Consiglio Direttivo dell'Associazione si troverà a scegliere il futuro Chairman Infermieristico nell'ambito di una rosa di tre candidature proposte dal CdC attualmente in carica. È questa infatti la grande novità che verrà a caratterizzare l'attività futura dell'Area, e che avrà conseguenze significative anche nella vita associativa in generale.

Il nuovo assetto organizzativo

Dal primo gennaio 2009 il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing vedrà la presenza contemporanea e con pari prerogative di un Chairman Medico, come da tradizione, e di un Chairman Infermiere. Quest'ultimo verrà nominato direttamente dal Consiglio Direttivo dell'Associazione, e verrà scelto tra una rosa di tre nomi che verranno proposti dal CdC in carica al termine del proprio biennio di attività. Con le stesse modalità, verranno selezionati due nominativi per la nomina del Co - Chairman Medico e del Co - Chairman Infermiere dell'Area, che collaboreranno con i due Chairmen nella impegnativa gestione quotidiana delle attività. Il CdC sarà completato da un Medico e da un Infermiere, e dai Consulenti di Area che tradizionalmente rappresentano una insostituibile risorsa di esperienza e di energie.

Ecco riportati in dettaglio gli articoli introdotti nel nuovo Regolamento dell'Area Nursing:

- "[...] Trattandosi di una carica di nuova istituzione, ed essendo necessaria per tale funzione esperienza e buona conoscenza delle problematiche dell'Area, si stabilisce come norma transitoria che, contestualmente alla nomina del Co - Chairman Infermiere, il primo Chairman Infermiere per il biennio 2009 - 2010 venga nominato dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO fra i tre Infermieri componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing in carica nel biennio 2007 - 2008";
- "[...] La nomina del Co - Chairman Infermiere avviene da parte del Consiglio Direttivo dell'ANMCO entro l'anno delle elezioni su una rosa di tre candidati che viene proposta dal Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing. Il Co - Chairman eletto svolge il suo mandato nel biennio successivo all'anno della elezione. Al termine del mandato biennale il Co - Chairman Infermiere diventa automaticamente Chairman Infermiere dell'Area Nursing per il biennio successivo";
- "[...] All'inizio del mandato biennale i due Chairmen, Medico e Infermiere, concordano, definiscono e presentano il programma di attività dell'Area Nursing al Consiglio Direttivo";
- "[...] Per quanto riguarda i rapporti fra Area Nursing, Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale resta valida la normativa societaria attualmente vigente";
- "[...] il Chairman Infermiere (o un sostituto da lui indicato fra i componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area) partecipa alle riunioni del Consiglio Nazionale con potere consultivo in rappresentanza degli Infermieri iscritti all'Area Nursing";

Tale modifica al Regolamento dell'Area, proposta dall'attuale CdC, è stata approvata all'unanimità dal Consiglio Nazionale dell'ANMCO il 18 aprile 2008, e determinerà un profondo cambiamento degli assetti organizzativi dell'Area, con una divisione dei compiti insita nelle caratteristiche stesse delle cariche ricoperte. È evidente, infatti, come il Chairman Infermiere, coadiuvato dal Co - Chairman, si troverà ad occuparsi delle problematiche connesse più direttamente alla professione Infermieristica e curerà i rapporti con le altre Associazioni di categoria, mentre il Chairman Medico sarà responsabile

dei rapporti dell'Area con l'ANMCO, con un'Associazione, cioè, di Cardiologi Ospedalieri, per Statuto più rivolta alle problematiche di quest'ultima categoria professionale che a quelle degli Infermieri. A tale proposito è stato inserito nel Regolamento un mansionario che specifica i rispettivi settori di competenza e delinea le modalità e le occasioni di cooperazione delle due dirigenze di Area.
Sarà l'esperienza derivata dalla prassi che, sola, potrà confermare la bontà di questa scelta, fortemente perseguita dall'attuale Comitato di Coordinamento, ma anche accolta con entusiasmo dal Consiglio Direttivo del biennio 2006 - 2008 e, in particolare, dal Presidente allora in carica Francesco Chiarella. A tutti i componenti del Consiglio Direttivo, a tutti i membri del Consiglio Nazionale e, in particolare, a Francesco Chiarella va il nostro ringraziamento per il sostegno incondizionato offerto in questa occasione al Comitato di Coordinamento dell'Area.

Il Censimento Infermieristico delle UTIC

Fra tutte le iniziative portate avanti dall'Area Nursing nel biennio in conclusione, sicuramente quella che lascerà il segno più profondo è il 1° Censimento Nazionale Infermieristico delle UTIC, i cui dati sono stati raccolti fra il mese di marzo e di aprile del 2007, e i cui risultati sono stati presentati in forma completa e definitiva durante il Cardionursing 2007. Sappiamo bene come l'ANMCO abbia la competenza e l'esperienza per portare a compimento progetti di questo tipo, che prevedono il coinvolgimento attivo e contemporaneo della Rete cardiologica nazionale, e questo è stato a suo tempo dimostrato in occasione dello Studio EARISA, ma anche, più recentemente, con gli Studi Blitz 1 e Blitz 2, che hanno portato fondamentali conoscenze sulla situazione gestionale dell'Infarto Miocardico e delle Sindromi Coronariche Acute. È su questa scia virtuosa che si è inserito il Censimento Nazionale Infermieristico delle UTIC, che ha visto la partecipazione diffusa e pressoché totale (circa il 90% la partecipazione attiva finale) delle UTIC italiane, che si sono trovate a rispondere a una serie di domande di natura organizzativa, gestionale e formativa, riguardanti la professionalità Infermieristica all'interno delle nostre Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. I risultati ottenuti, e che sono tutt'ora a disposizione della comunità cardiologica nazionale sul Sito WEB ANMCO alla pagina http://www.anmco.it/aree/elenco/nursing/censimento/, hanno offerto spunti fondamentali per stabilire fin da subito eventuali interventi correttivi e programmatici, ma rappresentano anche la base per monitorizzare i cambiamenti che si verranno a determinare nel tempo in questo ambito e seguirne, possibilmente indirizzandola, l'inevitabile evoluzione.

Conclusioni

Numerose altre sono state le iniziative realizzate dall'Area in questi due anni, fra queste mi piace ricordare il riassetto organizzativo del Cardionursing, che si è immediatamente adeguato alle problematiche economiche vissute nell'anno 2007, portando a compimento un Congresso sicuramente più "snello" rispetto alle precedenti edizioni ma, ci pare, parimenti efficace e apprezzato dalla comunità Infermieristica italiana. Ci sembra doveroso anche ringraziare tutti gli Infermieri che hanno fattivamente contribuito alla realizzazione dello Studio Blitz 3. Credo che senza la collaborazione dei nostri Infermieri di UTIC sarebbe stato molto difficile portare a termine, nei tempi e nella qualità dei risultati ottenuti, uno sforzo così impegnativo e ambizioso, che ha fornito dati di importanza fondamentale per una più moderna gestione delle patologie afferenti alle nostre Unità di Terapia Intensiva Cardiologica.
È con profonda tristezza, infine, che anche a nome del Comitato di Coordinamento tutto esprimo dolore e rimpianto per la perdita della carissima Giulietta Ferranti, che tanto attivamente e con così grande, appassionata tenacia, ha contribuito all'attività organizzativa, scientifica e formativa dell'Area nel corso di tanti anni di fattiva collaborazione. Ciao Giulietta, ci mancherai.
Un saluto a tutti gli Iscritti all'Area, e un ultimo, caloroso invito a partecipare sempre più da vicino e con sempre maggiore energia alle attività di questo minuscolo, ma importantissimo pezzo di ANMCO. Arrivederci!

Ciao Giulietta

Giulietta Ferranti era una bravissima Infermiera della Cardiologia dell'Ospedale di Bentivoglio, che ci ha improvvisamente lasciato in un caldo pomeriggio di fine estate.
Tante persone del mondo ANMCO hanno avuto il piacere di conoscere Giulietta che nell'Area Nursing dell'ANMCO ha profuso un generoso impegno, condotto con serietà, entusiasmo e sempre con la ritrosia di apparire.

La morte prematura di Giulietta ha colpito profondamente tutti quelli che come me hanno avuto il privilegio di conoscerla, lavorarci insieme nei miei anni di incarico di Presidente dell'ANMCO e di Primario della Cardiologia di Bentivoglio, e di apprezzarne le eccellenti qualità professionali ed umane.

Giulietta era una splendida, seria professionista della Sanità che, in un'era di alte tecnologie sanitarie e di efficienza delle diagnosi e delle terapie, considerava ancora prioritario il rapporto umano con il cittadino malato, l'ascolto e la comprensione. Per tutti Giulietta ha rappresentato uno stimolo forte a non dimenticare i valori umani della professione sanitaria.

Nell'Area Nursing dell'ANMCO ha sempre portato un contributo costruttivo nell'organizzazione dell'annuale Cardionursing, ha coordinato Eventi Formativi di Elettrocardiografia e, dopo essere stata Referente di uno Studio pilota condotto presso l'UTIC di Bentivoglio, si era fatta propositrice di uno Studio Infermieristico policentrico sul ruolo dei fattori psicosociali nell'insorgenza delle Sindromi Coronariche Acute. Nella nostra Azienda Sanitaria bolognese stava anche portando avanti con passione progetti di formazione in tema di educazione sanitaria cardiovascolare e counseling. Il suo entusiasmo ha contagiato tante persone.

Ciao Giulietta e grazie anche per quello che hai dato all'ANMCO. Ti ricorderemo sempre con affetto e nostalgia.

Giuseppe Di Pasquale

"Semina
e abbi fiducia:
ogni chicco
arricchirà un
piccolo angolo della terra..."

Giulietta

Perché dovremmo conoscere meglio come prevenire e gestire le cardiopatie nelle donne?

di S. Urbinati, P. Faggiano, C. Castello, F. Colivicchi, M. Uguccioni, C. Riccio, M. Abrignani, S. Pede

L'Area Prevenzione Cardiovascolare, nell'ambito dei suoi programmi educazionali, quest'anno ha voluto riservare un'attenzione particolare al problema del rischio cardiovascolare, della diagnosi e del trattamento delle malattie cardiache nelle donne. Si tratta di un problema emergente che, uscito dal puro ambito epidemiologico, ha investito in maniera importante quello clinico con ricadute che meritano di essere meglio conosciute in maniera da evitare comuni errori di valutazione o terapeutici. A tale proposito sono stati già realizzati corsi residenziali nel biennio 2006 - 2008 a Verona, Firenze e S. Gimignano ed altri due sono in programma per il prossimo anno a Pavia e Lecce e verranno presentati nel Piano Annuale Formativo ANMCO 2009.

Prevenzione e percezione del rischio cardiovascolare nelle donne

Il corso parte dal presupposto, ribadito anche in recenti documenti, che le donne non si auto - percepiscono come soggetti a rischio di eventi cardiovascolari, che i Medici stessi spesso tendono a sottostimare il problema e infine che la presentazione più spesso atipica dei sintomi non contribuisce ad una diagnosi precoce e all'impostazione tempestiva della terapia. A questo proposito sia i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Italiano, sia dati della letteratura internazionale dimostrano come la prevalenza dei fattori di rischio sia differente e come diverso sia il loro significato nelle diverse età evolutive. Un contributo essenziale in questo senso ci viene fornito dalla recente pubblicazione delle Linee Guida dell'American Heart Association che hanno effettuato un ampio e fondamentale update di ciò che si conosce riguardo la prevenzione cardiovascolare nelle donne (Mosca et al., "Evidence based guidelines for cardiovascular disease prevention in women". Circulation 2007). Pochi mesi prima un'ampia Survey americana aveva constatato come la donna abbia un atteggiamento diverso nei confronti della propria salute e come il suo ruolo di "heart keeper" nei confronti della famiglia costituiscano delle condizioni/barriere che il Medico deve conoscere per potere interagire con esse e rendere più consapevole la donna del suo grado di rischio cardiovascolare e della necessità di intervenire per ridurlo (Mosca et al., "National study on woman awareness, prevention action and barriers to cardiovascular health", Circulation 2006). Alcune condizioni come l'ansia e la depressione sono più frequenti, così come è diverso spesso la motivazione che conduce la donna dal Medico e anche il linguaggio con cui racconta i suoi sintomi. Ancora viene sottolineata la necessità che nel pianificare strategie per la prevenzione cardiovascolare nelle donne, più frequentemente di quanto succede tra gli uomini, debba essere favorito lo scambio di esperienze evitando la semplice prescrizione non motivata di raccomandazioni e terapie. Si tratta di un'impostazione innovativa del problema, abituati come siamo più a prescrivere "facili" soluzioni (cosa fare) piuttosto che affrontare le modalità corrette attraverso cui perseguirle (come fare). Nel caso delle donne questa distinzione è assolutamente fondamentale.

La coronaropatia nelle donne è diversa? Una sintomatologia atipica, un ECG spesso controverso, esami diagnostici come il test da sforzo e la scintigrafia miocardica gravati da un'alta percentuale di falsi positivi certo non facilitano l'iter diagnostico per fare diagnosi di coronaropatia nelle donne. Negli ultimi venti anni si è sviluppata una copiosa letteratura sull'argomento e si sono sovrapposte numerose ipotesi sulle cause di questa "atipicità". Quando, di fronte ad esami dal risultato controverso, si decide di effettuare una coronarografia, che dovrebbe dirimere ogni dubbio, si scopre che tra le donne la probabilità di coronarie indenni da lesioni significative è del 60% contro il 15% osservato negli uomini. Malgrado questo verdetto molte di queste donne con coronarie "indenni" continuano a lamentare sintomi e nel complesso, come evidenziato da un recente studio europeo, la prognosi è peggiore. Infatti se da un lato la coronarografia "normale" può essere la dimostrazione della falsa positività di un test non invasivo, in molti altri casi può coesistere una significativa patologia aterosclerotica che la coronarografia stessa non riesce a svelare come nel caso di una malattia localizzata al microcircolo oppure nel caso si sia verificato un "outward remodeling" o rimodellamento vascolare verso l'esterno e quindi non occludente. Questi casi sono stati identificati da indagini effettuate con ecografia intracoronarica.

Perché le donne sono meno trattate? Forse la diversa percezione di malattia

e l'atipicità dei segni clinici e strumentali sono in parte in grado di spiegare perché le donne sono meno trattate degli uomini quando hanno una cardiopatia. Nanette Wenger ha sostenuto polemicamente che per troppi anni nei confronti delle donne c'è stato quello che ha chiamato "Bikini approach", caratterizzato da un'attenzione quasi esclusiva per le patologie dell'apparato riproduttivo e del seno, con scarsa attenzione per tutto il resto. Un'altra ricercatrice americana Bernardine Healey ha evocato invece la "Sindrome di Yentl" secondo la quale tutto quanto si è dimostrato efficace nell'uomo viene applicato alle donne, senza tenere conto delle diversità fisiopatologiche esistenti. E anche questo è un approccio sbagliato. Nelle Sindromi Coronariche Acute tutti i maggiori registri evidenziano che le donne sono meno sottoposte a coronarografia e a procedure interventistiche, mentre le principali casistiche cardiochirurgiche evidenziano anche che le donne sono meno sottoposte a rivascolarizzazione coronarica oppure vi accedono più tardivamente. Infine persino le Survey sull'utilizzo della riabilitazione cardiologica dimostrano un meno frequente ricorso a questo tipo di intervento, così importante nella fase postacuta dopo un evento cardiovascolare.

Il Cardiologo interagisce con il Ginecologo: tanti dubbi e poche certezze.

La specificità della donna rende ragione della necessità di una maggiore interazione tra Ginecologi e Cardiologi soprattutto in tre situazioni: quando viene prescritta una terapia ormonale anticoncezionale, nel caso in cui sia necessario decidere se programmare o meno una gravidanza in presenza di una cardiopatia e nel caso di prescrizione della terapia sostitutiva in età menopausale.

È assolutamente importante che anche il Cardiologo conosca le (poche) controindicazioni relative all'uso degli estro - progestinici ai fini anticoncezionali e naturalmente è essenziale che, in caso di cardiopatia, conosca quali sono i rischi cui va incontro la donna cardiopatica che affronta una gravidanza sia per consigliarla in anticipo (eventualmente ad evitarla), sia, quando la gravidanza è in corso, per sapere come gestire monitoraggio e terapia al fine di evitare le possibili complicanze per la madre e per il feto. A questo proposito il documento di riferimento è rappresentato dalle Linee Guida europee pubblicate nel 2003 (Oakley et al., "Expert consensus document on management of cardiovascular disease during pregnancy", Eur Heart J 2003).

Infine per quanto riguardo la menopausa, dopo una serie di Studi che avevano suggerito un ruolo preventivo per la terapia ormonale e la pubblicazione dello studio WHI (Women Health Iniziative), che invece ha dimostrato un aumentato rischio di eventi cardiovascolari ora è arrivato il momento di riconsiderare criticamente i risultati (notissimi e già molto commentati) riguardo all'assunzione di ormoni in epoca post - menopausale. Un'analisi dei dati del WHI deve partire dalla riflessione che l'età media delle donne arruolate era di 64 anni, quindi si trattava di soggetti che avevano cominciato tale assunzione tardivamente, più di dieci anni dall'inizio della menopausa, e che l'avevano proseguita per lunghi periodi di tempo. Inoltre in questa popolazione altri importanti fattori di rischio come l'ipertensione arteriosa e l'obesità erano assolutamente sotto trattati. Nel mondo reale invece la somministrazione di estro - progestinici, effettuata precocemente dopo l'inizio della menopausa e proseguita per periodi brevi, potrebbe essere al contrario utile e protettiva.

Conclusioni

Nel complesso emerge che la percezione di malattia, le modalità di presentazione, la fisiopatologia delle principali cardiopatie e anche la maniera in cui la donna reagisce al trattamento costituiscono delle specificità che devono essere ben conosciute e considerate sia nella definizione del percorso diagnostico sia nell'identificazione del trattamento più idoneo. In questo senso il commento critico della letteratura più recente e il confronto con gli esperti è essenziale per colmare un gap conoscitivo che, come conseguenza pratica, ha portato finora ad un altrettanto grave ed allarmante gap nella gestione e nel trattamento delle donne.

Futuri obiettivi della ricerca clinica e problemi irrisolti nello Scompenso Cardiaco

di F. Oliva e M. Senni

Delineare quelli che dovranno essere nell'imminente futuro gli obiettivi della ricerca ha chiaramente un'importanza vitale in un ambito dove i dati epidemiologici sono sospinti da un progressivo invecchiamento della popolazione. Questo "brain storming" deve essere sostenuto e coordinato dalle Società Scientifiche che dovrebbero avere un ruolo di primo piano come consulenti dell'industria e delle istituzioni. Le Società Scientifiche dovrebbero garantire il coinvolgimento in questo processo non solo, come spesso avviene, di opinion leader e grandi esperti nel disegno di trial ma di clinici competenti che continuando in prima persona a lavorare sul campo hanno il polso delle vere esigenze nella cura del paziente. Quelle che anni fa erano caratteristiche convergenti nelle stesse persone si sono poi inevitabilmente affinate in figure con ruoli diversi nella Medicina moderna; è fondamentale che entrambe siano coinvolte, collaborino strettamente e condividano gli obiettivi. Questo procedimento può assicurare il mantenimento del contatto tra ricerca e realtà clinica quotidiana garantendo anche un successivo adeguato arruolamento di pazienti negli studi. I risultati degli ultimi grandi trial hanno evidenziato come sia difficile riuscire a dimostrare il beneficio di nuove classi di farmaci "on top" ai trattamenti raccomandati per lo Scompenso Cardiaco in ampie popolazioni. Per contro nel mondo reale ci confrontiamo con sottogruppi di pazienti che impegnano moltissimo in termini sia di risorse umane che economiche, per i quali percepiamo maggiormente la difficoltà nel riuscire a curarli. È quindi probabilmente il momento di porre l'attenzione della ricerca su alcuni di questi sottogruppi, su quelli maggiormente rappresentati e/o a maggior impatto economico per la comunità.

Scompenso Cardiaco Acuto

I dati disponibili, amministrativi e provenienti dai Registri, indicano un progressivo e costante incremento dei ricoveri per Scompenso Cardiaco; continuiamo sostanzialmente a trattare i pazienti con le stesse terapie da molti decenni e i pochi trial che hanno testato nuovi farmaci hanno dato esito neutro. Un errore originale in questo ambito è probabilmente cercare di trattare nello stesso modo pazienti che hanno spesso, non sempre, la stessa sindrome (o simile) ma con eziologia e meccanismi fisiopatologici molto diversi tra loro. Le analisi per sottogruppi di alcuni trial, pur con i loro limiti metodologici, sembrerebbero avvallare questa ipotesi. Uno degli aspetti che rende più impegnativa la cura dei pazienti con Scompenso Acuto è la concomitante presenza di insufficienza renale; l'associazione di disfunzione cardiaca e renale ha risvolti prognostici ma anche economici, per il significativo prolungamento dei tempi di ricovero. Il testare quindi trattamenti della fase acuta in specifici gruppi di pazienti (es. vaptani in pazienti iponatriemici, levosimendan in pazienti con Scompenso noto in trattamento cronico con beta - bloccante) e cercare il miglior approccio terapeutico per la sindrome cardio renale, definendo i tempi migliori per ciascun tipo di intervento, potrebbero essere due importanti filoni di ricerca.

Scompenso Cardiaco avanzato/refrattario

Questi pazienti, pur essendo una minoranza sono inevitabilmente in continuo aumento, sono quelli che comportano i costi maggiori per la comunità, per la gran parte correlati alle recidive di acuzie. I trattamenti raccomandati sono spesso insufficienti, il trapianto cardiaco è un'opzione per pochi, limitato cronicamente dalla carenza di donatori. In questi pazienti la prevenzione delle recidive, l'evitare l'instaurarsi di un danno d'organo extracardiaco e il mantenimento di un adeguato stato nutrizionale sono fondamentali da un punto di vista prognostico. Crediamo vi possa essere in questi soggetti lo spazio per testare trattamenti con possibili effetti cardioprotettivi e/o nuove strategie/programmi di management per ridurre le recidive di Scompenso.

Terapie elettriche

Esistono in questo ambito ancora molte zone grigie pur avendo questi trattamenti dimostrato di essere in grado di modificare la prognosi dell'insufficienza cardiaca. Per quanto concerne la resincronizzazione, che riguarda un numero minore di pazienti, non si riescono ad identificare sicuri criteri di indicazione oltre all'ampiezza del QRS e vi è una fase di comportamenti non uniformi da parte dei centri deputati all'impianto. Per quanto concerne il defibrillatore siamo molto estensivi nell'indicazione ma sappiamo che in molti casi non interverrà mai ed in alcuni casi lo farà in modo inappropriato. Consi-

> “I recenti risultati non positivi di vari trial condotti su pazienti con insufficienza cardiaca acuta e cronica evidenziano la necessità di modificare l’approccio alla ricerca in questo ambito e confermano l’importanza di migliorare il management gestionale di questi pazienti”

derando anche i costi dei device è auspicabile uno sforzo per identificare i pazienti a maggiore probabilità di beneficio.

Disfunzione diastolica

Lo Scompenso Cardiaco è una patologia dell’anziano, fascia d’età in cui colpisce in modo uguale il sesso maschile e femminile. In questi soggetti l’insufficienza cardiaca si associa ad altre importanti comorbidità e spesso la funzione sistolica è conservata.
La Cardiologia si è sempre occupata poco di questi pazienti, per i quali al momento non abbiamo evidenze specifiche in ambito terapeutico, limitandoci a trattare i sintomi e le patologie associate. È il momento di rivolgere l’attenzione in modo più adeguato a questi soggetti, che costituiscono una realtà in espansione, pianificando protocolli di ricerca con gli altri attori coinvolti. Capire il ruolo del diabete, della broncopneumopatia cronica e dell’anemia nello sviluppo e nell’aggravamento della disfunzione cardiaca sarebbe fondamentale anche per identificare i trattamenti farmacologici più appropriati per i vari sottogruppi con lo scopo di prevenire le frequenti riospedalizzazioni.

Cardiomiopatia da agenti antineoplastici

È indubbiamente questo un altro capitolo di rilevante interesse. La severità del danno tossico a carico del cuore provocato da chemioterapici o da altri agenti antineoplastici dipende da molti fattori quali il sito molecolare d’azione del farmaco, la dose somministrata in acuto e quella cumulativa, le modalità di somministrazione e le condizioni cardiache di base. La cardiotossicità si può già manifestare in acuto ma anche a distanza di mesi o anni vanificando i buoni risultati ottenuti nella cura della neoplasia. La ricerca si dovrà occupare in futuro di identificare quali sono i pazienti a rischio di sviluppare danno miocardico ma fondamentale è anche perfezionare, condividendoli con gli Oncologi, protocolli di sorveglianza dei pazienti sottoposti a trattamento; l’esperienza maturata nell’ambito del danno da antracicline ci ha infatti insegnato che una precoce identificazione e un trattamento tempestivo possono ridurre lo sviluppo di manifestazioni cliniche.

I Registri

Un altro aspetto fondamentale per la ricerca cardiologica, oltre che focalizzare l’attenzione su particolari gruppi di pazienti, è quello di proseguire sulla strada che la nostra Società Scientifica ha intrapreso da molti anni e che ci ha caratterizzato: la partecipazione ai Registri. Il nuovo Registro IN - HF è il primo ad includere pazienti con Scompenso Acuto e Cronico, è uno strumento fondamentale per fotografare il mondo reale, per identificare i problemi clinici più rilevanti, per pianificare successivi studi mirati. Una sfida ulteriore per i prossimi anni sarà quella di coinvolgere nel Registro, come è già avvenuto in survey come il Temistocle, anche reparti di Medicina per acquisire dati più completi sulla popolazione dei pazienti con Scompenso Cardiaco.

I trattamenti chirurgici

Le terapie chirurgiche (rivascolarizzazione, chirurgia riparativa della mitrale, procedure di rimodellamento ventricolare) possono cambiare positivamente la storia di alcuni pazienti con insufficienza di pompa, tuttavia fanno parte oggi del bagaglio terapeutico di pochi centri selezionati. L’impianto di sistemi di assistenza ventricolare meccanica nei pazienti refrattari, approvati non solo come trattamento ponte al trapianto ma anche come terapia di destinazione, si sta diffondendo, favorito dai miglioramenti tecnologici e dalla limitata disponibilità del trapianto cardiaco. Lo sforzo anche in questo ambito di raccogliere i dati in Registri nazionali può favorire una più ampia diffusione delle conoscenze e una crescita culturale, rendendo disponibile per un maggior numero di soggetti queste possibilità di trattamento.

Il miglioramento delle cure per lo Scompenso Cardiaco che potrebbe conseguire da una ricerca scientifica più mirata e dall’acquisizione di più ampi dati nel mondo reale non può tuttavia prescindere dal proseguimento di quel faticoso cammino di implementazione a livello regionale e locale del “Documento di Consenso sui Modelli Gestionali”. Fondere ricerca e management, coinvolgendo tutti gli attori con ruoli tecnici e decisionali, è infatti l’unica strada possibile per garantire ai nostri pazienti un adeguato livello assistenziale.

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.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/

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/

Figura 1

I progetti futuri del rinnovato Consiglio Direttivo Regionale

di Laura Lalla Piccioni

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale intende continuare i progetti avviati nel 2006 e proseguire il percorso della formazione e dell'implementazione delle Reti assistenziali.

Progetti realizzati nel biennio 2006 - 2008: MUMA

Il biennio 2006 - 2008 ha visto la realizzazione di una importante collaborazione interregionale tra Marche, Umbria ed Abruzzo (MUMA) ed i rispettivi Consigli Direttivi Regionali hanno desiderato ufficializzare questa intesa con il Convegno ANMCO interregionale svoltosi a S. Benedetto del Tronto dal 10 al 12 aprile 2008.
Questo evento ha rappresentato un sincero ed entusiastico momento associativo unitamente a contenuti scientifici di rilievo. Si è inoltre proceduto al rinnovo congiunto dei rispettivi Consigli Direttivi Regionali.
Inutile dire che il successo della manifestazione ha superato ampiamente le aspettative iniziali con l'impegno di continuare a collaborare attivamente nel biennio appena iniziato. Da sottolineare, oltre all'intesa scientifica, anche un'intesa nelle scelte di natura programmatica ed elettorale nonché prettamente istituzionali nell'ambito dell'Associazione.

La Formazione

Per quanto riguarda la Formazione, nel mese di marzo 2008 la nostra regione ha dato inizio alla Campagna Educazionale Nazionale "Cardiologie Sicure: la gestione del rischio clinico". C'è stato infatti il primo incontro a livello nazionale venerdì 28 marzo a Montesilvano (Figura 1). Notevoli l'interesse destato e la partecipazione registrata da parte degli operatori sanitari (Soci e non) grazie anche al brillante intervento della Dott.ssa Sandra Niccolai e del Giudice Gaetano Siscaro.
L'incontro ha stimolato un particolare interesse da parte delle Istituzioni, testimoniato dal Patrocinio dell'Assessorato alla Sanità e dall'intervento costruttivo di rappresentanti dell'Agenzia Sanitaria Regionale, per cui si è realizzato un confronto ed una comunità di intenti finalizzati a diffondere la cultura del rischio clinico e le conseguenti misure da intraprendere per limitare l'errore umano in Medicina. Un'altra importante iniziativa che ha avuto il suo avvio nella prima parte del 2008, con completamento nella seconda parte dell'anno, a cui la nostra regione ha aderito con grande entusiasmo, è costituita dal "Corso di Clinical Competence del

Cardiologo dell'UTIC". Si desidera ribadire, da parte del Consiglio Direttivo Regionale, il rilievo dell'iniziativa ai fini di stimolare e perfezionare non solo la preparazione e l'attività soprattutto dei giovani Cardiologi, ma la rinnovata attenzione che viene data all'aspetto clinico e terapeutico dello specialista Cardiologo. Infatti "l'atmosfera" spesso esasperatamente "tecnica" e "tecnicistica" in cui ci si trova ad operare comporta il progressivo e deleterio impoverimento della Cardiologia clinica e delle capacità di counseling. Speriamo vivamente che l'iniziativa non solo prosegua ma vi sia anche la possibilità di poterla estendere ad un numero sempre crescente di Cardiologi.

Progetti futuri: il biennio 2008 - 2010

Il rinnovato Consiglio Direttivo Regionale si propone di continuare il percorso interregionale avviato nel precedente biennio, al via quindi la progettazione di iniziative congiunte del MUMA. Inoltre il Consiglio Direttivo si è trovato subito ad affrontare un primo importante impegno, rispettando il piano di programmazione nazionale, ossia l'organizzazione della Campagna Educazionale Nazionale "Ritardo evitabile", evento che si è tenuto sabato 18 ottobre a Sulmona (Figura 2).

La Campagna è focalizzata, a nostro avviso, sul lodevole obiettivo di mantenere vivo l'interesse e quindi l'impegno per poter raggiungere un livello di preparazione e di pianificazione regionale tale da garantire la realizzazione di percorsi diagnostico - terapeutici efficaci (Reti interospedaliere e Reti ospedale - territorio). Inoltre indipendentemente da quelle che sono le varie realtà regionali, spinge gli operatori sanitari coinvolti ad effettuare una seria analisi ed un bilancio della situazione con conseguenti modifiche o correzioni dei rispettivi percorsi di attività. A proposito poi del personale coinvolto condividiamo con il Consiglio Direttivo ANMCO del Friuli Venezia Giulia l'opportunità del coinvolgimento degli Infermieri che sempre forniscono un contributo essenziale alla realizzazione dei progetti in Ospedale e sul territorio. Questo incontro è stato realizzato in un momento molto particolare e difficile della vita istituzionale della Regione. Non ci soffermeremo certo ad analizzare le vicende ormai tristemente note della Sanità abruzzese, ma preme sottolineare che vi è stato il massimo impegno perché l'incontro potesse diventare un nuovo punto di partenza e di collaborazione scientifica ed istituzionale, non esiste infatti soltanto l'aspetto negativo della realtà locale ma anche e soprattutto quello positivo fatto di studio, lavoro, serietà.

L'impegno è teso alla prosecuzione di un dialogo già intrapreso con le Istituzioni per l'implementazione delle Reti per l'Emergenza e per l'assistenza territoriale dello Scompenso Cardiaco. Sono stati illustrati solo alcuni punti degli impegni presenti e futuri ma i progetti sono numerosi e nonostante il momento di seria difficoltà in cui il Consiglio Direttivo Regionale si trova ancora una volta ad operare siamo sicuri che la continuità e la volontà non verranno meno e rinnoviamo l'appello ai Soci di continuare a partecipare e sostenere l'Associazione.

Figura 2

Collaborazione Associazioni Specialistiche - Associazioni di Volontariato

di Francesco Paolo Calciano

Figura 1

Il bisogno di salute in nazioni evolute tende ad aumentare ed occorre intervenire per razionalizzare l'utilizzo delle risorse, promuovere abitudini individuali e familiari tali da preservare una buona salute. La prevenzione è uno strumento importante.
Importante è un'informazione corretta, portando i più a condividere la messa in campo di comportamenti salutari. Questi sono alcuni temi sui quali può collaborare un'Associazione di Volontariato. In un piccolo paese della Basilicata, Grassano, a circa 40 chilometri da Matera, è attiva da cinque anni l'Associazione Amici del Cuore di Grassano, che si occupa d'informazione e prevenzione cardiovascolare, collaborando con le realtà cardiologiche locali.
La prevenzione primaria, coinvolgendo i giovani, è parte centrale dell'attività associativa come anche la collaborazione con i Cardiologi, con l'ANMCO Basilicata e – per il progetto dell'Anno Scolastico 2007/2008 – anche con la Fondazione per il Tuo cuore - Heart Care Foundation onlus (Tabella 1). Importante è anche il coinvolgimento degli specialisti delle altre branche e delle altre Associazioni presenti sul territorio, nonché la diffusione delle conoscenze, delle pratiche salutari sul territorio. Molti sono gli incontri periodici tra cittadini e specialisti per presentare il territorio, far conoscere le realtà e le metodiche presenti.
Due sono gli ambiti prioritari per la prevenzione: la famiglia e la scuola. Il ruolo centrale è senz'altro quello della famiglia. La scuola ha spazio su questi temi, ma occorre non caricarla d'ogni attesa. I progetti scolastici offrono utili risultati se hanno una finalità chiara, sono portati avanti con costanza, se vi è la condivisione piena da parte dei ragazzi. Fiore all'occhiello dell'Associazione è il Progetto "Cuore Amico Grassano", una rete di prevenzione territoriale della Morte Improvvisa, basata sulla preparazione adeguata e certificata di personale "laico" e sulla distribuzione territoriale di defibrillatori semiautomatici. "Abbiamo realizzato il progetto con la collaborazione di Basilicata Soccorso. Molti i laici preparati ed abilitati con i Corsi di BLS - D", chiarisce il Presidente dell'Associazione.
Due i DAE acquistati con il contributo di commercianti ed artigiani e con l'impegno economico diretto da parte dell'Associazione. Sono stati installati in nicchie esterne (Figura 1) in punti strategici dell'abitato. Ogni first responder è munito di maschera per la respirazione. Due i telefoni cellulari, che ruotano tra i first responder, con disponibilità 24h/die in contatto con la centrale del 118. Periodicamente "Basilicata Soccorso" programma corsi di retraining per i first responder. Attività fisica e alimentazione sono gli altri temi trattati.
Sono state organizzate manifestazioni per i bambini, per raccontare loro fiabe e dare a loro e ai genitori il messaggio sull'importanza del consumo della frutta. Le manifestazioni che promuovono l'attività fisica terminano ai banchi dove è offerta a tutti della frutta.
Settembre 2008 è stato un mese impegnativo. Il 6 settembre c'è stata una manifestazione alle ore 22.00 in un pub: "Dalla parte dei ragazzi: prevenzione degli incidenti stradali". I temi trattati sono stati:
- incidenti più frequenti tra i giovani in Basilicata;
- prevenzione degli incidenti stradali;
- effetti dell'alcol sulla guida.

I ragazzi non hanno risposto, rare le presenze. Alcune motivazioni sono state: "il problema non c'interessa", "io non bevo", "bevo poco e non guido".
Fuori i ragazzi c'erano, alcuni con le birre in mano. Altre volte, su problemi più ostici, come la prevenzione dell'arresto cardiaco, i ragazzi hanno partecipato. A volte solo episodi forti scuotono le coscienze, ma il nostro scopo è operare preventivamente per evitare episodi "forti". Cosa fare allora? Alcol e guida, nonchè i danni da abuso di alcol sono tra gli argomenti alla base dei progetti scolastici 2008 - 2009. L'Associazione inoltre si è fatta promotrice di un comunicato stampa (Tabella 2) con il quale ritorneremo dai ragazzi, per strada, a ribadire le conseguenze deleterie degli effetti dell'alcol alla guida. Ricorderemo

ASSOCIAZIONE AMICI DEL CUORE ONLUS
ADERENTE AL CONA - Cuore
GRASSANO

ANMCO Basilicata

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

Progetto scolastico 2007 - 2008

A - STILE E VITA E CURA DEL CORPO

B - ARRESTO CARDIACO E RETE INTEGRATA TERRITORIALE DI PRONTO INTERVENTO

A
Soggetti interessati:
a Istituti scolastici
b Associazione amici del cuore Grassano
c ANMCO Basilicata
d Heart Care Foundation
e U.O. Cardiologia Matera
f Angiologia Matera
g Laureata in Scienze della Formazione
h Specialista in Medicina dello Sport

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

B
Soggetti interessati:
a Istituti scolastici
b Associazione amici del cuore Grassano
c ANMCO Basilicata
d Heart Care Foundation
e U.O. Cardiologia Matera
f Angiologia Matera
g Basilicata Soccorso
h Pronto Soccorso

- Preparare, se possibile, gruppi di 10/20 tra ragazzi, personale scolastico, insegnanti, con corsi di BLSD;
- Valutare l'acquisto di defibrillatori da collocare strategicamente in nicchie esterne;
- Elaborare proposte condivise in tema di prevenzione e pronto intervento in caso d'arresto cardiaco (protocollo da utilizzare nelle manifestazioni dove concorrono molte persone, formare giovani che possano intervenire nei luoghi da loro frequentati).

Tabella 1

che è possibile prevenire gli incidenti stradali, ed è possibile coniugare divertimento e sicurezza.
Il 28 settembre, in occasione della Giornata Mondiale del Cuore, c'è stato un doppio appuntamento: al mattino la XII Giornata della prevenzione cardiovascolare, con il controllo di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, circonferenza addominale.
Dai 5 ai 18 anni e dai 35 ai 55 anni, controllo del glucosio e del colesterolo totale, mentre per i cardiopatici e affetti da malattie broncopolmonari la misurazione della saturazione O2.
Al pomeriggio tutti hanno partecipato a una passeggiata di circa 5 chilometri per le vie del Paese.

ASSOCIAZIONE AMICI DEL CUORE ONLUS
ADERENTE AL CONA - Cuore
GRASSANO

COMUNICATO STAMPA AGOSTO 2008

Le notizie tragiche riguardanti gli incidenti stradali che interessano i giovani e che spesso sono in relazione ad un pericoloso binomio rappresentato da alcol e guida ripropongono l'attualità di proposte che abbiamo presentato in un progetto scolastico nell'Anno Accademico 2007 - 2008.
Proposte basate su informazione e sensibilizzazione verso i ragazzi e verso le famiglie e proposte pratiche per quanto attiene a controlli, a richiami, a comportamenti corretti.
Riproponiamo e ripresentiamo le proposte oggetto di una Lettera aperta su questi temi:

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

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

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

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

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

Ed ancora:

Campagna informativa sui pericoli tra alcol e guida da effettuarsi alle ore 23.00 nei locali frequentati dai giovani.

Campagna informativa tramite i mezzi di comunicazione di massa, in primis le radio, con richiami periodici durante le trasmissioni notturne all'importanza di non guidare se si sono assunte bevande alcoliche.

Chiedere lo collaborazione su questi temi anche ai dj (disc jockey) e a coloro che presentano in manifestazioni rivolte ai giovani.

Programmare nell'Anno Scolastico 2008 - 2009, nell'ambito delle assemblee d'istituto, a cadenza trimestrale, incontri di un'ora circa, con la partecipazione anche dei genitori, su alcol e guida, effetti dell'alcol sulla guida, prevenzione degli incidenti stradali.

Importante coinvolgere ragazzi e famiglie se si vogliono ottenere risultati significativi.
L'impegno deve essere organico con richiami periodici se si vuoi cercare d'incidere positivamente su questi problemi.
I ragazzi devono diventare attori principali coinvolgendoli attivamente.
I risultati in questo caso arrivano.

Lucia Bolettieri, Presidente dell'Associazione

Tabella 2

Queste iniziative nascono dall'entusiasmo, dalla profonda convinzione dell'importanza della corretta informazione e della prevenzione come strategie di base per migliorare la salute del cittadino e partono dalla consapevolezza che una corretta sinergia, nel rispetto delle peculiarità, responsabilità, conoscenze, può dare risultati importanti.
Insieme gli ostacoli si superano.

Riprendono le attività del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria

di Marilena Matta

> “Studia il passato se vuoi prevedere il futuro”
>
> Confucio

Il Consiglio Direttivo ANMCO Calabria ha iniziato l’attività di programmazione per il biennio 2008 - 2010 con entusiasmo facendo anche i conti con due anni di frenetiche e costruttive iniziative culturali formative e scientifiche.
Antonio Butera continua la Presidenza della Regione ANMCO Calabria e nella seduta del Consiglio Direttivo Regionale del 7 settembre, ha cominciato i lavori facendo gli auguri al Dott. Mario Chiatto, nuovo Editor di “Cardiologia negli Ospedali”, nomina che riempie di orgoglio conoscendo le sue qualità organizzative ed editoriali, ed ha anche ricordato i brillanti risultati che il precedente Consiglio Direttivo ha ottenuto in due anni di attività. È stato sottolineato anche, con un pizzico di disappunto e rammarico, la distanza ormai assodata, malgrado i numerosi sforzi effettuati, con le Istituzioni Regionali (Assessorato alla Salute) in un momento decisivo nella nostra Regione in cui si sta elaborando il Piano Sanitario Regionale e la Rete dell’Emergenza in particolare. Per questo Piano Regionale in tutta la regione fervono le aspettative perché l’approvazione del Piano Regionale è l’atto finale, l’epifenomeno di un programma di ristrutturazione che sta vivendo momenti innovativi nella politica sanitaria calabrese che ha visto come atto iniziale l’accorpamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) e il riordino degli Ospedali con mobilità del personale e riassestamento di varie Unità Operative. L’ANMCO sicuramente in questa fase avrebbe potuto dare un contributo notevole per il riordino della Cardiologia calabrese (soprattutto nell’organizzazione della Rete per le Emergenze)!
La coscienza critica del Presidente Butera ha avvistato nel biennio trascorso, aspetti positivi (tanti) ma anche aspetti negativi che meritano ora di essere analizzati, studiati e di conseguenza migliorati.
Il convegno “Gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta: la necessaria integrazione tra cure ed organizzazione”, organizzato dalla Divisione di Cardiologia dell’Ospedale Civile dell’Annunziata di Cosenza, ha sviluppato un argomento di grande attualità per l’ormai imminente attivazione della Rete per l’Emergenza cardiologica in Calabria, obiettivo da tempo indicato come fondamentale dall’ANMCO calabrese. Erano presenti infatti i rappresentanti dei centri Hub della regione e di tutti i presidi cardiologici con Pronto Soccorso della Provincia di Cosenza.
Durante il Convegno si è sottolineato il ruolo ancora attuale, nella nostra realtà regionale, della trombolisi, e l’opportunità e la “risorsa” di quella pre - ospedaliera, in quei contesti geografici ed organizzativi nei quali non sia raggiungibile in tempi rapidi la UTIC più vicina o il centro Hub.
Il confronto tra trombolisi ed angioplastica primaria non è stato inquadrato come un “match” tra rivali, ma come un’alleanza volta a conseguire lo stesso risultato, e cioè una riperfusione precoce, completa e stabile, utilizzando di volta in volta la strategia dettata dalle condizioni logistiche, dalla tempistica e dalle caratteristiche cliniche del paziente. Si è illustrata la situazione dell’angioplastica primaria

Duomo di Cosenza, Santuario della Vergine S.S. del Pilerio

in Calabria, in base ai recenti dati sul 2007 del GISE, ed infine si è presentato il progetto per la Rete dell'Emergenza cardiologica in Calabria per implementare l'angioplastica primaria con efficienza e sicurezza su tutto il territorio regionale. Una continuazione "naturale" di questo evento è quello che si è tenuto il 25 novembre, sempre a Cosenza, nel contesto della Campagna Educazionale Nazionale sul Ritardo Evitabile. Il risultato è stato una "fotografia" della situazione calabrese per quanto riguarda l'organizzazione della Rete dell'Emergenza con la partecipazione dei decisori pubblici.

La programmazione del 2008 - 2010 ha registrato un cambiamento di intenti rispetto agli anni precedenti: "il Congresso Generalista" che si terrà nell'autunno del 2009 dovrà mirare ad analizzare e discutere oltre che di problemi scientifici anche di problemi gestionali ed organizzativi, inoltre è stata rimarcata anche la presenza di un congresso targato "ANMCO" considerando la scarsa collaborazione che nel biennio trascorso si è avuta con le altre associazioni cardiologiche regionali. Interessante anche l'istituzione di una task - force per l'attività congressista e culturale che dovrà proporre e programmare eventi regionali.

Sono state formulate le proposte per il Piano Annuale Formativo 2009 e si sono indicati i seguenti eventi:

1. Campagna Educazionale Nazionale sui pazienti ad alto rischio, il 24 gennaio 2009 a Cosenza;
2. Corso per infermieri (slittato per motivi di sponsorship dal 2008), ora esteso anche ai Medici, il 7 febbraio 2009 a Soriano (VV);
3. La Risonanza Magnetica cardiaca: confronto con le altre metodiche di imaging, il 13 febbraio 2009 a Lamezia Terme;
4. Corso base ed avanzato di elettrocardiografia clinica, il 6 - 7 marzo a Cosenza;
5. Prevenzione secondaria nella cardiopatia ischemica, il 18 aprile 2009 a Cariati (CS);
6. Diagnosi e trattamento dell'insufficienza aortica, il 6 maggio 2009 a Catanzaro.

Per il prosieguo dell'attività formativa ed educazionale nelle scuole è stato confermato l'impegno collegato alla Fondazione per il Tuo cuore - HCF sulla scia del notevole successo ottenuto lo scorso anno soprattutto nelle scuole medie di Pianopoli e Catanzaro, dove si è svolta una fantasmagorica cerimonia conclusiva con la partecipazione massiva ed entusiasta di professori ed alunni. Quest'anno la Calabria inizierà un progetto dal titolo "Cuore - Alimentazione - Attività fisica". La pianificazione prevede il coinvolgimento di numerosi istituti scolastici. Pertanto il progetto dal titolo "Andiamo a scuola di cuore", che tanto interesse e fermento ha suscitato lo scorso anno, verrà integrato con il progetto della Fondazione per il Tuo cuore - HCF che ha lo scopo di calare nella realtà scolare la tematica della prevenzione in modo tale che venga raggiunta la stragrande maggioranza della popolazione giovanile. Il progetto è inserito nelle scuole di ogni ordine e grado perché è ormai chiaro il concetto che la scuola deve essere il luogo privilegiato dell'educazione alla salute in ogni fase del percorso scolastico. La novità in questo progetto è il coinvolgimento dei genitori, i quali in prima persona sono responsabili della nutrizione dei figli, e la verifica finale dei risultati del progetto sul cambiamento dello stile di vita.

A "Il cuore oggi e domani 2008" premiato il Prof. Attilio Maseri

di Filippo Gatto

Si è rinnovato ancora una volta il 9 e 10 ottobre presso il Centro Congressi dell'Hotel Ariston, all'ombra degli storici templi di Paestum, l'undicesimo corso annuale di aggiornamento in Medicina Cardiovascolare "Il cuore oggi e domani 2008" promosso ed organizzato dalla U.O. di Cardiologia - UTIC dell'Ospedale S. Luca, ASL 3 di Vallo Della Lucania, con il patrocinio dell'AMNCO e presieduto dal Dott. Giovanni Gregorio, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare dell'ASL SA/3 di Vallo della Lucania e Presidente della Regione ANMCO Campania.

L'iniziativa rivolta a Cardiologi, Medici internisti, di continuità assistenziale, di emergenza e a personale tutto interessato a problematiche cardiologiche quest'anno ha…tracimato.

La partecipazione di oltre 2.200 persone e l'alto livello dei Relatori e Moderatori ha ancora una volta confermato l'attenzione viva e attenta della comunità medica alle problematiche cardiovascolari. "Il cuore oggi e domani" si conferma ancora una volta come "la messa a punto, scientificamente rigorosa ma anche estremamente pratica delle conoscenze e dei traguardi raggiunti dal mondo cardiologico, ma è al tempo stesso una esplorazione sulle questioni che caratterizzeranno il futuro; è per dirla con una metafora, che richiama il logo della manifestazione, un tuffo sulle certezze e i dubbi dell'oggi ed uno slancio verso il domani ricco di innovazioni, problemi e prospettive."

La partecipazione entusiasta anche quest'anno del Consiglio Direttivo dell'ANMCO, di autorevoli Relatori e Moderatori provenienti da Centri Cardiologici di "Eccellenza" di ogni parte della Penisola ha confermato ancora una volta l'attenzione della comunità scientifica verso la "periferia", memori di quanto già ammoniva Eraclito circa cinque secoli prima dell'avvento di Cristo, nel momento in cui vedeva la luce la città di Paestum, che "gli uomini cercano le scienze nei loro piccoli mondi privati e non nel grande mondo a tutti comune"; e conferma che non può esserci vera conoscenza senza confronto con altrui esperienze, con la condivisione di metodi ed una compartecipazione nell'identificare e raggiungere obiettivi comuni.

L'iniziativa che si è svolta in contemporanea in due sale, quest'anno si è articolata in percorsi didattici omogenei per consentire ad ogni partecipante di scegliere il percorso più opportuno, ed ha visto il coinvolgimento di oltre cento tra Relatori e Moderatori. Gli argomenti hanno spaziato dall'organizzazione sanitaria, a problematiche professionali, dalle SCA, allo scompenso, dalle valvulopatie alle arteriopatie, dalla diagnostica invasiva e non fino alla terapia, dalla problematiche assistenziali al cardiopatico fino al rischio clinico

Il Prof. Attilio Maseri dopo la consegna della Targa della Scuola Medica Salernitana

in Cardiologia. La grande affluenza fin dall'inizio ha confermato che le scelte organizzative hanno incontrato l'interesse e la condivisione dei partecipanti, visto che le aule - come ha argutamente sottolineato il Presidente dell'ANMCO Salvatore Pirelli - sono rimaste affollate fino al termine, nonostante che su tutti pesassero due giornate piene di lavori ininterrotti.
L'evento clou della manifestazione si è avuto la mattinata del 9 ottobre quando il Prof. Attilio Maseri, Presidente della Fondazione italiana per il Tuo cuore - HCF, ha tenuto la sua Lettura Magistrale su "Conquiste e sfide della ricerca in Cardiologia", che a definirla eccellente appare riduttivo.
La mattinata del 10 ottobre ha visto la cerimonia di consegna da parte del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Salerno, Dott. Bruno Ravera, eminente e storica figura di Primario Cardiologo, della targa della Scuola Medica Salernitana, Premio alla carriera al Prof. Attilio Maseri. Grande e commovente è stato l'entusiasmo e l'ovazione della platea degli oltre 2.000 presenti, che hanno accolto tale evento con un caloroso applauso durato diversi minuti.
Dal punto di vista organizzativo tutto o quasi si è svolto regolarmente tenendo presente che il tutto gravava sul personale dell'UTIC - Cardiologia dell'Ospedale S. Luca di Vallo della Lucania ai quali sono andati i complimenti di tutti per il successo

Ferma presa di posizione dell'ANMCO contro i tagli previsti dal PRO campano

ANMCO Campania

Presidente Regionale
Giovanni Gregorio
Consiglieri
Cesare Baldi
Luigi Caliendo
Nicola Capuano
Aldo Celentano
Angelina Martone
Sergio Severino
Osvaldo Silvestri
Attilio Varricchio
Referente Heart Care Foundation
Giovanni D'Angelo

Al Presidente della Regione Campania
Agli Assessori Regionali della Campania
Al Presidente del Consiglio Regionale della Campania
Al Presidente della V Commissione
Ai Consiglieri Regionali della Regione Campania

Vallo della Lucania, 22 ottobre 2008

A nome dei Cardiologi Ospedalieri operanti nelle strutture ospedaliere campane ci permettiamo di sottolineare alcuni punti critici contenuti nella bozza di Riordino del Piano Regionale Ospedaliero. Il piano opera secondo una logica di concentrazione di P.L. nelle aree metropolitane spogliando in maniera drammatica la periferia, cancellando la rete di Unità coronariche della Regione. In tal modo viene smantellata di fatto completamente la rete della emergenza ed impoveriti in maniera chirurgica gli Ospedali di base, tagliando acriticamente i PL di Unità Coronarica (la Campania è già attualmente al di sotto della media nazionale per rapporto P.L. UTIC/Abitanti). Ci permettiamo di sottolineare che la Cardiologia Italiana è balzata all'attenzione mondiale per una ricerca (lo studio GISSI) che si è basata sul trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto nella rete delle UTIC nazionali, la stragrande maggioranza delle quali collocate in Ospedali di piccole e medie dimensioni. Il funzionamento di una rete ospedaliera è legata alla possibilità di interazione e di collegamento tra una serie di U.O. di base (spoke) e centri di riferimento (Hub). Impoverire la rete periferica delle cardiologie significa determinare un congestionamento delle UTIC degli ospedali di riferimento rendendone precaria la funzione, già al momento in sofferenza. In una ricerca svolta agli inizi del 2008 dalla nostra associazione il tasso di utilizzo delle UTIC campane era in molti casi superiore al 100 % ed in diverse UTIC erano presenti pazienti in barella. La cancellazione delle cardiologie periferiche finirebbe inevitabilmente per aggravare tale situazione. Ciò è facilmente intuibile se si considera che il paziente cardiopatico acuto (ischemico, scompensato, aritmico etc.) solo in una parte limitata necessita di procedure di cardiologia interventistica proprie delle UTIC di riferimento; nella stragrande maggioranza dei casi il paziente con urgenza cardiologica deve essere trattato precocemente e in una sede raggiungibile in breve tempo. La logica alla quale si ispira il piano di riordino di concentrare le UTIC in pochi ospedali è in contrasto con quegli che sono gli attuali orientamenti circa i modelli organizzativi per la assistenza al cardiopatico acuto. Non ci vuole molto per immaginare l'odissea di un cardiopatico in preda ad attacco cardiaco alla ricerca dei pochi e concentrati posti di UTIC previsti dal Piano di riordino. La situazione prevista dal Piano di riordino porterebbe la Campania ad avere una UTIC ogni 181.606 abitanti (a fronte di una media nazionale di 136.577 abitanti per UTIC) ed ogni 425 Kmq di territorio (a fronte di una media nazionale di 688 Kmq per UTIC). Al di là del dato complessivo rimangono discutili le scelte operate nei diversi ambiti territoriali della regione. Infatti:

- A Napoli Città si avrebbe una UTIC ogni 108.126 abitanti e per ogni 13 Kmq di territorio
- Nella Provincia di Napoli si avrebbe una UTIC per 234.436 abitanti e per 117 Kmq di territorio
- Nella Provincia di Avellino si avrebbe una UTIC per 146.350 abitanti e per 931 Kmq di territorio
- Nella Provincia di Benevento si avrebbe una UTIC per 144.416 abitanti e per 1.036 Kmq di territorio
- Nella Provincia di Caserta si avrebbe una UTIC per 224.455 abitanti e per 688 Kmq di territorio
- Nella Provincia di Salerno si avrebbe una UTIC per 220.526 abitanti e per 984 Kmq di territorio

Non si capisce la logica in base alla quale si concentrano nella città di Napoli 9 UTIC per 973.132 abitanti e 117 Kmq di territorio e si programmino solo 5 UTIC per la provincia di Salerno con 1.102.629 abitanti e 4.918 Kmq di territorio, 4 UTIC per la provincia di Caserta con 897.820 abitanti e 2639 Kmq di territorio e 9 UTIC per la provincia di Napoli con 2.109.928 abitanti e 1054 Kmq di territorio. Considerato che la Regione Campania vanta il non invidiabile primato nazionale di mortalità per malattie ischemiche cardiache non è difficile prevedere che l'approvazione del Piano di Riordino determinerà un tragico incremento delle morti cardiache. Il buon senso avrebbe voluto che nel programmare i servizi di emergenza si tenesse in debita considerazione dati epidemiologici, dati demografici e assetto geo-territoriale. Il piano di riordino non tiene conto di nessuno di essi.

La situazione potrebbe essere risolta prevedendo che le U.O. di Cardiologia degli ospedali periferici siano strutturate come U.O. di Area Critica Cardiovascolare di I livello con possibilità di monitoraggio e di stabilizzazione del paziente cardiopatico critico, e consentendo alle ASL, per particolari condizioni assistenziali e geodemografiche, opportunamente documentate sulla base dei dati di attività e della necessità di assicurare i LEA, di programmare U.O. di Area Critica Cardiovascolare di I livello anche in ospedali non rientranti nella rete dell'Emergenze. Ciò nella considerazione che i tempi di intervento rappresentano il punto focale del trattamento delle urgenze cardiovascolari. La presenza del cardiologo in ospedale inoltre garantisce anche i pazienti afferenti ad altre discipline. Un'altra criticità del piano è la concezione riduttiva del Dipartimento laddove viene formulata la previsione che negli ospedali di ASL la possibilità di dipartimenti ospedalieri sia limitata ai Dipartimenti di Medicina e Chirurgia e per gli Ospedali di III livello anche di Emergenza. Una simile strutturazione dipartimentale vanifica il significato stesso del termine "dipartimento" e diventa fonte di diseconomia. Nelle ASL dovrebbero essere previsti Dipartimenti orizzontali transmurali in modo particolare di area cardiovascolare, tra i vari ospedali al fine di rendere omogenei ed appropriati i percorsi e l'utilizzo di risorse. Va prevista la possibilità di Dipartimenti Interaziendali, di norma su base provinciale, che consentano di completare i percorsi diagnostico - terapeutici nell'ambito di un bacino di utenza definito. Queste riflessioni nascono non dalla difesa di posizioni di categoria ma dalla salvaguardia degli interessi del paziente, nella considerazione che un intervento appropriato ed un percorso razionale rappresentano il fondamento di qualsiasi discorso in sanità basato sulla centralità del paziente.

Rimanendo a disposizione per qualsiasi chiarimento, porgiamo i più distinti saluti.

Giovanni Gregorio
Presidente Regione ANMCO Campania

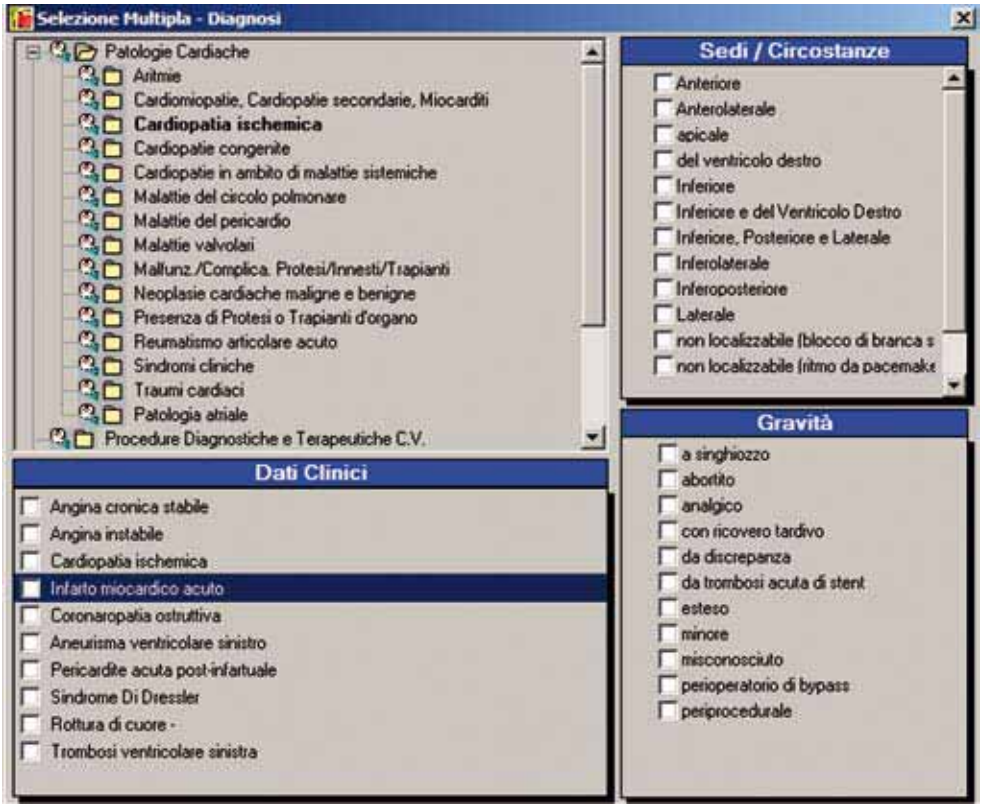
Marino Scherillo
Presidente Designato ANMCO

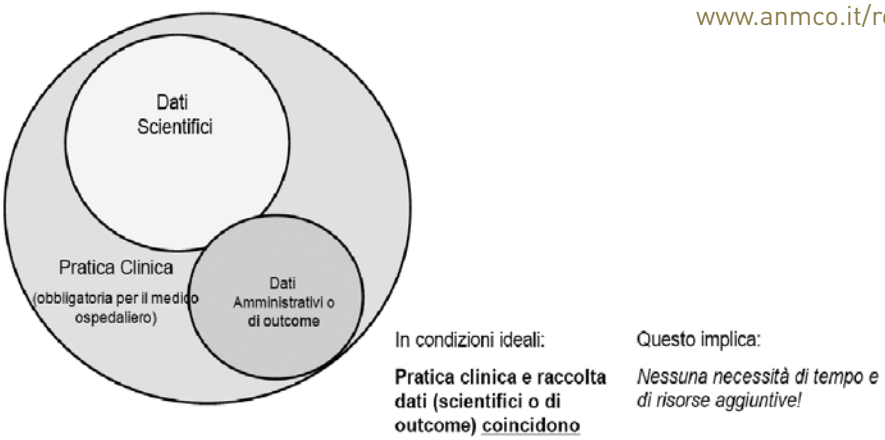
Informatizzazione della Cardiologia in Friuli Venezia Giulia: l'utilizzo di un dizionario di patologia comune

di A. Riccio, A. Di Chiara, D. Pavan a nome del Gruppo di Lavoro: E. Alberti, A. Benettoni, A. Di Lenarda, L. Massa, C. Pandullo, L. Pilotto, M. Zecchin

Da alcuni anni la grande maggioranza delle strutture cardiologiche del Friuli Venezia Giulia utilizzano un sistema informatico clinico - gestionale comune. Il software, progettato a partire dal 1999, è suddiviso in due moduli: la Gestione ambulatoriale (che comprende l'applicativo di ambulatorio e degli esami strumentali) e la Gestione del ricovero (UTIC, Reparto). Il sistema è interfacciato con il CUP, dal quale alimenta la lista degli assistiti e riceve i referti prodotti per la visualizzazione a livello aziendale. Questo aspetto ne accresce le potenzialità in quanto permette di collegare questi due momenti della storia clinica dei pazienti e di vedere nel contempo la loro storia amministrativa, ricostruibile attraverso il collegamento dei principali database del sistema informativo sanitario regionale.

Uno degli aspetti forse più significativi del sistema è che la codifica delle patologie utilizza un dizionario predefinito e parametrizzabile. La formulazione della diagnosi o anamnesi avviene, per ogni gruppo di patologia d'organo, su tre livelli: patologia+sede+gravità, secondo il modello "storicamente" utilizzato dalla Cardiologia di Trieste. Ad esempio nel gruppo della cardiopatia ischemica, abbiamo Infarto Miocardio Acuto (patologia) anteriore (sede) esteso (gravità).





Il contributo dell'ANMCO - Friuli Venezia Giulia nell'aggiornamento delle definizioni anamnestiche e diagnostiche

Uno degli aspetti più importanti per gli utilizzatori del software è stato la possibilità di poter aggiornare i dizionari (cioè le definizioni anamnestiche e diagnostiche) quando venivano emanate nuove classificazioni e/o Linee Guida. Questo nel tempo ha portato però ad un disallineamento tra i dizionari delle strutture cardiologiche, rendendo potenzialmente difficile il loro uso a fini epidemiologici.
Dal 2008 il sistema sta progressivamente andando ad alimentare i Data Warehouse aziendali da cui si possono estrarre i dati utilizzando sistemi di "data mining". Un Data Warehouse (DWH) (termine inglese traducibile con magazzino di dati), è un archivio informatico contenente i dati provenienti da sistemi diversi (clinici, amministrativi, …) in modo organico e collegato. I DWH sono progettati per consentire di produrre facilmente relazioni ed analisi. Vengono considerati componenti essenziali di un sistema Data Warehouse anche gli strumenti per localizzare i dati, per estrarli, trasformarli e caricarli, come pure gli strumenti per gestire un dizionario dei dati.
In passato questo tipo di analisi poteva essere fatta solo con i dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che contengono oltre ai dati amministrativi e anagrafici le diagnosi di dimissione, le procedure diagnostico - terapeutiche e l'eventuale mortalità intraospedaliera.
Dal 2007 l'ANMCO Friuli Venezia Giulia si è presa l'impegno di aggiornare le diagnosi codificate dell'applicativo. Il percorso è stato realizzato attraverso la costituzione di una commissione per la codifica diagnostica formata da un rappresentante per ciascuna Struttura Cardiologica regionale. Partecipavano alla riunione anche i rappresentanti dei Centri che non utilizzano l'applicativo a dimostrare l'interesse di tutti per il percorso di condivisione culturale.
All'interno della Commissione venivano identificati i capitoli da rivedere e il referente per ciascuno di essi. Il lavoro del gruppo è consistito nel fare, per ciascun argomento, un'analisi dei recenti progressi in Cardiologia, nel modificare o inserire, quando necessario, le definizioni di alcune malattie, nell'aggiornare o inserire le procedure diagnostiche e terapeutiche. I nuovi dizionari sono stati pubblicati sul Sito WEB ANMCO nella Sezione Friuli Venezia Giulia, per raccogliere le osservazioni dai Soci (www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/download).
Finalmente, nel settembre 2007 si è tenuta una riunione di presentazione ufficiale. La messa in linea è avvenuta a metà 2008.
Pur consapevoli dell'importanza di utilizzare una terminologia universale nella classificazione delle malattie, la scelta fatta dall'ANMCO è stata quella di non utilizzare primariamente la classificazione ICD - 9 - CM perché non sufficientemente dettagliata per gli scopi clinici e non in linea con la nosografia delle Linee Guida internazionali. Pertanto sono state elaborate delle definizioni diagnostiche che si basano:
1. sulle Linee Guida internazionali (ad es. ESC Guidelines) o su specifici nomenclatori di patologie già adottati (Cards - ACS - PCI ESC, Minimal Data Set ANMCO sulle Sindromi Coronariche Acute);
2. sui documenti emanati dalle principali Società Scientifiche internazionali (ad es. AHA Scientific Statement, Policy Conference Documents dell'ESC, Task Force Statements dell'ESC);
3. sui testi di Cardiologia e di Medicina Interna di maggior diffusione.
Queste codifiche diagnostiche, che presentano un più elevato livello di dettaglio, sono comunque riconducibili alle corrispondenti diagnosi dell'ICD - 9 - CM al fine di garantire la comparabilità dei dati regionali con quelli di altre realtà.

L'obiettivo futuro

Questa scelta metodologica è stata sicuramente più complessa rispetto al semplice utilizzo dell'ICD - 9 - CM, ma ha il pregio di poter utilizzare delle definizioni diagnostiche più precise e facilmente aggiornabili. Rende la nomenclatura cardiologica in linea con le definizioni della Medicina basata sull'evidenza, aiutando il clinico (ruolo didattico per i giovani specializzandi) allo sforzo di un inquadramento diagnostico corretto, ed è la base per una epidemiologica di outcome. L'impegno futuro è quello di un periodico aggiornamento.

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 - 51011 - fax 055 - 5101350).

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 (055/5101350) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/download/pdf/associazione/soci/schedaIscrizioneSoci.pdf DEL SITO WEB ANMCO

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2008 - 2010

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

BASILICATA
BERARDINO D'ALESSANDRO
Ospedale Civile - Via Salerno
75025 Policoro (MT)
Tel. 0835/986350-986432
Fax 0835/986460
e-mail: **bdalessandro@libero.it**

CALABRIA
ANTONIO BUTERA
Ospedale Civile - Via Arturo Perugini - 88046 Lamezia Terme (CZ)
Tel./Fax 0968/208811
e-mail: **a.buter@yahoo.it**

CAMPANIA
GIOVANNI GREGORIO
Ospedale San Luca
Via F. Cammarota - 84078
Vallo della Lucania (SA)
Tel. 0974/711272 -0974/711237
Fax 0974/717340
e-mail: **giovannigregorio@libero.it**

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

FRIULI VENEZIA GIULIA
TULLIO MORGERA
Ospedale Civile San Polo
Via Galvani, 1
34074 Monfalcone (GO)
Tel. 0481/487265
Fax 0481/487374
e-mail: **t.morgera@alice.it**

LAZIO
FURIO COLIVICCHI
Ospedale. San Filippo Neri
Via G. Martinotti, 20
00135 Roma
Tel. 06/33062429 - 06/33062294
Fax 06/33062489
e-mail: **furcol@rdn.it,**
colivicchi@sanfilipponeri.roma.it

LIGURIA
STEFANO DOMENICUCCI
Ospedale Padre Antero Micone
Via D. Oliva, 22
16153 Sestri Ponente (GE)
Tel. 010/6448475
Fax 010/6448317
e-mail: **sdomenicucci@libero.it**
stefano.domenicucci@asl3.liguria.it

LOMBARDIA
CLAUDIO CUCCIA
Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza
Via Bissolati, 57 - 25124 Brescia
Tel. 030/3515301
Fax 030/3515351
e-mail:
claudio.cuccia@poliambulanza.it

MARCHE
ROBERTO ACCARDI
Ospedale Generale Provinciale
Via Santa Lucia - 62100 Macerata
Tel. 0733/2572532 - 0733/2572533
Fax 0464/420428
e-mail: **robaccardi@tiscali.it**
raccardi@asl9.marche.it

MOLISE
CAROLINA DE VINCENZO
Ospedale A. Cardarelli
Contrada Tappino - 86100 Campobasso
Tel. 0874/4091 - 0874/409319
Fax 0874/409442
e-mail: **c.devin@tiscalinet.it**

P.A. BOLZANO
ANDREA ERLICHER
Ospedale Generale Regionale
Via Boehler, 5 - 39100 Bolzano
Tel. 0471/909987
Fax 0471/909997
e-mail: **andrea.erlicher@asbz.it**

P.A. TRENTO
GIOVANNI D'ONGHIA
Ospedale Santa Chiara - Largo Medaglie d'Oro - 38100 Trento
Tel. 0461/903049
Fax 0461/903122
e-mail: **giovanni.donghia@tin.it**

PIEMONTE VALLE D'AOSTA
MAURIZIO DALMASSO
Ospedale Civile - Piazza della Credenza, 2 - 10015 Ivrea (TO)
Tel/Fax 0125/414843
e-mail:
mdalmasso@asl.ivrea.to.it
ucic@asl.ivrea.to.it

PUGLIA
ALESSANDRO VILLELLA
Presidio Ospedaliero Francesco Lastaria - Viale Francesco Lastaria, 1 - 71036 Lucera (FG)
Tel. 0881/543207
Fax 0881/543362
e-mail: **hebuv@tin.it**
cardiolastaria@tiscali.it

SARDEGNA
RINALDO ASTE
Ospedale Sirai - Località Sirai
09013 Carbonia (CA)
Tel. 0781/6683382
Fax 0781/6683394
e-mail: **aste.ri@libero.it**

SICILIA
ABELE AJELLO
Azienda Ospedaliero Villa Sofia CTO - Piazza Salerno, 1
90146 Palermo
Tel. 091/7808095
Fax 091/7808185
e-mail: **ajelloab@inwind.it**

TOSCANA
FRANCESCO MARIA 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
GIANFRANCO ALUNNI
Azienda Ospedaliera di Perugia
S. Maria Misericordia - P.le G. Menghini - 06132 Perugia
Tel. 075/5782238
Fax 075/5782214
e-mail: **gianfranco.alunni1@tin.it**
gianfrancoalunni@alice.it

VENETO
DOMENICO MARCHESE
Ospedale Civile Immacolata 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 51011 - Fax 055 5101350- e-mail: soci@anmco.it

Non compilare
Codice Unico

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare
Codice ANMCO

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA CAP

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: ☐ Cardiologo ☐ Cardiochirurgo ☐ Medico

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

Tipologia:

☐ Divisione di Cardiologia *
☐ 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 (CCH)
- ☐ Insufficienza cardiaca (INC)
- ☐ Cardiologia Pediatrica (CPO)
- ☐ Cardiologia Clinica (CCL)
- ☐ Sindromi Coronariche Acute (SCA)

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – 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. 055/51011.

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 (055/5101350)
OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA
www.anmco.it/download/pdf/associazione/soci/schedaIscrizioneSoci.pdf DEL SITO WEB ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350
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. 055/51011.

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 DELLE AREE ANMCO (055/5101350) 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. 055/51011 - Fax 055/5101350
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. 055/51011.

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 ALLO STAFF GESTIONE SITO WEB ANMCO (055/5101350) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/download/SCHEDA_X_CODICI_SITO.pdf DEL SITO WEB ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)
Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055 51011 - Fax 055 5101350- e-mail: soci@anmco.it

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

COGNOME _____ NOME _____ SESSO ____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ☐ ECCELLENTE ☐ BUONO ☐ MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

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

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

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell' ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex – France – 2035, Route des Colles – Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI ☐ **DO IL CONSENSO** ☐ **NEGO IL CONSENSO**

Data _____ Firma _____

• Si ricorda che il termine di presentazione delle domande è il 28 febbraio 2009 •

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/5101350) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/soci/Fellowship/MODULO_FELLOW.pdf DEL SITO WEB ANMCO

FELLOWSHIP ANMCO

Il 28 febbraio 2009 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

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

Domanda di ammissione alla Fellowship

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

a - modulo apposito, debitamente compilato;

b - due fotografie, formato tessera;

c - curriculum vitae completo;

d - documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal candidato;

e - lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a Congressi internazionali, abstracts a Congressi nazionali, capitoli di libri;

f - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);

g - lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;

h - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro **l'ultimo giorno del mese di febbraio** dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Mantenimento della Fellowship

Il Fellow ANMCO non in regola con la quota di iscrizione all'ANMCO per l'anno solare in corso viene sollecitato dalla segreteria entro il 30 giugno dello stesso anno.
Qualora la quota di iscrizione non pervenga in Segreteria entro il 31 dicembre dello stesso anno, l'Associato perde il titolo di Fellow e dovrà ripresentare la domanda ex-novo nel caso desideri richiedere ancora tale riconoscimento. Ciò viene notificato all'associato Fellow nella lettera di sollecito.

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

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

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

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

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 7 membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale.
Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 membri; la decisione è a maggioranza assoluta (4 voti favorevoli).

I membri sono:

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

La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.
La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarata del candidato.

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

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

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 055/5101350 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
www.anmco.it/aggiornamento/pubblicazioni/cno/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?

_____

_____

_____

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (A.N.M.C.O.)

Sede Nazionale: 50121 FIRENZE - Via La Marmora, 36 - Tel. 05551011 - Fax 0555101370
http://www.anmco.it e-mail: amministrazione@anmco.it

BANDO "BORSA DI STUDIO ANMCO REGIONALE" FORMAZIONE SUL CAMPO ANNO 2008

Art.1 Oggetto
L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), al fine di promuovere e sostenere la formazione sul campo di giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia, bandisce per l'anno 2008 n. 1 Borsa di Studio dell'importo di € 18.582,00 (Diciottomilacinquecentottantadue/00) al lordo delle ritenute di legge, della durata di un anno da svolgersi presso la U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Campo di Marte di Lucca. La Borsa è destinata a giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia desiderosi di seguire la carriera ospedaliera e di perfezionare la propria preparazione svolgendo un programma di formazione sul campo in tema di malattie cardiovascolari frequentando, secondo le modalità stabilite dal Direttore della Struttura Complessa, il reparto cui sono assegnati ed inoltre svolgendo tutte le attività di studio, gli atti clinici e le procedure assegnate loro dal Direttore della Struttura Complessa e dal Tutor nominato dal Direttore stesso.

Art. 2 Requisiti richiesti al candidato per l'ammissione al Bando:
Il candidato, nel presentare la domanda, dovrà attestare per mezzo di idonea documentazione allegata:
- di essere cittadino italiano o residente permanente in Italia;
- l'assenza di condanne penali o di procedimenti penali in corso;
- di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia;
- di non fruire di altra borsa di studio o finanziamento simile con la stessa motivazione per la quale la borsa è erogata;
- disponibilità a frequentare, in caso di vincita, il reparto della Struttura presso la quale si svolgerà il periodo di formazione.

Art. 3 Presentazione delle Domande
I candidati interessati devono inoltrare la domanda di partecipazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, utilizzando esclusivamente il modulo di cui all'ultimo articolo del presente Bando, nella quale dovranno essere indicati tutti i dati richiesti e che dovrà essere corredata di idonea documentazione attestante tutti i punti elencati all'Articolo 2, oltre ad un curriculum vitae et studiorum.
Le domande dovranno essere inoltrate, entro il 31/01/2009, al seguente indirizzo:

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO
Al Presidente ANMCO
Via La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
c/o Ufficio Amministrativo

Per qualsiasi informazione inerente, la segreteria di riferimento sarà l'Ufficio Amministrativo ANMCO con i seguenti recapiti: telefono 055/5101362 - Fax 055/5101370 e-mail: amministrazione@anmco.it - Sito Internet: www.anmco.it.

Non si terrà conto delle domande spedite dopo il termine stabilito o incomplete (farà fede il timbro postale).

Art. 4 Valutazione delle domande
Le domande verranno vagliate dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.
Al candidato prescelto verrà data comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno e contestualmente anche via mail.
La Borsa di studio sarà assegnata sulla base dell'analisi del curriculum del candidato che terrà conto della tesi e del voto di laurea, dell'età del partecipante, di eventuali esperienze già svolte, pubblicazioni effettuate e di ogni altro elemento valutabile.

Art. 5 Esclusione dalla valutazione
Ciascun candidato potrà essere escluso dalla valutazione:
- se tenta di influenzare, direttamente o indirettamente, le decisioni del Consiglio Direttivo dell'ANMCO;
- se la domanda di partecipazione o la documentazione inviata all'ANMCO contengono dichiarazioni mendaci;
- se la domanda sarà incompleta dei dati o se la documentazione obbligatoria di cui all'articolo 2 da allegare sarà incompleta.

Art. 6 Erogazione della Borsa
L'assegnatario della Borsa di Studio instaurerà con l'ANMCO un rapporto di collaborazione a progetto per la durata indicata all'art. 1 e per l'importo della specifica borsa di studio assegnata, importo da intendersi al lordo di ogni ritenuta fiscale e previdenziale.
Il corrispettivo economico della borsa di studio sarà erogato direttamente al vincitore mediante tranches quadrimestrali, previa relazione del Direttore della Struttura Complessa che attesti la regolare attività del borsista presso l'U.O. cui è stato assegnato.

Art. 7 Garanzia di riservatezza
Il candidato può, in qualunque momento, richiedere all'ANMCO informazioni sui dati personali che lo riguardano e può pretenderne variazioni o cancellazioni; esso può opporsi per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali.

Art. 8 Foro competente
Per qualsiasi controversia relativa a qualsiasi articolo del presente Bando, sarà competente il Foro di Firenze.

Art. 9 Bando
Il testo del presente Bando e della domanda di partecipazione sono disponibili nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e nel sito web ANMCO all'indirizzo www.anmco.it.

Firenze, 21 ottobre 2008

Salvatore Pirelli
Presidente ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (A.N.M.C.O.)

Sede Nazionale: 50121 FIRENZE - Via La Marmora, 36 - Tel. 05551011 - Fax 0555101370
http://www.anmco.it e-mail: amministrazione@anmco.it

BANDO "BORSA DI STUDIO ANMCO REGIONALE"
FORMAZIONE SUL CAMPO ANNO 2008

da svolgersi presso la U.O di Cardiologia dell'Ospedale Campo di Marte di Lucca

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
c/o Ufficio Amministrativo

Il/La Sottoscritto/a:

Nome_____Cognome_____

nato/a a_____in Prov. di _____ il _____

e residente a _____in Prov. di _____

in Via _____ cap. _____

codice fiscale _____ stato civile_____

cittadinanza _____ telefono _____cellulare_____

fax_____ indirizzo e-mail_____

CHIEDE

di partecipare al Bando per l'assegnazione presentando in allegato alla presente Domanda tutta la documentazione necessaria.

Inoltre al fine della suddetta partecipazione

DICHIARA

1) di essere cittadino/a italiano/a o residente permanente in Italia;
2) l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso a proprio carico;
3) di possedere i seguenti titoli professionali e/o di studio _____

_____

_____

4) di non fruire di altra borsa di studio o finanziamento simile con la stessa motivazione per la quale la borsa è erogata;
5) di essere disponibile a frequentare, in caso di vincita, il reparto della Struttura presso la quale si svolgerà il periodo di formazione;
6) di consentire all'ANMCO ai sensi del D.P.R. n. 196 del 2003 in materia di tutela della Privacy, l'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per tutte le iniziative connesse al concorso e allo svolgimento del periodo di formazione;
7) di accettare integralmente le regole del concorso riportate nel relativo Bando.

_____, li _____,

Firma

_____

Si allega:
1. Fotocopia del proprio documento di identità personale (fronte/retro) e del codice fiscale;
2. certificato di nascita (anche autocertificato);
3. certificato attestante l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso a proprio carico (fedina penale);
4. Curriculum Vitae et Studiorum;
5. Certificato di Laurea.

4° CONCORSO ANNUALE
PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA

BANDO

1. Oggetto
L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), in collaborazione con la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari Onlus (HCF), al fine di promuovere e sostenere la ricerca medico-scientifica dei propri associati, bandisce il "4° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" che è stato stanziato all'interno della HCF per un ammontare pari a Euro 112.000,00 (centododicimila/00).
Tale somma sarà assegnata per la copertura, totale o parziale, dei costi concernenti la realizzazione di uno o più progetti di studio proposti dagli associati ANMCO e selezionati secondo i criteri e le procedure indicate nel presente bando.

2. Destinatari
La partecipazione al presente bando è consentita a titolo individuale ai soli associati ANMCO.

3. Segreteria del "4° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca"
Ente di riferimento:
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Responsabile:	Presidente ANMCO
Indirizzo:	Via A. La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
Telefono:	055/51011
Fax:	055/5101350
e-mail:	aree@anmco.it
Sito Internet:	www.anmco.it

4. Organi competenti all'assegnazione del Fondo
I progetti di ricerca scientifica presentati dai partecipanti saranno sottoposti all'esame di una Commissione composta dal Comitato Scientifico dell'ANMCO e dal Direttore del Centro Studi ANMCO.
L'organo decisore finale per la concessione del "Fondo ANMCO per la Ricerca" e per la sua suddivisione è il Consiglio Direttivo dell'Associazione, le cui decisioni saranno ratificate dal Consiglio Nazionale ANMCO. Tali organi delibereranno secondo le modalità ordinarie stabilite nello statuto dell'Associazione.
Il Presidente ANMCO comunicherà al vincitore o ai vincitori la concessione del Fondo mediante raccomandata.

5. Requisiti per l'ammissione dei partecipanti
Possono partecipare al concorso i soli associati ANMCO che risultino in regola, nell'anno in corso, con il versamento della quota associativa.
Qualora al concorso partecipi un associato ANMCO che sia membro di diritto della Commissione giudicante di cui all'articolo 4 del presente bando, questi, in ragione del conflitto di interessi sussistente, sarà escluso dai lavori della Commissione per tale edizione del concorso.
Qualora al concorso partecipi un associato ANMCO che sia componente del Consiglio Direttivo o del Consiglio Nazionale ANMCO, questi, in ragione del conflitto di interessi, si asterrà dal voto in relazione alla delibera di approvazione o di ratifica dell'attribuzione e della suddivisione del Fondo.

6. Requisiti per l'ammissione dei progetti di ricerca scientifica
Possono partecipare al concorso i progetti di ricerca scientifica:
- che abbiano il requisito dell'assenza o dell'inadeguatezza documentata dei finanziamenti ottenuti presso altre Istituzioni, Aziende e/o Enti;
- che contengano tutti gli elementi richiesti dall'articolo 7 del presente bando,
- che siano inviati entro il termine massimo previsto dall'articolo 7 del presente bando.

7. Elaborati del progetto scientifico e modalità di consegna
La partecipazione al bando avverrà presentando, a pena di esclusione, i seguenti documenti essenziali:
1. domanda di partecipazione, di cui all'ultimo articolo del presente bando, nella quale dovranno essere indicati il titolo e il sottotitolo del progetto concorrente, nome, cognome, dati anagrafici e sezione regionale ANMCO di appartenenza dell'associato ANMCO partecipante;
2. curriculum vitae dell'associato ANMCO partecipante e del gruppo operativo;
3. protocollo definitivo della ricerca dal quale risulti il numero dei potenziali centri e pazienti coinvolti;
4. budget del progetto con indicazione degli eventuali finanziamenti o sponsorizzazioni parziali ottenuti da terzi o della capacità documentata di autofinanziare parte dei costi;
5. eventuali accordi di collaborazione stipulati in relazione al progetto presentato con altri enti pubblici e/o privati italiani e/o esteri
La seguente documentazione dovrà essere indirizzata al Presidente dell'ANMCO "Fondo ANMCO per la Ricerca" presso la Segreteria del Concorso agli indirizzi indicati al punto 3 del presente bando, mediante plico raccomandato con ricevuta di ritorno o mediante messaggio di posta elettronica, **entro e non oltre il giorno 28.02.2009.**

8. Criteri di valutazione dei progetti e di assegnazione del Fondo
Ai fini dell'assegnazione del Fondo i progetti saranno valutati sulla base dei seguenti elementi:
- utilità e interesse scientifico dello studio proposto;
- coerenza del progetto con la finalità di ricerca promossa dall'ANMCO;
- chiarezza del protocollo, sua fattibilità, tempistiche, metodologia, supporti organizzativi ed adeguatezza dei costi stimati.

Nell'ambito della graduatoria di merito stilata sulla base delle valutazioni suddette, l'assegnazione del Fondo a favore di un progetto e/o la suddivisione del Fondo medesimo tra più progetti sarà decisa tenendo conto dell'effettiva utilità del finanziamento rispetto alla concreta e completa realizzazione dei singoli progetti.
Qualora il concorso andasse deserto o gli organi competenti giudicassero non idonei tutti i progetti presentati o parte di essi, il Fondo o quanto di esso che dovesse residuare resterà a disposizione per l'edizione successiva del presente concorso.

9. Concessione del fondo
Il contributo verrà erogato da HCF al vincitore, entro i limiti massimi del budget presentato in allegato alla domanda di partecipazione, dietro presentazione di idonea documentazione giustificativa delle spese sostenute e/o da sostenere che sarà cura e responsabilità del vincitore medesimo raccogliere ed inviare all'Amministrazione della HCF in Via A. La Marmora 36 – 50121 Firenze.
L'erogazione avverrà, nel rispetto di quanto sopra stabilito, in più tranche sulla base dello stato di avanzamento del progetto.
Qualora il vincitore, non potendo contare su un'adeguata struttura organizzativa, avesse necessità del supporto di HCF per quanto attiene alla gestione dei rapporti giuridico-economici con i fornitori dei beni e servizi afferenti alla ricerca, HCF tratterrà dal contributo deliberato in favore del vincitore un importo determinato in funzione all'entità del servizio espletato.

10. Esclusione dalla valutazione
Ciascun concorrente potrà essere escluso dalla valutazione:
- se tenta di influenzare, direttamente o indirettamente, le decisioni della Commissione e del Consiglio Direttivo ANMCO;
- se rende pubblico il progetto di ricerca scientifica o parte di esso prima che la Commissione e il Consiglio Direttivo ANMCO abbiano espresso e formalizzato ufficialmente il proprio giudizio;
- se la domanda di partecipazione o la documentazione inviata all'ANMCO contengono dichiarazioni mendaci.

11. Regole della ricerca
La ricerca finanziata tramite il Fondo, sia totalmente che parzialmente, dovrà essere svolta nel rispetto ed in conformità a quanto previsto e disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004. Il vincitore del concorso, quale promotore della ricerca, sarà l'unico responsabile della corretta esecuzione della medesima.
Per gli studi finanziati per almeno il 50% grazie al presente bando, all'ANMCO spetterà il diritto di nominare la maggioranza dello Steering Committee, altrimenti avrà facoltà di designare un solo membro.
Nel caso in cui la ricerca finanziata dia luogo a risultati che consentono pubblicazioni di carattere scientifico, il Fondo ANMCO per la Ricerca sarà indicato come finanziatore o co-finanziatore del progetto in ogni pubblicazione e in ogni caso i risultati della ricerca saranno divulgati dal coordinatore in occasione del primo Congresso Nazionale ANMCO utile.
Nel caso in cui l'attività di ricerca dia luogo a risultati che non consentono pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna a darne motivata relazione al Comitato Scientifico ANMCO e al Presidente dell'ANMCO.

12. Garanzia di riservatezza
I concorrenti possono, in qualunque momento, richiedere all'ANMCO e/o alla HCF informazioni sui dati personali che li riguardano e possono pretenderne variazioni o cancellazioni; essi possono opporsi per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali.

13. Foro competente
Per qualsiasi controversia relativa a qualsiasi articolo del presente bando, sarà competente il Foro di Firenze.

14. Bando
I testi del presente bando e della domanda di partecipazione sono disponibili nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e nel sito web ANMCO all'indirizzo www.anmco.it.

La partecipazione al "4° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" implica l'accettazione integrale del presente bando.

Firenze, 28 ottobre 2008

Salvatore Pirelli
Presidente ANMCO

4° CONCORSO ANNUALE
PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente ANMCO
c/o Segreteria Concorso
Via La Marmora, 36
50121 - Firenze

Il Sottoscritto _____,

nato a _____, il _____ e residente a _____,

in _____,

codice fiscale _____, iscritto alla sezione ANMCO della Regione _____

CHIEDE
di partecipare al "4° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" presentando il progetto di ricerca scientifica di cui al protocollo allegato dal titolo (e sottotitolo):

_____

_____

Al fine della suddetta partecipazione

DICHIARA
1) di essere in regola con il versamento della quota associativa;
2) di avere necessità, al fine di realizzare il progetto di ricerca presentato, di conseguire contributi nella misura indicata nel budget allegato, dichiarando in particolare di:

☐ non aver ottenuto in relazione al progetto alcun finanziamento e/o sponsorizzazione da parte di terzi Istituzioni, Aziende o Enti come risulta da documentazione allegata;
☐ aver ottenuto in relazione al progetto finanziamenti e/o sponsorizzazioni da parte di terzi Istituzioni, Aziende o Enti a copertura soltanto parziale dei costi della ricerca;

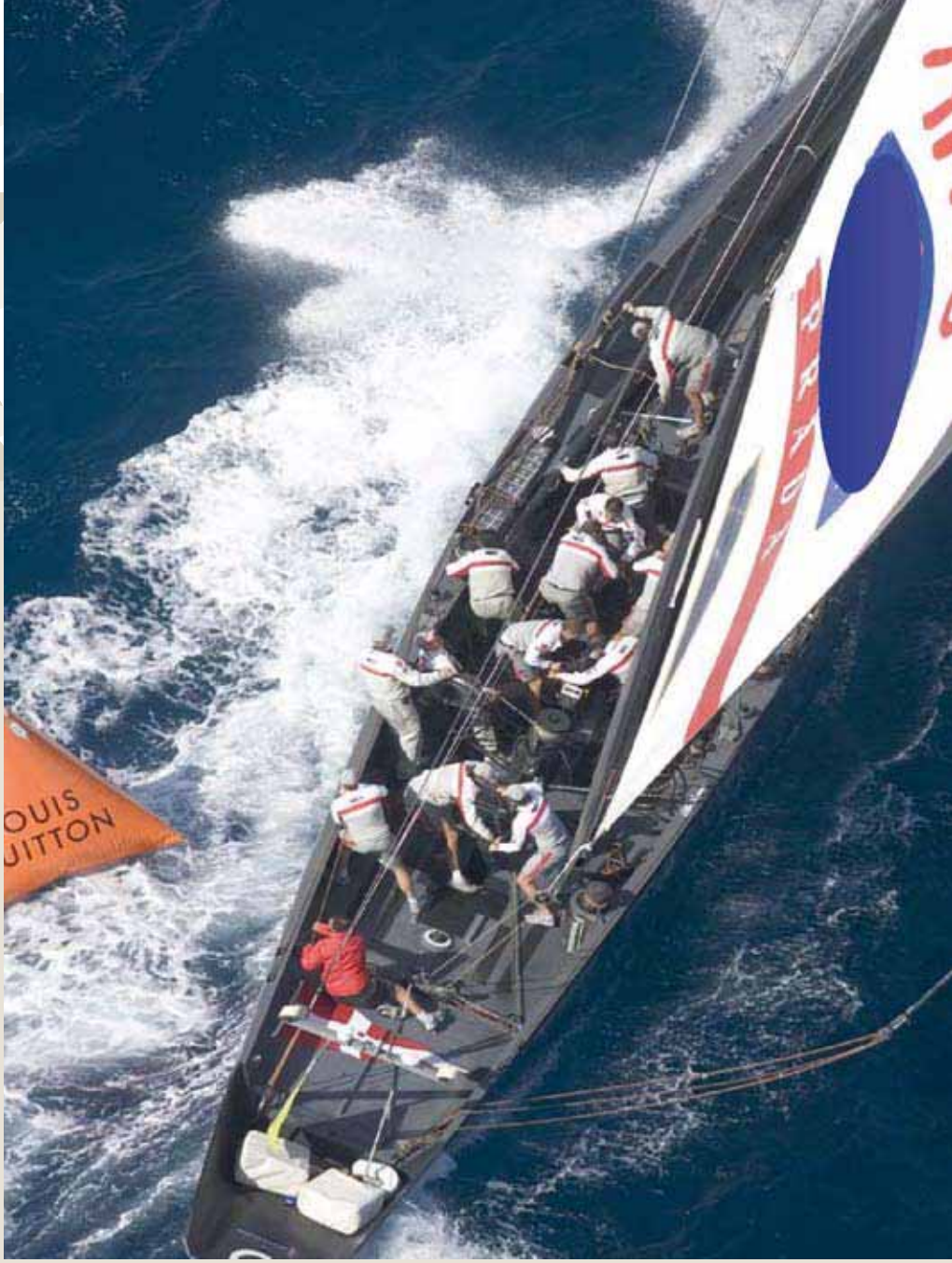
3) di impegnarsi a condurre il progetto di ricerca, sotto la propria responsabilità, nel rispetto e in conformità a quanto previsto e disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004;
4) di consentire all'ANMCO e alla HCF, ai sensi del D.P.R. n. 196 del 2003 in materia di tutela della Privacy, l'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per tutte le iniziative connesse al concorso e allo sviluppo del progetto;
5) di accettare integralmente le regole del concorso riportate nel relativo Bando.

_____, li _____,

Firma

_____

Si allega:
1. Protocollo del Progetto;
2. Budget;
3. Documentazione comprovante ricerca finanziamenti e dettaglio dei finanziamenti ottenuti;
4. Eventuali accordi con enti/istituzioni terze;
5. Curriculum Vitae (eventuale C.V. degli appartenenti al gruppo di ricerca)



Il progetto FOrmazione in Rianimazione in TEam per il Lazio porterà nell'anno 2009 alla formazione di 100 Cardiologi e 200 Infermieri di tutta la Regione

Sta salpando il Progetto FORTE Lazio

di M. Mennuni e F. Colivicchi

L'arresto cardiaco ed il team

L'arresto cardiaco rappresenta una delle più impegnative emergenze per il personale sanitario. Il successo nel trattamento di tale urgenza dipende in larga misura dalla presenza sia di un team ben addestrato nell'esecuzione di tecniche di rianimazione di base ed avanzata sia di un leader esperto nelle problematiche dell'arresto cardio - respiratorio, capace di dirigere il team con competenza e rapidità.
Al contrario, la rianimazione cardio - polmonare è spesso maldestramente eseguita e diretta. Talora ciò scaturisce da una limitata conoscenza teorica ma più spesso da un'insufficiente esperienza pratica dell'individuo.
Durante la rianimazione, si devono svolgere molti compiti ed un singolo soccorritore, seppure perfettamente addestrato, raramente può essere aiutato in modo adeguato dall'intervento di uno o più soccorritori, se questi

> Vinceremo e...(voi)...perderete...Siete convinti che la strada giusta...sia che i vostri collaboratori si preoccupino semplicemente di muovere gli attrezzi. Lo scenario...è così complesso e difficile...che la sopravvivenza dipende dalla quotidiana attivazione fino all'ultimo grammo d'intelligenza. Si può...sopravvivere solo con l'uso della performance mentale di tutti i collaboratori. La gestione è l'arte di saper mobilitare il potenziale intellettivo di tutti i collaboratori...ed unificarlo.
>
> **Konosuke Matshushita (Fondatore di Panasonic)**

non sono organizzati in team. Infatti, uno staff efficiente, possedendo sia expertise medico sia padronanza delle tecniche di rianimazione, sia efficacia nella comunicazione e nelle dinamiche del team, suddivide i compiti e moltiplica le possibilità di successo della rianimazione.

La formazione in team

L'importanza dello staff assistenziale nella gestione dell'emergenza - urgenza è ribadito sia nelle Linee Guida della "International Liaison Committee on Resuscitation" (ILCOR), apparse su Circulation nel 2005, sia negli standard della Joint Commission International. Quest'ultima sottolinea come si debba effettuare il training dello staff nel ruolo assegnato a ciascuno nella risposta all'emergenza. Inoltre, per erogare un'assistenza sicura ed efficace, i ruoli nel team devono essere ben definiti in precedenza, ed i membri dello staff devono essere preparati alle responsabilità loro assegnate (standard EM.02.02.07). A causa della natura dinamica delle emergenze, il training efficace deve preparare lo staff ad essere flessibile, adattandosi alle variazioni operative e cliniche.

Il team efficace

I team classici presentano un'organizzazione nella quale il potere è assegnato in modo gerarchico e gli obiettivi sono stabiliti mediante autorità, senza necessità alcuna di consenso. Invece, i team efficaci tipicamente si auto - organizzano, riconoscendo che l'autorevolezza del singolo componente del team scaturisce dalle effettive capacità e dal grado di responsabilità assunta nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e condivisi. Un team efficace è confidente e fiducioso della propria intelligenza collettiva, consapevole delle proprie potenzialità e capacità di scelta.

Il team leader

Il team leader deve essere competente in tutte le tecniche necessarie a portare a termine il tentativo di rianimazione. Rappresenta il garante che ogni cosa sia fatta nei tempi e nei modi giusti, supervisionando ed integrando il lavoro dei singoli membri. Mentre i membri del team si concentrano sui loro compiti individuali, il team leader, ha una visione globale dell'assistenza prestata al paziente. Il team leader non è più il navigatore solitario che, mediante la profonda conoscenza degli strumenti tecnici, riesce da solo a raggiungere l'obiettivo prefissato. Oggi, egli è profondamente immerso nel suo team - come uno skipper nel pozzetto a diretto contatto con il suo team - con una prevalenza degli aspetti di relazione e comunicazione.

Nascita dell'idea

Nel corso di un colloquio informale svoltosi a Firenze durante il XXXIX Congresso Nazionale ANMCO (30 maggio - 2 giugno 2008), si rilevavano alcuni aspetti dell'attuale situazione formativa nella Regione Lazio che destavano delle perplessità:

- la mancanza di dati certi sul livello formativo in rianimazione cardiopolmonare delle Cardiologie e UTIC regionali;
- la percepita presenza di una minore efficienza ed efficacia rispetto agli standard di modifica organizzativa sottesa dalle Linee Guida;
- la necessità di sviluppare il concetto di assistenza in team con conoscenza e scambio di ruoli, implicando anche delle trasformazioni di professionalità e relazionali;
- l'esistenza di una fascia di professionisti che hanno appreso alcuni aspetti della rianimazione cardiopolmonare in modo spontaneo e che potrebbero ottenere dei vantaggi operativi e motivazionali da una sistematizzazione teorica, da un confronto di esperienze e da una parte pratica.

Analisi delle esigenze di formazione

La formazione nella rianimazione dello staff assistenziale medico - infermieristico rappresenta un requisito fondamentale della clinical competence. Tradizionalmente si distinguono corsi BLS - D e ACLS. In ambito ospedaliero, la formazione offerta dal solo corso base, limitandosi alla sola defibrillazione semiautomatica, non è commisurata alla necessità. Infatti è necessaria una implementazione delle abilità del personale assistenziale nella defibrillazione manuale, nel riconoscimento dei ritmi, nell'uso di supporti alla vie aeree, nella cannulazione venosa e nella somministrazione di farmaci specifici per la rianimazione. Il corso di supporto vitale avanzato richiede un bagaglio teorico e cognitivo fin troppo complesso. L'Infermiere professionale o il Medico non intensivista che frequentano un corso ACLS devono spendere grandi risorse psichiche per apprendere nozioni e procedure che difficilmente utilizzeranno: la competenza clinica deve essere adeguata al ruolo che ciascuno

ricopre. Spesso nell'ambito del team assistenziale, è sottovalutata l'importanza sia dei compiti di "supporto" o "da gregario" sia degli aspetti di comunicazione e relazione, che risultano invece indispensabili ad ottenere il successo degli sforzi rianimatori.
Da queste premesse, si evidenzia la necessità di formare il personale ospedaliero mediante un corso intermedio (ILS - Intermediate Life Support) che fornisce al team assistenziale, in modo adeguato al ruolo professionale, gli strumenti teorici (sapere), pratici (saper fare) e "di ruolo" (saper essere) necessari a gestire i primi dieci minuti dell'arresto cardiaco ospedaliero, stressando l'importanza dell'approccio in equipe all'emergenza cardiorespiratoria, definendo i ruoli e i compiti di ciascun membro. Un corso che veda il Cardiologo assieme all'Infermiere professionale della stessa unità operativa fianco a fianco nella gestione pratica e relazionale dell'emergenza cardiologica costituisce un valore formativo rilevante. Naturalmente, la gestione come team leader dell'emergenza cardiorespiratoria, in aderenza alle Linee Guida, necessità di un supplemento formativo, rappresentato da un corso avanzato.
Per quantificare le reali necessità formative e per poter valutare le sedi che possano ospitare i corsi è stato inviato un questionario a tutti i Responsabili delle Unità Operative di Cardiologie della Regione.

Progettazione dell'intervento

Come fase pilota si procederà alla formazione di 100 medici Cardiologi Ospedalieri e 200 Infermieri professionali. I Cardiologi espleteranno un corso ILS, assieme al loro personale, e successivamente parteciperanno ad un corso ACLS. L'inizio dei corsi, a cadenza bimestrale, avverrà a gennaio.

Erogazione

L'intervento formativo inizierà nel 2009, ma è prevista fin d'ora una fase successiva di riaddestramento negli anni successivi (risorse finanziarie permettendo).

Valutazione

Al termine del primo anno, è programmata una Convention con la partecipazione di tutti coloro che hanno partecipato al progetto, effettuando un dibattito allargato sull'intervento formativo effettuato, sui suoi limiti e sugli aspetti rilevanti. Si preparerà inoltre un questionario valutativo, che preveda anche l'evidenziazione degli aspetti relazionali e comunicativi nel team.

Nuovo Consiglio Regionale Marche: si riparte

di Roberto Accardi

Si ricomincia! Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche riprende la sua attività, rinnovato nella quasi sua totalità, rappresenta ampiamente la Cardiologia ospedaliera marchigiana, infatti, è formato da Colleghi provenienti dalle diverse zone della Regione: da nord a sud la Dott.ssa Patrizia Lattanzi di Pesaro, il Dott. A. Pozzolini di Fano, il Dott. M. Marini di Senigallia, il Dott. L. Minutiello di Fabriano, la Dott.ssa M. Dottori, il Dott. L. Aquilanti ed il Dott. S. Bucari di Ancona, il Dott. G. Gregori di Ascoli Piceno ed il sottoscritto di Macerata.
Mi preme segnalare come peculiarità del nostro Consiglio Direttivo, nella ormai consolidata tradizione, la presenza di un Cardiochirurgo al suo interno, il Dott. S. Bucari, opportunità unica per confermare la stretta collaborazione sia assistenziale che scientifica tra clinico e chirurgo nell'ambito cardiologico.
Pur nel rinnovo dei componenti, tuttavia il Direttivo vuole proseguire quanto era stato iniziato negli anni scorsi dal Dott. Domenico Gabrielli, che con entusiasmo e passione era riuscito a coinvolgere i Cardiologi marchigiani nelle attività organizzative e culturali sia locali che nazionali.

Idee di lavoro

Il programma del biennio è incentrato su diversi punti tra i quali prioritari ci paiono i rapporti tra ANMCO e SSN a livello locale, il recupero di nuovi e vecchi associati, le attività culturali e formative.

Rapporti tra ANMCO e SSN

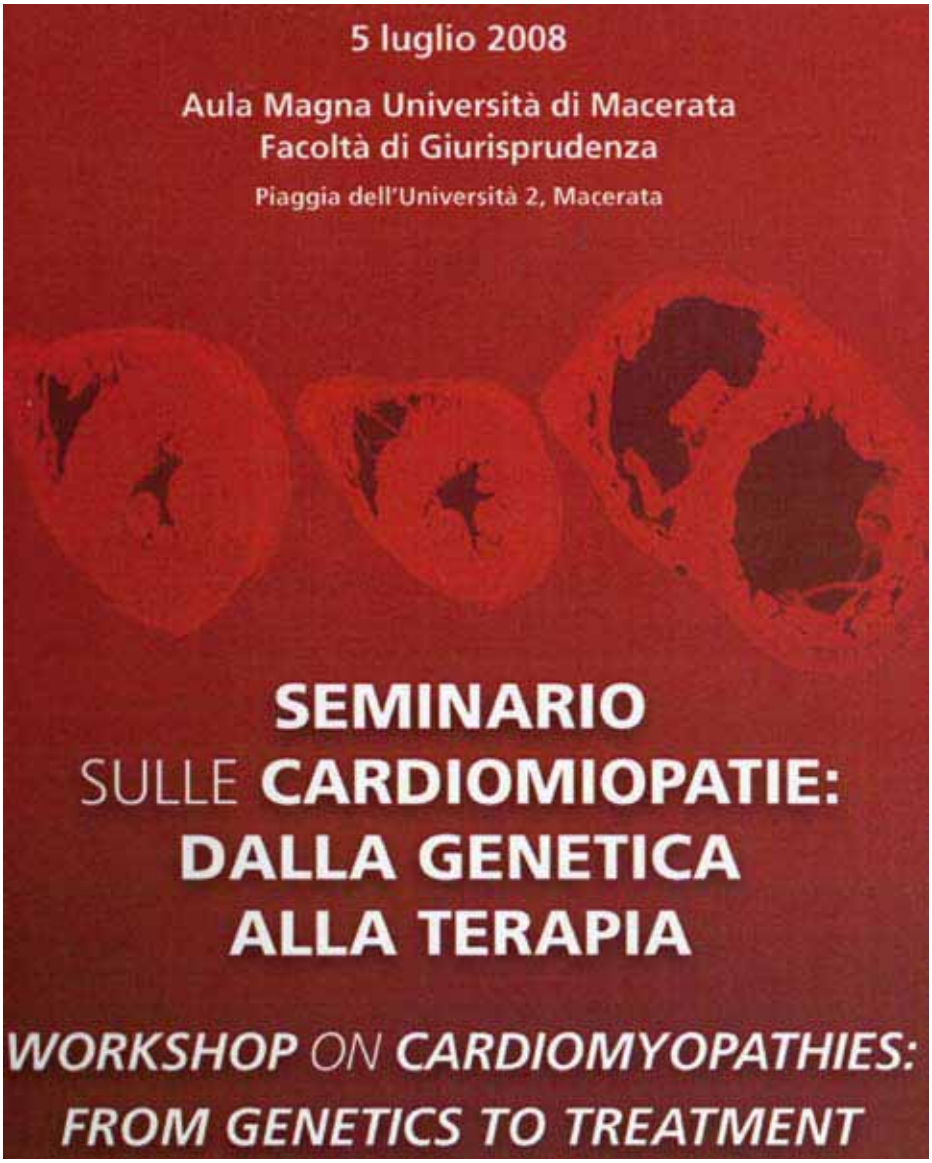
Attualmente è fondamentale ribadire, anche a livello locale, l'affermazione decisa della centralità del paziente cardiologico e il necessario mantenimento dell'unitarietà delle nostre Unità Operative che, dopo anni di attività, coronata da successi sia scientifici che legati al miglioramento dell'attività assistenziale, rischiano di essere frammentate: dobbiamo mantenere gli attuali standard operativi evitando che la superspecializzazione ci renda esclusivamente consultant di altre figure mediche ospedaliere.
Dobbiamo continuare a coinvolgere il Gestore nelle nostre Campagne Educazionali; ricordo il successo delle più recenti come quelle del "Ritardo evitabile" tenutasi a Fano e "Cardiologie sicure" a Jesi, durante le quali si sono messi in luce i pregi e le eccellenze della Cardiologia della nostra Regione: una fra molte l'esperienza della Rete per la Sindrome Coronarica Acuta STE nella Provincia di Pesaro e Urbino, coordinata dal Professor G. Binetti.
Recentemente l'Agenzia Sanitaria Regionale ci ha invitati a far parte della Commissione relativa all'appropriatezza degli esami diagnostici ed alla stesura del Documento di indirizzo relativo alla organizzazione dei laboratori di emodinamica che la Regione Marche intende adottare come Linea Guida regionale; tale ruolo permette di affermare il nostro punto di vista di professionisti nell'ambito di una corretta gestione delle risorse in campo cardiologico, collaborando alla messa a punto della Rete dei laboratori di emodinamica e perfezionando il network per la diagnosi e cura della coronaropatia acuta e non.
Sempre nell'ambito dei cathlab si sta pensando, d'accordo con l'Agenzia Regionale, di progettare ed adottare un database unico e condiviso da tutti i Laboratori della Regione, strumento utile per il controllo di qualità dello standard operativo - assistenziale e per la crescita culturale di tutti gli operatori coinvolti, interventisti e clinici.

Nuovi Associati e nuove motivazioni

Compito del nostro Direttivo sarà quello di recuperare nuovi Associati, specialmente nell'ambito dei giovani Cardiologi, che rappresentano nuova linfa ed entusiasmo per le nostre Cardiologie. Questo lo potremo fare coinvolgendoli maggiormente nelle iniziative formative e culturali, visto che anche a livello nazionale si persegue la politica della formazione "sul campo" dei Colleghi più giovani.
Altro punto fondamentale sarà quello di riavvicinare i vecchi Associati all'ANMCO, ristabilire un contatto con i Soci e recuperare la loro partecipazione e la loro fiducia nella nostra Associazione specie nel momento attuale in cui prosegue nell'attività di rivalutazione del ruolo specifico della Cardiologia nella Medicina moderna.

Attività culturali e formative

Proseguiamo con la bella avventura del Congresso interregionale assieme agli amici di Abruzzo ed Umbria: dopo "la Cardiologia che ci unisce" di S. Benedetto del Tronto di aprile 2008 ci prepariamo ad affrontare il prossimo evento del 2009 che si terrà in Umbria e che, non ho dubbi, coinvolgerà un gran numero di Cardiologi delle tre regioni.



Continuano, nell'ambito del Piano Formativo, i richiesti e fondamentali Corsi BLS - D e ACLS per Medici ed Infermieri che si cercherà, come sempre, di portare nelle varie province sotto la appassionata direzione del Dott. Mauro Persico e della sua nutrita squadra di Istruttori.
Questo il prossimo futuro, ma con piacere segnalo una bellissima iniziativa tenutasi a Macerata nel mese di luglio ovvero il "Seminario sulle Cardiomiopatie": dalla Genetica alla Terapia, organizzato dal Dott. G.L. Morgagni, Direttore dell'U.O. di Cardiologia dell'O.C. di Macerata, con il patrocinio di ASUR Marche ZT9, Ordine dei Medici di Macerata e l'ANMCO Marche.
Nella bellissima cornice dell'Aula Magna della Facoltà di Giurisprudenza abbiamo avuto il piacere di ascoltare esperti come il Prof. W. McKenna di Londra che ci ha parlato della diagnosi di Cardiomiopatia nell'atleta, il Prof. F. Romeo di Roma che ha ricordato l'impatto delle Cardiomiopatie in Cardiologia Clinica ed il Prof. F.S. Dioguardi di Milano che ha spiegato come sia possibile migliorare la funzione miocardica mediante supplemento di aminoacidi; il meeting ha raggiunto l'obiettivo di permettere il confronto di questi esperti con i Cardiologi marchigiani nella difficile problematica della gestione diagnostica e terapeutica dei soggetti con cardiomiopatia.

Cauti nella critica e generosi nella lode

I compiti che ci attendono non sono pochi e neppure semplici come è stato anche discusso nel nostro primo Consiglio Direttivo, ma con la buona volontà cercheremo di portarli a termine.
Pur raccogliendo l'eredità del precedente Direttivo il nostro impegno non sarà agevole per gli scenari economici che si prevedono, ma è necessario che la Comunità cardiologica nazionale e marchigiana rimanga unita.
Soprattutto ritengo che si debbano valorizzare al massimo le iniziative locali, perché possono essere spunti per perfezionare programmi su larga scala, ed in questo penso sia fondamentale rammentare a tutti noi un punto del codice etico della più diffusa organizzazione di service, il Lions club, cioè "essere cauti nella critica e generosi nella lode".
Pertanto augurando buon lavoro a tutti i Cardiologi nel valorizzare al massimo le iniziative locali, iniziamo la marcia.

La prescrizione appropriata delle statine tra evidenze scientifiche, tutela del paziente e allocazione delle risorse in Sanità

di L. Santoiemma, P. Caldarola, A. Battista

Le statine rappresentano farmaci insostituibili nel trattamento della ipercolesterolemia e nella prevenzione degli eventi cardiovascolari in pazienti ad alto rischio. Ampie evidenze cliniche, eccellente sicurezza e alta efficacia hanno determinato una crescita esponenziale della loro prescrizione, tanto che, in pochi anni, sono diventate, in tutti i paesi socio - economicamente avanzati, la prima classe di farmaci per spesa (Figura 1).

I liv. ATC Sottogruppi	Spesa lorda 2006 (milioni)	Δ % 2006 – 2005 spesa	DDD	prezzi	mix	Δ % Costo medio DDD
Totale nazionale	13.440	0,3	7,8	-6,9	-0,1	-7,0
C - Sistema cardiovascolare	4.866	5,0	8,1	-4,4	1,5	-2,9
statine	1.104	11,9	13,3	-2,2	1,0	-1,2
calcio antag. (diidro.)	585	-0,1	6,1	-5,7	-0,1	-5,8
ace inibitori	582	-0,3	8,9	-4,9	-3,8	-8,5
angio II antag. e diur. (ass)	551	15,5	18,1	-2,8	0,6	-2,2
angiotensina II antag.	533	12,2	17,2	-4,8	0,5	-4,3
ace inibitori e diur. (ass)	442	-4,0	1,3	-5,0	-0,2	-5,2
beta bloccanti	264	8,8	8,1	-4,6	5,4	0,6
nitrati	181	-8,8	-3,4	-5,8	0,2	-5,6
alfa bloccanti periferici	176	-0,4	6,3	-5,8	-0,5	-6,3
omega 3	125	9,2	19,7	-8,8	0,0	-8,8
antiaritmici	65	-2,5	2,4	-6,6	2,0	-4,8
calcio antag. (non diidro.)	62	-10,5	-4,7	-5,8	-0,3	-6,0
tiazidici e simili (incluse ass.)	27	-3,5	-0,2	-1,4	-1,9	-3,3
diuretici risparm. K+	24	1,0	5,1	-3,9	0,1	-3,9
beta bloccanti e diur. (ass)	22	-5,5	2,0	-5,7	-1,7	-7,4
glicosidi digitalici	17	-2,7	-3,8	0,0	1,2	1,1
fibrati	14	1,5	8,2	-5,1	-1,2	-6,3
altri	92	-0,8	10,6	-5,7	-4,9	-10,3

Figura 1
Spesa 2006 in Italia per farmaci del Sistema Cardiovascolare.
Fonte: OSMED 2006

La recente disponibilità di molecole a brevetto scaduto (attualmente simvastatina e pravastatina in Italia), caratterizzate da un costo molto contenuto, hanno determinato una divaricazione importante nel costo per giorno di terapia tra molecole generiche e molecole ancora coperte da brevetto.
In questo scenario diventa una forte tentazione, per gli allocatori di risorse del Sistema Sanitario, tentare di sostituire tutte le prescrizioni di statine coperte da brevetto, sia nelle terapie in corso che nelle nuove, con prescrizioni di statine a brevetto scaduto. Questo "semplice shift" produrrebbe una immediata riduzione della spesa per questi farmaci, liberando risorse che potrebbero essere reinvestite in altre aree di necessità.
Il dibattito su questa opportunità è acceso in molti Paesi e nel 2006 *The British Medical Journal* ne ha ospitato uno, scaturito da un editoriale di Moon e Bogle. In esso gli Autori sostengono la sostanziale equivalenza clinica di atorvastatina 10 e 20 mg vs simvastatina 40 mg, al di là di una diversa attività sulla riduzione del colesterolo LDL, sia sotto il profilo della attività che di quello della sicurezza. Citando alcune esperienze locali di politica di sostituzione di terapie a base di atorvastatina con simvastatina invocano l'adozione di tale politica a livello nazionale.
Come era prevedibile questo editoriale ha suscitato grande interesse e ne è nato un acceso dibattito, proseguito per mesi, fra sostenitori di una politica di "switch" e coloro che, pur sensibili alle problematiche di allocazione di risorse, ritengono percorribile con difficoltà questa strada.
Di fatto, la mancanza di studi controllati che abbiano confrontato, su outcomes clinici primari, le diverse statine tra loro ai diversi dosaggi disponibili, non permette di dirimere questo nodo e rimane la difficoltà di confrontare tra loro studi spesso molto dissimili per disegno, durata, dosaggio e molecole a confronto.
I dati disponibili si basano su metanalisi spesso confrontabili tra loro con

difficoltà come sostenuto dalla critical appraisal sulle statine effettuata da Giustini e Battaggia, Area Nazionale del Farmaco SIMG (Dossier sull'utilizzo delle statine, su www.progettoasco.it).

In questo contesto sono almeno due le domande che ci dobbiamo porre:

1. Il profilo farmacologico delle diverse statine è sufficientemente omogeneo da lasciar prevedere un risultato simile, in termini clinici, dall'uso delle diverse molecole?
2. Esiste la possibilità di una scelta appropriata delle singole statine, rispettosa delle evidenze scientifiche oggi disponibili, delle necessità del singolo utente e di quelle di una sana politica di allocazione delle risorse economiche in ambito sanitario?

Si può rispondere alla prima domanda valutando il profilo farmacodinamico e farmacocinetico delle statine.

Le statine possiedono una diversa potenza ipocolesterolemizzante, analoga sostanzialmente per atorvastatina 10 mg, rosuvastatina 5 mg, simvastatina 40 mg, mentre sono omogenee tra loro, attestandosi su livelli di attività inferiore, pravastatina 40 mg, fluvastatina 80 mg, lovastatina 40 mg. Una maggiore attività è svolta da atorvastatina, da 20 a 80 mg, e rosuvastatina, da 10 a 40 mg. (Figure 2 e 3)

È difficile ipotizzare quindi che la sostituzione di tutte le altre statine, ai vari dosaggi, con la simvastatina 40 mg, permetterebbe di conseguire gli stessi target terapeutici necessari a pazienti con diverse condizioni cliniche.

Anche sotto il profilo farmacocinetico le statine presentano differenze non trascurabili. Mentre lovastatina e simvastatina sono estesamente metabolizzate dal citocromo CYP3A4, atorvastatina presenta una doppia via metabolica CYP3A4 - CYP3A5, fluvastatina è metabolizzata dal CYP2C8, rosuvastatina presenta una metabolizzazione marginalmente enzimatica e pravastatina è metabolizzata per via non enzimatica.

Queste differenze pongono importanti problemi di interazioni tra farmaci, con lovastatina e simvastatina che interagiscono in maniera significativa con molti farmaci ed in particolare con gli inibitori del CYP3A4. In particolare farmaci come itraconazolo e claritromicina determinano aumenti importanti delle AUC di queste statine mentre è moderata l'interferenza con atorvastatina e nulla con fluvastatina, rosuvastatina e prava statina (cfr RCP delle singole statine).

Anche solo fermandoci a queste con-

Dosaggio	*5 mg*	*10 mg*	*20 mg*	*40 mg*	*80 mg*
Rosuvastatina	*- 30 %*	*- 43 %*	*- 48 %*	*- 53 %*	*- 58 %*
Atorvastatina	*- 31 %*	*- 37 %*	*- 43 %*	*- 49 %*	*- 55 %*
Simvastatina	*- 23 %*	*- 27 %*	*- 32 %*	*- 37 %*	*- 42 %*
Lovastatina	*-*	*- 21 %*	*- 29 %*	*- 37 %*	*- 45 %*
Pravastatina	*- 15%*	*- 20 %*	*- 24 %*	*- 29 %*	*- 33 %*
Fluvastatina	*- 10 %*	*- 15 %*	*- 21 %*	*- 27 %*	*- 33 %*

Figura 2 (da BMJ 2003; 326: 1423 – 1426)

Equipotenza	% rid. Col.tot.	Tipo e dose di statina (mg/giorno)					
		Pravastatina	*Fluvastatina*	*Lovastatina*	*Simvastatina*	*Atorvastatina*	*Rosuvastatina*
1	6-15	5	10	-	-	-	-
2	15-17	10	20	-	5	2,5	-
3	22	20	40	20	10	5	-
4	27	40	80	40	20	10	5
5	32	80	160	80	40	20	10
6	37	160	-	-	80	40	20
7	42	-	-	-	-	80	40

Modificato da Eur Heart J. 2007; 28: 154-159 e Circulation 2000; 101:207-213.

Figura 3

siderazioni non ci sembra sostenibile uno "shift" netto delle prescrizioni di statine verso la solo simvastatina (o altra statina).
Per quello che riguarda la seconda domanda, si può rispondere presentando la delibera 1384 approvata dalla Regione Puglia in data 27/07/2008 ed elaborata da ARES Puglia e dalla Commissione Regionale per l'Appropriatezza Prescrittiva.
Forse per la prima volta in Puglia un provvedimento di contenimento della spesa farmaceutica è stato adottato con la partecipazione attiva di un organismo tecnico quale la Commissione per l'Appropriatezza Prescrittiva (Presidente Antonio Battista, Direttore ARES, componenti: Luigi Santoiemma ed Ignazio Aprile, in rappresentanza dei MMG, Pasquale Caldarola, designato dall'ANMCO, Gabriele Miolli, in rappresentanza dei Geriatri, Vito Annese, in rappresentanza dei Gastroenterologi, Vincenza Giorgio per i Pneumologi, Emanuele Ferri e Vincenzo Moschetta, dell'area farmaceutica e Fernando D'Angelo, in rappresentanza di Cittadinanza Attiva).
Il provvedimento:
• ripropone quanto previsto nella Nota AIFA n. 13 (Figura 4);
• fa propri i valori target di Col LDL consigliati dalle Società Scientifiche (< 100mg % per i paz. a rischio elevato; <70 mg % per quelli a rischio molto elevato);
• propone un atteggiamento clinico basato non solo sui valori di Col LDL di partenza, ma soprattutto sul profilo clinico del paz. da trattare;
• riconosce la differente efficacia e le diverse proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche delle varie statine;
• sostiene che mantenere un paz. in trattamento con una statina che non permetta il conseguimento del target terapeutico precisato configura una evidente inappropriatezza.
Su queste premesse delibera che:
a) I Medici prescrittori (ove per prescrittori si intendono sia Medici di Medicina Generale, per quanto attiene la prescrizione su ricettario SSN, che Ospedalieri e Specialisti ambulatoriali nella prescrizione di indicazioni terapeutiche destinate al Medico curante) all'atto della prescrizione di inibitori della HMG CoA Reduttasi (cat C10AA) devono attenersi rigorosamente alle indicazioni previste dalla Nota AIFA 13.
b) In considerazione dei dati di letteratura espressi in premessa, per facilitare il compito del prescrittore, potranno essere applicate le seguenti indicazioni:
1. soggetti a rischio elevato (iperlipidemie familiari; soggetti con rischio CV a 10 anni > 20% secondo le Carte del Rischio del Progetto Cuore; soggetti con pregresso IMA o ictus ischemico, arteriopatia ostruttiva periferica, diabete mellito; soggetti con ipercolesterolemia secondaria a farmaci o insufficienza renale cronica):
- con valori di colesterolo LDL uguali o inferiori a 150 mg/dl: prescrizione, come prima scelta, di un farmaco equivalente e/o non coperto da brevetto;
- con valori di colesterolo LDL superiori a 150 mg/dl: prescrizione, come prima scelta, di una statina scelta tra quelle a più elevata attività intrinseca, ad un dosaggio adeguato a conseguire una riduzione del colesterolo LDL superiore al 40 %;
2. soggetti a rischio molto elevato (sindrome coronarica acuta, ictus ischemico recente, rivascolarizzazione coronarica recente, presenza di comorbidità, ad es. diabete + coronaropatia documentata) prescrizione, come prima scelta, di una statina scelta tra quelle a più elevata attività intrinseca, ad un dosaggio adeguato alle condizioni cliniche.
In sostanza si è ritenuto di individuare in una percentuale del 35 - 37 % la massima riduzione di C-LDL conseguibile con la somministrazione delle statine oggi disponibili come generiche in Italia e caratterizzate da un basso costo per giorno di terapia. Il valore di C-LDL di 150 mg/dl rappresenta una semplificazione accettabile della soglia oltre la quale non sarà possibile conseguire il target terapeutico auspicabile (C-LDL inferiore a 100 mg/dl) con determinate statine e si porrà la necessità di prescrivere molecole dotate di maggiore attività ipocolesterolemizzante.
Come tutte le soglie è, in parte, opinabile ma rappresenta uno spartiacque semplice da ricordare e applicare per il medico prescrittore. Sarà sempre possibile la prescrizione di una statina diversa da quella proposta in caso di mancato raggiungimento del target terapeutico, intolleranza, interazioni verificate o attese.
Il Medico di Medicina Generale dovrà semplicemente annotare nella scheda sanitaria il valore di C-LDL e la prescrizione effettuata. Lo specialista ambulatoriale o ospedaliero dovrà, al momento della prescrizione, redigere una scheda di monitoraggio sintetica, di cui una copia sarà inviata al MMG

Riduzione del rischio cardiovascolare nelle dislipidemie

FARMACI RIMBORSATI

1 - FIBRATI (bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil)
2 - STATINE (atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rovustatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe)
3 - OMEGA 3

SI

La prescrizione è a carico del SSN nei soggetti con:
• Dislipidemie Familiari (1, 2, 3) (algoritmi diagnostici basati su criteri biochimici, clinici ed anamnestici);
• Ipercolesterolemia non corretta dalla dieta (2):
- In soggetti con Rischio Cardiovascolare Globale Assoluto (RCGA) > 20% a 10 anni rilevato con le carte del rischio del Progetto Cuore o l'algoritmo dell'ISS (Prevenzione Primaria);
- In soggetti con coronaropatia documentata, pregresso ictus o infarto del miocardio, diabete o arteriopatia obliterante periferica (arti, carotidi, arterie renali), aneurisma aortico (Prevenzione Secondaria);
- In soggetti con pregresso infarto del miocardio (3);
- Iperlipidemie non corrette dalla sola dieta (1, 2, 3);
- Indotte da farmaci (immunosoppressori, antiretrovirali, inibitori dell'aromatasi);
- In soggetti con Insufficienza renale cronica di grado avanzato.

NO

La prescrizione non è a carico del SSN nei casi di:

• In assenza di una valutazione del RCGA in prevenzione primaria;

• Ipercolesterolemia isolata non familiare con RCGA < 20%;

• In soggetti Con IRC di grado lieve.

PERCHÈ

• L'entità del rischio cardiovascolare dipende dalla combinazione di vari fattori di rischio (es. età, fumo, P.A diabete, sesso). La nuova nota 13 stabilisce l'indicazione al trattamento non per un valore soglia del colesterolo, ma al superamento del valore del 20% a 10 anni del RCGA.
• L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere comunque inserito in un contesto di modificazione dello stile di vita (fumo, alimentazione, attività fisica).
• Al di sopra dei 70 anni la valutazione del rischio va effettuata nel singolo paziente anche in base alle comorbidità.
• L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuo e non occasionale.

Limitazioni Regionali

La Legge Regionale n. 39 del 28/12/06 art. 12 ha richiamato i medici prescrittori alla corretta applicazione della nota con particolare attenzione alla carta del rischio cardiovascolare, alla durata e continuità del trattamento, pervenendo ad una spesa media per DDD inferiore a 1 euro.
Nuove indicazioni nella delibera 1384 del 22.07.08

Figura 4

Per saperne di più www.arespuglia.it, www.cuore.iss.it

ed una resterà negli archivi della Struttura di appartenenza. È questo un passaggio importante per consentire, in ogni momento, una tracciabilità della prescrizione e di condivisione della appropriatezza prescrittiva tra specialista e MMG. Nei soggetti cosiddetti "a rischio molto elevato", in accordo con le evidenze disponibili in letteratura, si riserverà la prescrizione di statine dotate di elevata attività intrinseca, a dosaggio adeguato alle condizioni cliniche in atto.
In conclusione ci sembra di poter affermare che questa, ovvero la strada di una prescrizione ragionata, innanzitutto appropriata alle condizioni cliniche del paziente, ispirata alle evidenze più largamente disponibili in letteratura e che ripartisca le risorse investite a seconda di obiettivi terapeutici personalizzati, possa rappresentare il modo più ragionevole di far convergere la tutela della salute del singolo, la buona pratica clinica e la necessità di una allocazione di risorse ragionata e non vessatoria o ciecamente restrittiva può rappresentare la strada della appropriatezza prescrittiva.

Bibliografia

1. Moon JC and Bogle RG. Switching statins. BMJ 2006; 332: 1344-5.
2. Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunninghake D. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (the CURVES study). Am J Cardiol 1998; 81: 582 - 7.
3. Olsson AG, Eriksson M, Johnson O, Kjellstrom T, Lanke J, Larsen ML, et al. A 52 - week, multicenter, randomized, parallel - group, double - blind, double dummy study to assess the efficacy of atorvastatin and simvastatin in reaching low density lipoprotein cholesterol and tryglyceride targets: The Treat to Target (3T) Study. Clinical Therapeutics 2003.
4. Law MR, Waid NJ, Rudnicka R. Quantifyng effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003; 326; 1423.
5. Krasuski RA, Doeppenschmidt D, Henry JS, Smith PB, Adinaro J, Beck R, et al. Conversion to atorvastatin in patients intolerant or refractory to simvastatin therapy. The CAPISH study. Mayo Clinic Proc 2005; 80: 1163 - 8.
6. Raal FJ. A single centre retrospective observational study to evaluate the change in total cholesterol and LDL cholesterol in hyperlipidaemic patients switched from atorvastatin to simvastatin. Cardiovasc J South Afr 2004; 15:118 - 123.
7. Zhou Z, Rahme E, Pilote L. Are statins created equal? Evidence from randomized trials of pravastatin, simvastatin and atorvastatin for cardiovascular disease prevention. Am Heart J. 2006; 151: 273 - 81.
8. Sever PS, Dahlöf B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo - Scandinavian Cardiac Outcomes Trial--Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2003; 361:1149-58.
9. Colhoun HM, Betteridge D, Durrington PN, Hitman GA, Neil HAW, Livingtone J, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre, randomized placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364: 685-96.
10. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-89.
11. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high risk individuals: a randomized placebo- controlled trials. Lancet 2002; 360: 7-22.
12. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL, Belder R, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. N Engl J Med 2004; 350: 1495-1504.
13. Cholesterol Treatment Trialist (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 poartecipants in 14 randomized trials of statins. Lancet 2005, 366; 1267-78.
14. Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes. The MIRACL study: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285: 1711-8.
15. de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al. Early intensive versus a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes. Phase Z of the A to Z trial. JAMA 2004; 292: 1307-1316.
16. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A 3rd, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. N Eng J Med. 2006; 355: 549-59.
17. Sakshaug S, Furu K, Karlstad Ø, Rønning M, Skurtveit S.
Switching statins in Norway after new reimbursement policy: a nationwide prescription study. Br J Clin Pharmacol. 2007 Oct; 64(4):476-81.
Epub 2007 Apr 18.
18. Usher-Smith JA, Ramsbottom T, Pearmain H, Kirby M.
Evaluation of the cost savings and clinical outcomes of switching patients from atorvastatin to simvastatin and losartan to candesartan in a Primary Care setting. Int J Clin Pract. 2007 Jan; 61(1):15-23.
19. Russell MW, Huse DM, Miller JD, Kraemer DF, Hartz SC.
Cost effectiveness of HMG-CoA reductase inhibition in Canada. Can J Clin Pharmacol. 2001 Spring; 8(1):9-16.
20. Fox KM, Gandhi SK, Ohsfeldt RL, Davidson MH.
Comparison of low-density lipoprotein cholesterol reduction after switching patients on other statins to rosuvastatin or simvastatin in a real - world clinical practice setting. Am J Manag Care. 2007 Dec;13 Suppl 10:S270-5.

Un consiglio giovane, progetti ambiziosi

di Rinaldo Aste

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale della Sardegna è formato da giovani Cardiologi alla prima esperienza. Questa scelta è stata fatta per dare alla nostra Associazione nuova linfa allo scopo di far sentire le nuove generazioni più vicino ai progetti e alle iniziative dell'ANMCO. Sono infatti i giovani Cardiologi quelli che, formatisi con esperienze diverse dal passato, maggiormente richiedono e sono un sicuro investimento per il futuro. È presente nella nostra Regione un'intera generazione di Cardiologi che negli ultimi anni hanno trovato molte difficoltà ad inserirsi nel contesto ospedaliero.
Per vari anni non sono stati fatti concorsi per l'assunzione in Ospedale, così che l'unica possibilità d'inserimento nelle Cardiologie ospedaliere è stata la formula del Contratto d'Opera. Questa situazione frustrante dal punto di vista professionale ed economico ha prodotto da una parte una fuga verso altre sistemazioni più remunerative e sicure, ma anche una sorta di selezione portando in Ospedale persone fortemente motivate ad esercitare la professione al suo interno.

Coinvolgimento e partecipazione delle nuove generazioni di Cardiologi

È quindi il punto principale del Programma del prossimo biennio quello di coinvolgere attivamente le nuove generazioni di Cardiologi.
È anche a tal scopo che, nel nuovo Consiglio Direttivo, sono state individuate delle figure che, in analogia con le Aree ANMCO, avranno il compito di far incontrare i vari Cardiologi operanti nelle varie specialità (Imaging, Scompenso, Aritmie, Interventistica) attraverso incontri nei vari ospedali sotto forma di scambi di "case report" incontrati nella propria pratica e realtà locale al fine non solo di discutere il caso clinico ma far eventualmente venire a galla le criticità locali della gestione clinica.

Veduta aerea di Carloforte

Collegamento tra la varie unità cardiologiche della regione

La Sardegna è una regione vasta ma con bassa densità di popolazione e con una rete stradale che non consente facilità di spostamento, in particolare in alcune zone dell'isola. Esistono perciò molti Ospedali distribuiti nel territorio con un piccolo bacino d'utenza. Questo ha portato ad una concentrazione delle Cardiologie dotate di UTIC solo nei centri capoluogo. Negli ultimi anni anche altri centri sono cresciuti, infatti anche là ove non era presente nemmeno la Cardiologia autonoma oggi esiste una struttura completa dotata anche di Cardiologia interventistica.
Lo sviluppo della Cardiologia moderna in particolare nella terapia delle coronaropatie o nel trattamento non farmacologico dello Scompenso, non permette che cittadini a solo poche decine di chilometri di distanza possano usufruire di tutte le opzioni terapeutiche per la propria patologia.
È un obiettivo di questo Consiglio quello di collegare tra loro le varie realtà cominciando ad analizzare le criticità e intavolare così un programma di connessione da presentare successivamente al Decisore Pubblico.
L'evento ANMCO di dicembre, "Ritardo Evitabile", è la prima occasione d'incontro tra le Cardiologie e i responsabile della varie Cardiologie annesse alle Medicine per iniziare un programma di interconnessione tra i centri "minori" e quelli dotati di maggiori risorse e disponibilità di mezzi.

Rete dell'emergenza coronarica

Insieme alla SIC, è in programma di dare un significativo contributo alla realizzazione della Rete per l'Emergenza Coronarica ancora non completata in tutta la Regione ma in attività solo nei centri urbani di Cagliari e Sassari.

Aggiornamento personale infermieristico

Infine pensiamo che sia necessario, in un momento in cui la Cardiologia si identifica sempre di più nella tecnologia, integrare maggiormente il personale medico con quello infermieristico. Sarà organizzato, con cadenza annuale, un corso teorico pratico di tecniche di Cardiologia interventistica su argomenti sia di elettrostimolazione ed emodinamica sia non strettamente cardiologiche come la ventilatoria e la nefrologica.

Autunno: in Sicilia tempo di "rientro" e di "tagli"

Il "welfare" assediato: sono forse io il custode di mio fratello?

di Abele Ajello

Il "rientro" allude al piano economico che le Regione Sicilia dovrà approntare per innescare un meccanismo finalmente virtuoso nella Spesa Sanitaria Regionale e i tagli della spesa sono quelli che supporteranno il suddetto Piano. Dichiaratamente i principi ispiratori del Piano saranno la lotta allo "spreco" e la considerazione che il Fondo di solidarietà nazionale risulterà fortemente ridotto dalla politica sanitaria "federalista" che dovrebbe trovare nella legislazione in corso il suo pieno compimento. Il sottotitolo è l'argomento di un articolo del sociologo Zygmunt Bauman che esprime la crisi dello spirito di solidarietà nella Società globalizzata contemporanea facendone una descrizione lucida e profetica ("European Journal of Social Work", n. 3, 2000, pp. 5 - 11). Ed è su questi due concetti, "spreco" e "solidarietà", che conviene spendere due parole.

Crisi della "solidarietà"

La solidarietà è la base del welfare e, secondo Bauman, si fonda su due pilastri fondamentali. Da una parte il pilastro "etico" fatto sia del trionfo delle intenzioni morali e dei principi costitutivi della moderna Società civile, sia delle battaglie condotte dai sindacati e dai partiti laburisti ma anche del desiderio dell'establishment politico di disperdere il dissenso e prevenire potenziali ribellioni.
Ma neppure la combinazione di questi fattori sarebbe bastata, se non fosse per l'altro pilastro, quel motivo inconfessato che li ha tenuti insieme: il bisogno di mantenere una disponibilità di forza - lavoro per il mercato. Il porre i poveri e i disabili, gli impoveriti e gli indolenti nelle condizioni di "rientrare nei ranghi" in qualsiasi momento, per essere in condizione di essere mobilitati come lavoratori, era davvero una condizione trasversale, che andava al di là delle distinzioni tra destra e sinistra. Non servivano grandi argomenti per persuadere che il denaro speso per il welfare fosse denaro speso bene. Ma, ormai, l'epoca del pieno impiego industriale è finita nel mondo occidentale; il progresso tecnologico nella produzione si traduce in un minore bisogno di investimenti nell'occupazione e questo comporta un numero minore di posti di lavoro.
Non stupisce, quindi, che lo stato sociale abbia "cattiva pubblicità" e che l'assistenza sanitaria diventi facilmente "malasanità". Non si parla di quei milioni di persone per le quali le provvidenze del welfare hanno segnato e segnano la differenza tra l'abiezione della povertà e una vita dignitosa; e neppure dei milioni di pazienti che hanno ricevuto e ricevono un'assistenza sanitaria equa e qualitativamente elevata. Si sente parlare spesso, invece, di quelle centinaia o migliaia di fannulloni (scrive proprio così Bauman, nel 2000) che la dipendenza dai sussidi pubblici ha trasformato in esseri inetti e oziosi,

indisponibili a cogliere le opportunità di lavoro offerte loro.
Quindi, dopo un secolo di felice coabitazione tra etica e razionalità strumentale, il secondo pilastro è crollato e l'etica è rimasta da sola a farsi carico, precariamente, del welfare che è diventato, quindi, più vulnerabile.
Il giudizio severo di Bauman non deve, tuttavia, fare dimenticare un altro aspetto del problema. Un recente commento del NEJM del 24 luglio 2008 sull'aumento della compartecipazione alla spesa degli utenti proporzionale all'incremento del costo degli interventi, riferisce di una survey che ha misurato la "generosità" della società statunitense. In circa quindici anni c'è stato il quasi dimezzamento della propensione dei ricchi e sani a spendere per i poveri e malati (vedi figura). La spiegazione addotta, oltre alla ovvia considerazione di una Società meno generosa, è che la Spesa Sanitaria è salita realmente al di là della nostra capacità di sopportazione. Ma, si aggiunge, attenzione a scaricare sui malati e più deboli l'incremento dei costi sociali con il meccanismo della progressiva compartecipazione! Con spirito pragmatico, si sottolinea che con l'incremento della sopravvivenza, potremmo anche noi dovere convivere in futuro con una o più malattie croniche e fare parte del gruppo di utenti di trattamenti ad alto costo.

Impiego razionale delle risorse

Allora cosa fare? Il progresso scientifico e tecnologico fornisce la possibilità di innovazioni con cui necessariamente misurarsi. Un Sistema Sanitario universalistico deve essere in grado di acquisire prontamente e mettere in pratica il frutto delle conquiste scientifiche pena la frustrazione degli operatori, l'obsolescenza delle prestazioni e la conseguente ineluttabile selezione nella fruibilità delle strutture migliori.
L'obiettivo di facilitare l'introduzione nel Sistema Sanitario e di favorire l'adozione tempestiva da parte delle sue organizzazioni di programmi, interventi, servizi e prestazioni che presentino solide evidenze empiriche di un qualche vantaggio per il paziente e per la popolazione deve essere perseguito in modo giudizioso e selettivo.
Un approccio potrebbe essere quello di cercare di rinsaldare il pilastro etico rendendolo più "sopportabile" per la comunità con una maggiore accortezza nella prescrizione di interventi di comprovata efficacia. Per "spreco" nella Spesa Sanitaria dobbiamo intendere l'impiego di risorse in situazioni cliniche in cui non sia dimostrato un qualsiasi beneficio "evidente" per il paziente, non sia specificata la tipologia dello stesso (incremento della sopravvivenza e sua quantizzazione, riduzione delle complicanze, miglioramento della qualità della vita) e non siano ben definiti i costi relativi. Nei casi in cui ciò non sia determinato con precisione, piuttosto che "sprecare" le nostre limitate risorse impegnandole impropriamente, dovremmo pretendere che i pazienti che ricevono tali trattamenti siano inseriti in trial clinici o registri che permettano di identificare i profili clinici e molecolari degli individui in grado di beneficiarne.
È forse corretto, come nel sistema assistenziale sanitario statunitense, considerare essenziali e quindi gratuiti i livelli assistenziali a più basso costo e costringere alla compartecipazione o rendere a totale carico dell'utente le prestazioni a costo più elevato soltanto perché tali? O, piuttosto, non è buona politica sanitaria rendere accessibili a tutti unicamente le prestazioni di più comprovata e robusta efficacia?
Per i "tagli" ci si potrebbe ispirare a questo tipo di considerazioni!

Indicazioni al test ergometrico e all'ECG dinamico holter adottate dalla ASL 1 - Umbria, zona Alto Tevere

di D. Severini, S. Misuri, L. Prosciutti, L. Marinacci, F. Fedeli, V. Dò, G. Gamberi, G. Arcuri, M. Ridarelli, M. Cocchieri

Modello organizzativo nella gestione delle indagini diagnostiche cardiologiche tra medici di medicina di base e medici ospedalieri

Una delle problematiche maggiori della Sanità è rappresentata dal non governo delle liste d'attesa per indagini diagnostiche strumentali.
Se da una parte ciò è imputabile ad atteggiamenti "difensivisti" è pur vero che una grossa quantità di richieste risultano inappropriate. Ciò è riconducibile, secondo la nostra esperienza, a sempre maggiori richieste non solo da parte dei medici di medicina generale ma anche degli specialisti Cardiologi e di medicina interna.
Al fine di regolamentare tale situazione, abbiamo deciso di sintetizzare in maniera facilmente fruibile da tutti gli operatori sanitari, specialisti ospedalieri e del territorio, le ultime Linee Guida in materia di test ergometrico ed ECG dinamico Holter.
Sono queste indagini di II livello, mai di primo impiego, nell'uso delle quali è necessario tenere conto sia dell'evidenza clinica che del rapporto costo - beneficio.
Il termine appropriatezza è stato coniato per identificare quelle procedure sanitarie per le quali il beneficio derivante dalla esecuzione supera abbondantemente i rischi.
Le aumentate conoscenze scientifiche e la globalizzazione delle opzioni terapeutiche, anche ad elevata tecnologia, deve confrontarsi con una limitata disponibilità economica dei sistemi sociali e da qui l'impossibilità di fare ciò che è medicalmente possibile rispetto a quanto è effettivamente realizzabile.
È ovvio che ciò tende a evitare lo spreco, terreno su cui è più facile apportare correttivi mentre il sovrautilizzo, dovuto alla medicina "difensivista", è più difficile da limitare.
Le indicazioni quindi di appropriatezza per l'uso di un esame si dovranno basare sull'evidenza clinica e sul rapporto costo - beneficio.
Nel caso di indagini cardiologiche non invasive, e quindi di per sé a basso rischio, si tende spesso a non considerarle mai totalmente inappropriate se l'offerta supera la domanda e quindi l'appropriatezza è esclusivamente condizionata dalla disponibilità delle prestazioni.
Nell'attuale situazione sanitaria italiana è necessario regolamentare le richieste secondo il principio di decrescente appropriatezza.
Bisogna comunque evitare il rischio di non garantire l'esecuzione di un esame a chi ne avrebbe maggiormente beneficiato (concetto di costo - opportunità). Questo è il motivo che ci ha indotto a semplificare e uniformare, almeno nella nostra zona, le indicazioni per il test ergometrico e l'ECG dinamico Holter, due esami molto richiesti nella pratica clinica.
Per facilitare il controllo dell'indicazione e il compito dell'esecutore dell'indagine, che spesso non è lo stesso che pone l'indicazione, deve essere sempre specificato chiaramente il motivo della richiesta e l'obbiettivo dell'indagine. Nel caso del test ergometrico abbiamo posto come condizione che l'esame deve essere preceduto da una valutazione cardiologica comprensiva di ECG ed ecocardiogramma recenti.

Bibliografia:
1) Linee Guida Task Force dell'American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) - 1997.
2) Linee Guida per elettrocardiografia ambulatoriale (ACC/AHA) - 1999.
3) Linee Guida Update for exercise testing (ACC/AHA) - 2002.
4) Linee Guida (ANMCO - SIC - ANCE - SIEC) - 2000.

APPROPRIATEZZA DEL TEST ERGOMETRICO
Screening
nessuna indicazione
Dolore toracico – sospetta cardiopatia ischemica
a) Pazienti con dolore toracico da sforzo più o meno tipico per angina
Pazienti con cardiopatia ischemica nota
a) Stratificazione del rischio b) Definizione di un programma di riabilitazione e di training c) Rivalutazione dopo variazioni del quadro clinico
Postinfarto • Stratificazione del rischio (prima della dimissione) o entro il primo mese e poi una volta all'anno se il paziente rimane stabile • Definizione del programma di riabilitazione
Dopo procedure • Controlli programmati dopo angioplastica coronarica con o senza stent a 6 mesi, alla ripresa dei sintomi e poi una volta all'anno se stabile. • Controlli programmati dopo bypass aortocoronarico a 6 mesi o alla ripresa dei sintomi e poi una volta all'anno.
Valutazione preoperatoria per interventi non cardiaci o valvulopatia Solo su indicazione del cardiologo
Altre situazioni cliniche in cui si ritiene indicato o non indicato il test ergometrico a) Ipertensione arteriosa sistemica: indicato se è presente un danno d'organo b) Portatori di Pace maker: nessuna indicazione c) Insufficienza cardiaca (preferibile test cardiopolmonare) indicato per: • Timing per il trapianto • Ricerca di ischemia in scompenso cardiaco di incerta etiologia d) Aritmie indicato per: • Presenza di sincopi, presincopi, palpitazioni tutte correlate allo sforzo

APPROPRIATEZZA ALL'USO DELL'ECG DINAMICO HOLTER
Valutazione dei sintomi che possono essere correlati con aritmie • Episodi di cardiopalmo inspiegati, prolungati e/o frequenti
Valutazione del rischio aritmico in pazienti con o senza sintomi correlabili ad aritmie • Cardiomiopatia ipertrofica con o senza sintomi • Postinfarto con disfunzione ventricolare sinistra (FE < 40%) • Cardiomiopatia dilatativa con disfunzione ventricolare sinistra e sintomi suggestivi per aritmie • Prolasso valvolare mitralico complicato o sintomatico • Sindrome del QT lungo • Sindrome di Brugada • Valutazione di pazienti con crisi lipotimiche e/o sincopali
Valutazione della terapia antiaritmica **Indicazione del cardiologo**
Ricerca di ischemia in presenza di dolore toracico **Angina variante accertata o sospetta**
Ricerca di ischemia in soggetti asintomatici **Nessuna indicazione**
Ricerca di ischemia in soggetti con cardiopatia nota o a fini prognostici **Indicazione del cardiologo**
Pazienti con pacemaker e cardiovertitore defibrillatore **Di solito non indicato** (essendo il PMk in grado di effettuare una registrazione con memoria degli eventi)

Monitoraggio remoto dei pazienti portatori di pacemaker cardiaco

di D. Vaccari e G. Neri

Nonostante i notevoli miglioramenti nella funzionalità e nella versatilità dei pacemaker (PM) e dei cardioverter - defibrillatori impiantabili (ICD), un aspetto ancora non è cambiato nelle ultime quattro decadi: il paziente deve farsi visitare dal medico per il controllo regolare del dispositivo ogni 3 - 12 mesi! I controlli di routine dei PM e ICD gravano di un onere non indifferente il medico incaricato, il paziente ed il Sistema Sanitario Nazionale.

L'evoluzione tecnologica dei dispositivi impiantabili cardiaci ha reso disponibili numerose diagnostiche relative al ritmo cardiaco e all'integrità degli stessi, potenzialità che vengono però sfruttate limitatamente proprio a causa del ristretto tempo a disposizione durante la visita di follow - up o all'impossibilità di accedere alle informazioni tra un controllo ed il successivo. L'identificazione di un evento potenzialmente pericoloso e asintomatico per il paziente avviene, così, solo al normale follow - up programmato, spesso dopo alcuni mesi. Risulta quindi non ottimale uno schema gestionale dei pazienti portatori di PM/ICD che preveda il controllo diretto solo ad un intervallo fisso di alcuni mesi, in quanto potrebbe, da un lato, non identificare precocemente variazioni potenzialmente pericolose delle condizioni cliniche e dello stato del sistema impiantato e, dall'altro, obbligare alla visita ambulatoriale tutti i pazienti anche per coloro nei quali non si è verificata alcuna variazione significativa.

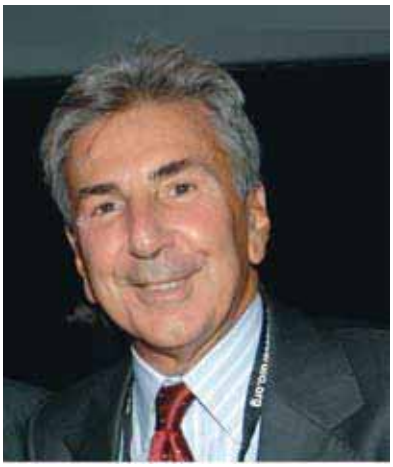
Sulla base di queste considerazioni, alcune aziende costruttrici di PM/ICD, offrono in questi ultimi anni una tecnologia che consente di inviare dati dal dispositivo impiantato direttamente al centro di riferimento, quotidianamente e senza l'intervento del paziente, in modo tale da superare i

L'esperienza del monitoraggio remoto sta facendo emergere molti nuovi dati, fino ad ora mai evidenziati che, gestiti in tempo reale creano un livello assistenziale del paziente portatore di pacemaker cardiaco molto elevato Rimane da chiarire con quale impiego di risorse

Figura 1 - Flusso dei dati

limiti di tempo e luogo nell'acquisizione ed aggiornamento delle informazioni (Figura 1). Tale tecnologia sta comportando un radicale cambiamento nella gestione dei pazienti.
Il pacemaker o defibrillatore impiantabili predisposti per la funzione di telemonitoraggio sono dotati di un circuito di trasmissione che consente la trasmissione dei dati acquisisti ed elaborati dal PM/ICD. Poiché la trasmissione avviene in modo completamene automatico, non è richiesto alcun intervento da parte del paziente, con il notevole vantaggio che la trasmissione è indipendente dalla collaborazione e/o capacità del paziente.
Un'unità esterna portatile riceve automaticamente le informazioni trasmesse dal PM/ICD e le inoltra, senza l'intervento del paziente, attraverso la rete telefonica cellulare GSM, al Centro Servizi, nel quale i dati vengono elaborati e messi a disposizione esclusivamente del medico e/o centro curante attraverso la piattaforma Internet.
Il trasmettitore portatile non richiede alcuna particolare azione da parte del paziente che deve solamente collegare alla rete elettrica la sua base (che funge da carica batteria) e collocarlo vicino al letto, in modo tale che di notte, quando normalmente viene impostata l'ora di trasferimento dei dati dal dispositivo impiantato, possa captare le informazioni provenienti da quest'ultimo.
Nella nostra esperienza, la segnalazione di eventi avversi in tempo reale e contemporaneamente via fax al reparto di Cardiologia, via e-mail ai medici ed infermieri coinvolti e via sms al medico referente, ha evidenziato numerosi dati clinici del paziente ed anomalie del PM, talora attese, in qualche occasione inattese e sconosciute, che hanno richiesto un impegno assistenziale maggiore, ma che hanno anche azzerato il rischio clinico del paziente.
Vi è stata inoltre la possibilità di effettuare una continua verifica dell'efficacia della terapia antiaritmica, farmacologica o erogata dal dispositivo, dei loro effetti collaterali e dell'aderenza del paziente al trattamento, non così di rado causa principale del deterioramento delle condizioni dello stesso.
Abbiamo inoltre potuto supervisionare dispositivi impiantati a pazienti con mobilità limitata a causa di capacità fisiche ridotte o perché residenti lontano dall'ospedale, con risparmio non indifferente anche per i familiari che li accompagnavano.
Il monitoraggio remoto dei pazienti portatori di PM/ICD sembra mostrare notevoli potenzialità soprattutto nella direzione di un incremento della qualità, sicurezza ed accuratezza delle cure erogate, probabilmente a parità di risorse economiche. Sarà opportuno un riconoscimento normativo di tale attività.

Mario Chiatto e Pasquale Caldarola intervistano il Prof. Roberto Ferrari



Prof. Roberto Ferrari
Presidente della ESC per il biennio 2008 - 2010

Prof. Ferrari, lei è il primo italiano, a ricoprire la carica di Presidente della Società Europea di Cardiologia; cosa rappresenta questo per la Cardiologia italiana?

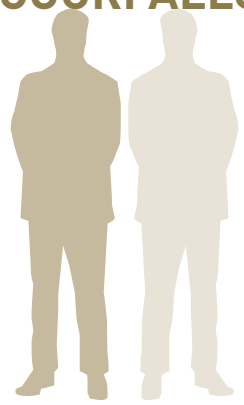
Non sono stato il primo italiano a ricoprire tale carica. Lo sono stati il Prof. Condorelli e poi il Prof. Reale. È un riconoscimento importante per la Cardiologia italiana e per ciò che ha realizzato negli ultimi anni in termini di ricerca e di modelli assistenziali. Anche perché io non sono stato eletto da un Nominating Committee di poche persone (come avveniva nel passato, anche recente). Sono stato votato da 52 Società nazionali, 5 Association e 19 Working Group. Con un cognome come il mio, "Ferrari", è difficile non essere riconosciuto non italiano!

Ha dichiarato che nel prossimo biennio dedicherà tutte le sue energie all'attività di Presidente, dedicando il massimo impegno per portare la ESC più vicino alle diverse realtà locali. Con quali iniziative?

Dedicando "tempo ed energie" alla Presidenza.
Ringrazio l'Università di Ferrara e l'Unità Operativa di Cardiologia che mi hanno esonerato per i prossimi due anni da responsabilità didattiche ed assistenziali. Di conseguenza avrò tempo da dedicare all'ESC e ai suoi "constituent bodies".
Intendo partecipare quanto più possibile ai loro Congressi nazionali, conoscere i progetti in corso ed in divenire, le difficoltà e condividere possibili soluzioni. Spero di convincere i Working Group, Association e Società nazionali a partecipare alle iniziative (nuove e non) dell'ESC. Spero di contribuire a rafforzare un senso di appartenenza all'ESC e all'Europa. L'ESC è la Società Scientifica più grande del mondo e l'Europa uno dei continenti più colti ed affascinanti. Dobbiamo esserne orgogliosi.

Sappiamo che il tema della prevenzione delle malattie cardiovascolari le sta particolarmente a cuore; come intende affrontarlo a livello europeo?

In tre modi.
"Politicamente"
La prevenzione necessita di un approccio socio - politico prima ancora che medico. Mi adopererò perché la "voce" dell'ESC sia sempre più autorevole e "sentita" a Bruxelles. La recente risoluzione del Consiglio dei Ministri europei in tema di prevenzione delle malattie cardiovascolari e la Heart Health Care Charter sono un esempio concreto di interazione ESC/politica europea. In questo ambito essere italiano (una volta tanto!) aiuta: sempre più paesi adottano leggi antifumo simili alla nostra e la dieta mediterranea si fa strada.
"Scientificamente"
Capire i meccanismi alla base delle malattie cardiovascolari, vuol dire anche prevenirle. Il tema che ho scelto per il prossimo Congresso di Barcellona è "Cardiovascular Prevention: from cell to man to society". È necessario diffondere il messaggio che la modifica degli stili di vita errati



è la chiave per arginare le patologie cardiovascolari. Se alimentazione e movimento sono gli strumenti pratici su cui agire, il vero problema è economico - culturale. Non a caso l'obesità è più comune nei ceti poveri e le malattie cardiovascolari sono rilevanti, al contrario di quel che si credeva, anche nei paesi sottosviluppati (sono la seconda causa di morte in Africa).
"Personalmente"
Quando accetto di partecipare ai Congressi nazionali, tra gli altri impegni, chiedo di poter svolgere una relazione un po' provocatoria sulla prevenzione. Questo è importante nelle nazioni in transizione, troppo spesso affascinate da processi di urbanizzazione e dallo stile di vita occidentali. So bene che è "polvere nel mare". Spero almeno di far riflettere sui rischi che corrono.

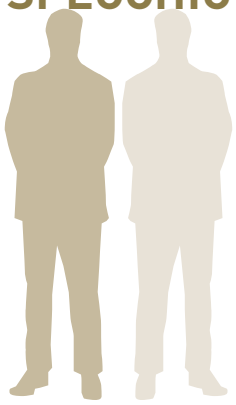
Nella Società Europea di Cardiologia convivono armonicamente diversi Working Group, che si occupano dei vari campi della Cardiologia; in questi ultimi anni, tuttavia, le superspecialità stanno minacciando la visione clinica unitaria del paziente con patologia cardiaca; come coniugare il mondo della clinica con la tecnologia avanzata?

Il problema del frazionamento della Cardiologia a causa di "super competenze tecnologiche" è reale e, forse, inevitabile. Non possiamo fare a meno della tecnologia. Dobbiamo, però, governarla e non essere governati. Se da un lato non si può essere esperti di tutto, dall'altro non si può non avere una visione unitaria del paziente. La soluzione? "Modestia" e "Comunicazione". Modestia nel riconoscere che esistono Colleghi esperti che possono risolvere, con l'aiuto di tecnologie complesse, il problema. Comunicazione perché gli esperti devono saper comunicare con semplicità il frutto delle loro conoscenze e mettersi al servizio del paziente. Non servono referti complicati ed incomprensibili. L'ESC tenta di coniugare ed amalgamare l'universo clinico con quello tecnologico mediante l'istituzione dei Council (strutture trasversali), cui partecipano e colloquiano tra loro Working Group, Association e Società affini. Ci aspettiamo molto dal Council dell'Imaging e dal Council for Cardiovascular Primary Care.

Da molti anni si occupa di ricerca in vari campi della Cardiologia; non pensa che oggi sia necessario disegnare nuove strategie per una ricerca clinica innovativa, che vada oltre i farmaci, oltre i Device, alla riscoperta di aspetti fisiopatologici e clinici?

Ricerca vuol dire curiosità. È ovvio che la ricerca deve sempre ideare nuove strategie che vadano "oltre". Abbiamo bisogno di regolamentare alcuni settori della ricerca: quello tecnologico (devices), quello con farmaci biologici (staminali) e quello molecolare (genetica). A questo fine l'ESC colloquia con l'EMEA (European Medecines Agency) tramite il "regulatory sub - committee" dell'European Relations Committee. Abbiamo bisogno di una ricerca sempre più indipendente. Per questo l'ESC sta costituendo l'European Heart Research Foundation e riconsiderando l'attuale programma delle "Survey" nella convinzione che studi osservazionali ben condotti possano contribuire in modo sostanziale alla ricerca clinica. Non si può poi ignorare la ricerca dipendente dall'industria. Con l'attuale panorama economico mondiale in regressione è verosimile che quest'ultima sarà penalizzata. Il settore cardiologico è a rischio. I successi stessi della Cardiologia rendono sempre più difficili, numerosi e quindi costosi studi di outcomes con nuove molecole. La disponibilità di farmaci generici riduce i profitti dell'industria che preferisce investire in altri settori, più remunerativi e meno a rischio, quali, ad esempio l'Oncologia e la Pneumologia. Dobbiamo trovare soluzioni alternative agli attuali schemi di ricerca clinica coinvolgendo l'accademia, l'industria e le istituzioni. L'ESC ha da anni aperto un tavolo di comunicazione con l'industria: le "Cardiovascular Round Tables" e con l'EMEA attraverso l'European Relations Committee. Ovviamente anche i rapporti con le istituzioni nazionali sono importanti ma molto complessi (L'ESC è una federazione di 52 Società nazionali che parlano 32 lingue diverse!) e sono demandati alle Società nazionali. Nel nostro caso alla Federazione Italiana di Cardiologia.

Tra i punti programmatici della sua presidenza vi è una maggiore attenzione al cuore delle donne, spesso trascurato dalla stessa popolazione femminile e persino dai Medici. Cosa intende promuovere al riguardo?



Ancora una volta è un problema culturale e di scarsa percezione a tutti i livelli: individuali, medici e sociali. Il cuore delle donne si ammala come quello degli uomini, solo un po' più tardi. Bisogna creare conoscenza del problema, specialmente nelle Società nazionali in transizione dove transizione, non nascondiamolo, vuole anche dire emancipazione della donna. L'ESC usa tutti i mezzi a disposizione per questo: comunicazione congressuale, attraverso gli otto giornali scientifici e i differenti prodotti educazionali ecc.

Tra qualche anno ogni Cardiologo potrà esercitare la professione in qualsiasi Paese europeo. Sarà la ESC a designare i percorsi di accreditamento e la certificazione di Clinical Competence?

Stiamo collaborando con l'UEMS (European Union of Medical Specialsts) e l'EBAC (European Board for Accreditation in Cardiology) che sono gli organi ufficiali deputati all'accreditamento e rivalidazione del Cardiologo europeo. L'ESC possiede le conoscenze idonee e sempre aggiornate per accreditare e rivalutare i Cardiologi. Dal Core Curriculum, al libro di testo, dalle Linee Guida, ai contenuti dei vari congressi. Stiamo creando una piattaforma elettronica che consente ad ogni Cardiologo di fare una "self evaluation" da casa, senza sostenere alcun esame. La piattaforma si basa su domande e risposte inerenti Casi Clinici. Qualora la risposta non sia giusta, il sistema rimanda alla lettura di materiale didattico appropriato. Quindi non è solo un sistema di valutazione, ma anche di apprendimento. Per le super - specialità poi si valuta anche lo skill mediante un log book correlato al core curriculum. La professionalità viene poi valutata mediante questionari compilati da persone che hanno a che fare con la vita lavorativa di ognuno: Infermieri, Chirurghi, Ausiliari, Pazienti ecc. Il cosiddetto sistema olandese noto come "360°". Se l'ESC si impegna a preparare la piattaforma, spetta alle società nazionali l'onere – difficile – di far accettare il sistema alle autorità governative. La FIC potrebbe collaborare con un'esperienza pilota assieme all'Inghilterra, Spagna e Cecoslovacchia. L'aiuto delle Società nazionali è fondamentale, nella convinzione che il processo di accreditamento e rivalutazione debba essere disegnato da Cardiologi e non da politici.

Quale messaggio conclusivo si sente di inviare ai Cardiologi dell'ANMCO ed in particolare ai giovani Cardiologi?

Credo che i giovani Cardiologi debbano essere curiosi, coniugare l'attività assistenziale con la ricerca e mettere sempre il paziente al centro del loro operato. Così la professione di Medico è gratificante altrimenti è frustrante. Lo stesso vale per i Cardiologi dell'ANMCO. Non nascondo che a livello europeo siamo anomali e sarebbe bello ed utile avere un unica Cardiologia italiana forte ed unita. La FIC va in questa direzione ma la nostra storia (l'Unità d'Italia è recente) ed il nostro DNA hanno bisogno di tempo.

Il basso livello di colesterolo LDL ma non l'uso delle statine provoca il cancro

di S. Scardi e G. Cerchia

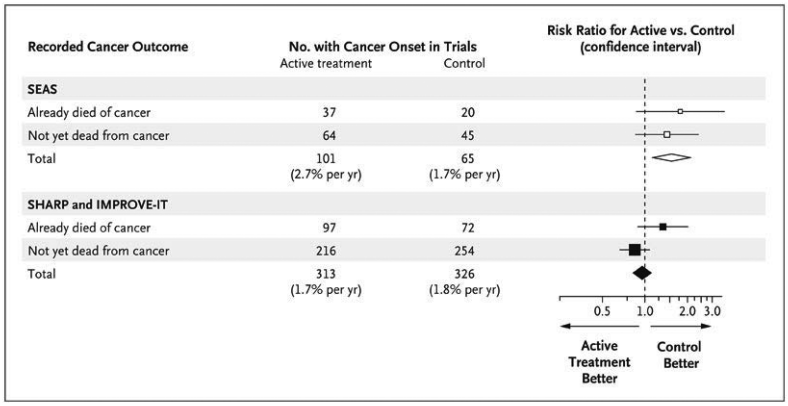
Nel Forum del numero 162 di **"Cardiologia negli Ospedali"** (marzo - aprile 2008) abbiamo pubblicato un commento ad un articolo apparso su **Journal of American College of Cardiology** (2007; 50, 409-18) di Alesheikh - Ali AA et al: "Effect of magnitudo of lipid lowering on risk of elevated liver enzymes, rhabdomyolysis, and cancer".
La metanalisi condotta da questi autori su 16 studi metteva in stretta relazione il basso livello di colesterolo LDL (LDL - C) raggiunto con l'uso di statine e lo sviluppo di cancro nel follow - up. Il titolo dell'articolo "Valori di colesterolo LDL molto bassi sempre meglio?" sottolineava la nostra perplessità perché la metanalisi non permetteva di rispondere in modo adeguato alla domanda che ogni medico deve porsi prima di prescrivere un farmaco a lungo termine come le statine: primum non nocere.
La notizia però non era da trascurare anche perché altre metanalisi suggerivano un "certo rischio" di cancro legato all'uso delle statine, in particolare di quelle idrofile. A rasserenare lo stato d'ansia di molti lettori ecco un altro articolo degli stessi autori pubblicato on line sulla stessa rivista: Alsheikh - Ali AA et al "Statins, low - density lipoprotein cholesterol, and risk of cancer" JACC 2008; Aug 20: [Epub ahead of print].
Questa volta i ricercatori si sono posti la domanda: il basso livello di LDL - C raggiunto con le statine aumenta il rischio di cancro? Per rispondere al quesito sono stati rivisti i risultati di 15 trial randomizzati e controllati con statine. La metanalisi è stata condotta su 51.797 pazienti trattati con statine e 45.043 trattati con placebo seguiti per 4.5 anni in media. In questo periodo sono stati rilevati 575 nuovi casi di cancro, con un'incidenza di 2.2 cancri per 1.000 persone/anno per ogni 10 mg/dl di riduzione di LDL - C nel "braccio statine" anche dopo aggiustamento per età, sesso, fumo, diabete, ipertensione e body - mass index. Tuttavia la stessa correlazione è stata trovata nel "braccio placebo" con un'incidenza di 1.2 cancri per 1.000 persone/anno per ogni riduzione di 10mg/dl di LDL - C. In sintesi nei pazienti trattati con statine si osserva una media di 12.7 nuovi casi di cancro per 1.000 persone/anno di follow - up, mentre nel gruppo placebo una media di 12.6. Pertanto nell'analisi di metaregressione l'uso di statine non si associa con un incrementato rischio di cancro. Gli autori concludono perciò che "un basso livello di LDL - C (durante trattamento) si associa ad un'aumentata incidenza di cancro sia nel gruppo placebo che in quello statine, ma le statine non incrementano tale rischio".

Commento

L'apparente correlazione fra bassi livelli di colesterolemia e sviluppo di cancro è stata suggerita fin dagli anni '80. Ricordiamo un editoriale di Alessandro Menotti sul Giornale di Cardiologia del 1981 (1981; 11,151-52) che richiamava l'attenzione dei Cardiologi italiani sul problema, anche se con "smorzata" preoccupazione. Negli anni '90 alla conferenza internazionale sui livelli di colesterolemia, alcuni studi epidemiologici avevano sollevato il sospetto che bassi livelli di colesterolemia si accompagnavano ad un eccesso di mortalità per tumore. Il gruppo di Rose (Rose G. Shipley MJ Lancet 1980; I: 523) suggeriva l'ipotesi di tumori silenti o ancora non diagnosticati più che un rapporto causa/effetto, tenuto conto del breve intervallo di tempo fra misura del livello di colesterolo e diagnosi di cancro.
Sul numero di agosto del **Canadian Medical Association Journal** Yang X et al (CMAJ 2008,179, 427), in una popolazione di 6.107 cinesi con diabete mellito tipo 2, riportano un'associazione fra bassi livelli di LDL - C (<2.80 mmol/l) e aumentato rischio di cancro dell'apparato digerente, peritoneo, apparato genito - urinario, tessuto linfatico ed ematico, mentre valori < 3.80 mmol/l si correlano con un aumentato rischio di cancro del cavo orale, apparato digerente, ossa, pelle, mammella e tessuto connettivo.
Daniel Steinberg (Statin treatment does not cause cancer JACC 2008; DOI: 10.1016/j.jacc.2008.06), nell'editoriale di accompagnamento alla recente metanalisi dei Cardiologi della Tufts University di Boston, afferma che il rapporto tra i livelli di LDL - C ridotti dalle statine e la comparsa di cancro non è causale, anzi la presenza subclinica del tumore può provocare di per sé una riduzione del tasso della colesterolemia.

Lo studio SEAS

Recentemente sono stati presentati alla stampa da Terje Pedersen i risultati dello studio SEAS (Simvastatin and Ezetimide in Aortic Stenosis) nel quale 1.800 pazienti con stenosi aortica sono stati trattati con ezetimide -



Peto R et al. N Engl J Med 2008;10.1056/NEJMsa0806603

Rischio relativo di comparsa del cancro nei trials SEAS, SHARP e IMPROVE - IT (R. Peto et al 10.1056/NEJMsa0806603 September 2, 2008)

simvastatina versus placebo. La combinazione dei due farmaci ha ridotto il livello del LDL - C da 140 mg/dl a 52 mg/dl con riduzione, rispetto al placebo, degli eventi ischemici (20%), ma non di quelli legati alla presenza della stenosi aortica (numero di sostituzioni valvolari, riospedalizzazioni per scompenso cardiaco, mortalità cardiovascolare). Tuttavia anche in questo studio è stata rilevata, nel follow - up di 5 anni, una più alta incidenza di cancro nel gruppo trattato con ezetimide+simvastatina (101 pazienti; 2.7%/anno) rispetto a quello trattato con placebo (65 pazienti; 1.7%/anno) con una significatività statistica bordeline.
Richard Peto, esperto di metanalisi, ma coinvolto negli studi IMPROVE - IT (Improved Reduction in Risk Subjects Presenting with Acute Coronary Sindrome) e SHARP (Study of Heart and Renal Protection) che utilizzano la combinazione ezetimide - sinvastatina, ha affermato che l'associazione non incrementa il rischio di cancro.
In questi due studi (ancora in corso), nei quali sono stati arruolati 20.000 pazienti sono stati rilevati 313 casi di cancro nel gruppo trattato e 326 nel gruppo controllo. La FDA però ha avviato un'indagine sulla sicurezza di questa associazione farmacologica (http://www.fda.gov/cder/drug/early_comm/ezetimide_simvastatin_SEAS.htm), anche per sedare la crescente preoccupazione del pubblico americano sulla sicurezza dei farmaci antilipidici dopo l'ENHANCE affair (Scardi S. et al Lower is better: la lezione del trial ENHANCE Monadi Arch Chest Dis 2008; 70: 47-50)

Conclusioni

L'enigma del rapporto tra bassi valori di LDL - C e insorgenza di tumori rimane aperto ma è di grande interesse e richiede un'analisi molta attenta. Cosa si aspettano i Cardiologi di buon senso? La comparsa del cancro ha bisogno di alcuni anni di esposizione al rischio (lo studio 4S durato 10 anni e il WESCOPS durato 15 anni non hanno mostrato un incremento di rischio). Al recente congresso della Società Americana di Oncologia Clinica, Anderson D.M. et al (ASCO 43rd Annual Meeting June 4, 2007; Cicago, Abstract 4114) hanno dimostrato una riduzione del rischio di recidive di cancro del colon con l'uso delle statine. Ciò può suggerire l'ipotesi che l'abbassamento intrinseco del LDL - C può essere potenzialmente pericoloso. Non vi sono in letteratura evidenze solide per sostenere tale ipotesi.
La relativa alta incidenza di cancri con ezetimide+sinvastatina dello studio SEAS, dopo meno di 5 anni di trattamento, é giustificata dalla terapia o si tratta di forme non diagnosticate prima perché silenti? L'inibizione prolungata di melovalato (con l'uso di statine) o di steroli vegetali (con l'uso di ezetimide) che negli animali riducono il rischio di cancro, può favorire lo sviluppo dei tumori. Ad esempio, Inano H. et al (Carcinogenesis 1997; 18: 1723) hanno dimostrato nei roditori una possibile associazione fra cancro e statine con concentrazioni equivalenti a quelle usate nell'uomo. Infine Peto R. et al (10.1056/NEJMsa0806603 September 2, 2008) analizzando i dati dei trials SEAS, SHARP e IMPROVE - IT, concludono che i risultati di queste ricerche "non mostrano una credibile evidenza della correlazione fra ezetimide e cancro". In un articolo apparso in agosto su Circulation (2008,118,672) D. Steimberg (non conflitti di interesse) C.K. Glass e J.L. Witztum (Speakers Bureau di Merck) dell'Università La Jolla suggeriscono negli individui ad alto rischio un valore di LDL - C <70mg e in quelli con coronaropatia nota un tasso <-50 mg/dl (too little, too late) e se questo target non è raggiunto con le sole statine, consigliano l'associazione con niacina a lento assorbimento o ezetimide. Nello stesso tempo insistono sul fatto che i valori elevati devono essere corretti già in età giovanile. Siamo d'accordo sul fatto che è necessario incoraggiare una prevenzione in età precoce, almeno mediante modificazioni dello stile di vita, tenuto conto che le "strie lipidiche" si manifestano nei primi anni di vita (Scardi S. Aterosclerosi un problema pediatrico Ed. Novartis, Origgio). In ogni caso un po' di prudenza nell'uso di elevate dosi di farmaci ipolipemizzanti è necessaria. In un editoriale di commento al PROVE IT - TIMI 22, Albert Bruschkke e J. Wouter Jukema della Cardiologia di Leiden affermano che "aggressive therapy is not always the best therapy" (JACC 2008; 52: 921-922). E. Allan Sniderman della McGill University di Montreal suggerisce un più estensivo (anche se costoso) uso della determinazione delle apoliproteine B (apoB) come marker più specifico del rischio cardiovascolare per selezionare i soggetti a più alto rischio di sviluppare la malattia coronarica aterosclerotica.

Rischi della Specializzazione e necessità di Unitarietà d'approccio in Medicina

di Gianfranco Sinagra

Non v'è dubbio che esercitare la medicina implichi la gestione delle complessità legate all'eterogeneità di presentazione, al suo manifestarsi nel singolo paziente, alla diversità di approccio nei diversi, possibili contesti di osservazione del problema con la loro logistica e con i loro specifici modelli di organizzazione e dotazione tecnologica. La tecnologia ha aperto enormi orizzonti di conoscenza, ha permesso di chiarire problematiche del tutto ignote o non adeguatamente esplorate, ha semplificato e reso meno invasivo il percorso di definizione diagnostica di alcune cardiopatie. Essa pone un problema importante di governo delle informazioni e di appropriatezza d'uso per un esercizio sostenibile del nostro agire clinico che giovi al singolo malato.
Per gestire la complessità dice Morin (1, 2) "non c'è una ricetta semplice... La complessità richiede invece la strategia, perché solo la strategia può consentirci di avanzare entro ciò che è incerto ed aleatorio...La strategia è l'arte di utilizzare le informazioni che si producono nell'azione, di integrarle, di formulare in maniera subitanea determinati schemi d'azione, e di porsi in grado di raccogliere il massimo di certezza per affrontare ciò che è incerto...La complessità non ha una metodologia, ma può avere il proprio metodo...Enormi ostacoli si sono accumulati ed hanno impedito l'esercizio della 'conoscenza pertinente' ...In queste condizioni la mente formata dalle discipline perde la sua capacità naturale di contestualizzare i saperi, così come di integrarli nei loro insiemi naturali. L'indebolimento della percezione del globale conduce all'indebolimento della responsabilità (in quanto ciascuno tende a essere responsabile solo del suo compito specializzato), nonché all'indebolimento della solidarietà... La specializzazione "as - trae", ossia estrae un oggetto dal suo insieme, ne rifiuta i legami e le interconnessioni con l'ambiente, lo inserisce in un settore concettuale astratto che è quello della disciplina compartimentata, in cui le frontiere spezzano arbitrariamente la sistemicità (la relazione di una parte con il tutto) e la multidimensionalità dei fenomeni; conduce ad una astrazione matematica che opera con ciò stesso una scissione con il concreto, privilegiando tutto ciò che è calcolabile e formalizzabile". Queste riflessioni che riguardano anche il metodo di approccio ai problemi in medicina e l'esercizio di una "intelligenza gene-

rale" (contrapposta all'"intelligenza parcellare") appaiono particolarmente attuali. L'"intelligenza parcellare", compartimentata, meccanicista, disgiuntiva e riduzionista, spezza il complesso del mondo in frammenti disgiunti, fraziona i problemi, separa ciò che è legato, unidimensionalizza il multidimensionale, accresce l'autoreferenzialità dell'agire legittimato da un pragmatismo spesso esasperato e pilotato dalle "etichette cliniche" e poco aperto alla condivisione delle scelte ed alla personalizzazione delle cure. E quando non raggiunge l'obiettivo si disorienta e traumatizza. Formazione, visione strategica dell'approccio ai problemi, analisi delle complessità, metodo, contestualizzazione, unitarietà di approccio e condivisione dei percorsi diagnostico - terapeutici e delle scelte terapeutiche (con il paziente e fra professionisti), queste possono essere componenti di un agire clinico orientato al malato ed alla soluzione dei suoi problemi reali, attivi. Contestualizzare vuol dire avere consapevolezza di tutto ciò che orbita intorno allo specifico problema clinico, come il personale vissuto di malattia, l'età, il profilo di comorbidità, l'attesa di vita stimata, il bilancio sui risultati in termini di qualità vs quantità di vita, il contesto familiare, l'impatto delle scelte sulla società. L'unitarietà di approccio rispetto al singolo professionista diviene la capacità di guardare al paziente nella sua globalità ed agli interventi terapeutici in termini di obiettivi di esiti attesi, ripercussioni possibili, complicanze etc. Rispetto al metodo l'unitarietà diviene lo strumento per completarsi e per complementarsi fra diverse figure professionali (medico - infermiere), fra diversi osservatori (specialista - medico di medicina generale) fra diverse specialità (il cardiologo, il radiologo, il nefrologo, il geriatra etc). L'unitarietà di approccio come metodo richiama costantemente all'umiltà che bisogna avere nell'approcciare il paziente, il suo problema clinico, il confronto fra diversi specialisti con la loro diversità di prospettive ed obiettivi, da ricomporre e governare. Purtroppo l'approccio critico all'acquisizione delle conoscenze ed alla loro gestione per generare unitarietà d'approccio, è spesso trascurata nell'iter di formazione del medico. Di fatto allo studente ed al medico già formato viene trasmesso, senza problematizzarlo, solamente il modello di conoscenza che vige nelle scienze sperimentali, con la più o meno implicita pretesa che esso costituisca il migliore possibile. Si tratta in realtà di una epistemiologia ancora troppo legata al modello positivistico di scientificità, nel quale gli approcci deterministico, e riduzionistico sono gli unici accreditati della capacità di far progredire le conoscenze. Così non è nell'agire clinico quotidiano e nel decidere quotidiano. Questi aspetti meritano riflessione quando si pensa alla frammentazione dei saperi, dei percorsi di apprendimento, delle discipline, dell'organizzazione in sanità ed infine dell'approccio al malato. Questi aspetti responsabilizzano l'Università e le varie strutture di formazione (non necessariamente universitarie) come i contesti che formano i Professionisti. Il "Superspecialista" tende spesso a dimenticare quello che il "Medico Generale" conosce da sempre: che la realtà è il malato, non la malattia. L'incontro medico - malato non è sempre l'incontro fra due soggetti, ma fra un soggetto (il medico) che oggettivizza un'altro. "La prassi medica ha difficoltà a riconoscere la soggettività del malato nella ricerca del segno, del dato, dell'indagine che sappia obiettivare il danno anatomico di organo o di apparato. Il fine è di ridurre il malato alla malattia, la malattia alla sua localizzazione organica, l'organo malato al danno da obiettivare, il danno ad un segno, il segno alla sua misura" (Maccacaro). Questi aspetti meritano una riflessione quando si pensa alla generazione di costi legati al controllo di una parte troppo "parziale" del problema per condizionare sensibilmente l'outcome, sia che lo si concepisca come miglioramento di "qualità" che come reale incremento in "quantità di vita". Analizzando ora lo strumento che nell'ambito della ricerca clinica viene giudicato come ottimale quanto a produzione di conoscenza, ovvero il clinical trial ben disegnato e rigorosamente condotto, emergono i vantaggi di una conoscenza obiettiva ed oggettiva ma anche i limiti di uno strumento che per "obiettivare" in maniera metodologicamente rigorosa deve "selezionare" fino al punto da creare un sapere rigido, categorizzante, protocollare che rende difficilmente ed estensivamente trasferibili i risultati. Questo, è un limite o un richiamo alla capacità di analizzare con mente critica, gli obiettivi del trial, i criteri di selezione, le caratteristiche della popolazione che ha generato i risultati, i risultati dettagliati, il loro

respiro temporale (per quale durata di follow up), l'impatto sugli end point "qualità" vs "quantità" di vita.
In un interessante testo di Alessandro Liberati (3) vengono indicati alcuni punti fondamentali per la definizione del percorso formativo del medico:
a) capacità di lavorare in gruppo;
b) capacità di concepire la propria attività come un processo da sottoporre a continua verifica;
c) capacità di raccolta, analisi ed elaborazione delle informazioni/osservazioni delle proprie attività;
d) creatività nel saper costruire e continuamente modificare i propri stili di pratica;
e) capacità di comunicare in modo "costruttivo" con il paziente ed i familiari;
f) capacità di comunicare con l'amministrazione della sanità;
g) acquisizione di capacità direttive e di self management.
La forzatura di iscrivere le scelte mediche all'interno di schemi rigidi ci pongono in una posizione di illusione di essere depositari della soluzione, assumendo atteggiamenti che vincolano il paziente alla nostra scelta autoreferenziale, chiusa, paternalistica. Allora il trial, gli score, le Linee Guida sono uno strumento di riduzionismo forzoso o possono essere lo strumento per promuovere una unitarietà d'approccio ed apertura mentale alle "verosimiglianze" ed alle soluzioni possibili ed utili? Io credo a questa seconda posizione, intanto perché il trial muove dall'esigenza di restringere l'ambito di arbitrarietà decisionale in clinica, non può che farlo con strumenti certamente rigidi, ma non genera verità assolute, genera piuttosto risultati che costituiscono evidenze e possono entrare in un sapere strutturato che deve saper riconoscere i limiti di uno studio e deve saper esercitare la necessaria flessibilità applicativa. È da sottolineare che se da un lato le Linee Guida appaiono come potenziali generatori di buona pratica clinica, capaci di interferire favorevolmente sugli out come, dall'altro esse, rigidamente applicate a modelli di patologie complesse come quelle dell'anziano, dove la multidisciplinarietà e l'unitarietà d'approccio clinico appaiono fondamentali per il conseguimento degli obiettivi, mostrano alcune inadeguatezze quando utilizzate come standard di performance finalizzati alla valutazione dell'impatto sugli indicatori di qualità e costo - efficacia. Analoghe considerazioni valgono per gli score di severità o di rischio che se analizzati rispetto agli studi che li generano ed alle singole variabili considerate (e loro ranking) possono costituire un allenamento alla valutazione poliparametrica, un invito alla selezione dei pazienti per le procedure, all'indugio problematizzante piuttosto che alle "indicazioni scontate" generate dalle etichette, infine alla sintesi unitaria - consapevoli dei limiti anche di tipo statistico - da calare sempre nel singolo malato (4 - 6). Così le Linee Guida falliscono rispetto ai loro obiettivi quando divengono "schemi" comportamentali, quando l'esercizio del clinico diventa quello di ipersemplificare fino ad iscrivere nella specifica categoria (magari con "adattamenti" opportuni, forzosi ed estensivi) perdendo le connotazioni tipiche dello specifico paziente che, molto più del "centrifugato categorizzabile", dovrebbero invece condizionare le scelte. Questo però è il commento all'uso non corretto dei trial e delle Linee Guida che a mio avviso sono invece importanti generatori di dubbi, incertezze e molteplicità di approccio, colmabili appunto con il data set informativo più pertinente ed ampio, con la condivisione multidisciplinare e con l'unitarietà d'approccio. L'esigenza riduzionistica del clinico talvolta ne forza l'ipersemplificazione facendone uno strumento di scotomizzazione di componenti importanti e di pragmatismo operativo esasperato.

Conclusioni

L'unitarietà d'approccio rappresenta un problema di metodo che coniuga la capacità di ricognizione clinica del problema e delle possibili opzioni terapeutiche con la capacità di saper guardare alla globalità del malato con la sua età, attesa di vita media stimata, vissuto di malattia ed aspettative, bilancio delle comorbidità. Le scienze hanno fatto acquisire molte certezze, ma hanno anche rivelato vasti campi di incertezza. Dovremmo indugiare maggiormente sugli elementi di incertezza e dovremmo allenarci maggiormente all'apprendimento ed esercizio delle strategie che permettano di affrontare i rischi, l'inatteso e l'incerto e di modificare l'evoluzione grazie alle informazioni acquisite in maniera attenta, condivisa ed approfondita, senza superficialità d'approccio o istanze sommarie e riduzionistiche. È necessario promuovere una conoscenza capace di cogliere i problemi globali e fondamentali per iscrivere in essi conoscenze parziali e locali.

La supremazia di una conoscenza frammentata nelle diverse discipline rende spesso incapaci di effettuare il legame tra le parti e le totalità e deve far posto ad un modo di conoscere capace di cogliere i singoli problemi nel loro contesto, nella loro complessità. È necessario sviluppare l'attitudine naturale della mente umana a situare tutte le informazioni in un contesto ed in un insieme rispetto ai quali avere un approccio unitario derivato dal metodo che si esercita nella condivisione multiprofessionale e multidisciplinare. Puntare all'unitarietà di approccio ed alla condivisione delle scelte è anche un modo per complementarsi reciprocamente, per non perdere il contatto con l'uomo sofferente con le sue complessità, per esser maggiormente confidenti di aver colto tutti i problemi fondamentali ed adottato scelte appropriate che giovino realmente ai malati. Peraltro "una medicina che affermi che morte e malattia non hanno alcun significato e devono semplicemente essere eliminate è una medicina che non offre alla sostenibilità alcun ragion d'essere comune. ...La medicina deve trovare una via d'uscita da questo impasse. Deve prendere parte alla ricerca del significato, all'elaborazione dei riti sociali e culturali con cui si cerca di far fronte alla malattia ed alla morte...La medicina contemporanea riconosce un posto privilegiato alla scienza sia nella metodologia sia nello sforzo di comprendere il corpo e la mente. Il primato della scienza è fuori discussione. Esso però ha spinto ai margini le prospettive religiose, i contributi delle scienze umane, le culture popolari e tradizionali" (7).

L'unitarietà d'approccio deve includere anche queste componenti e ciò potrà contribuire alla "sostenibilità psicologica di una medicina economicamente stabile". Tecnologie, pensiero clinico e rispetto per gli uomini sofferenti con la complessità del loro essere sono complementari e devono coniugarsi in una visione unitaria dei problemi, del malato e delle strategie da adottare.

Bibliografia

1) Morin E. Le Vie della complessità; in G. Bocchi, M. Ceruti, La sfida della complessità, Feltrinelli, Milano 1987
2) Morin E. I sette saperi necessari all'educazione del futuro; Raffaello Cortina Editore Milano 2001
3) Liberati A. La crisi dei servizi sanitari ed i limiti della epidemiologia: come pensare di innovare il curriculum formativo del medico; in Bertolini G., Diventare Medici; Guerini Studio; Milano 1994 comorbid diseases. JAMA 2005; 294:716-724
4) Wu C., Hannan E.L., Walford G. et al A risk score to predict in hospital mortality for percutaneous coronary interventions. J Am Coll Cardiol 2006; 47:654-660
5) Hannan E.L., Wu C., Bennet E.V. et al. Risk stratification of In-Hospital Mortality for Coronary Bypass Graft Surgery. J Am Coll Cardiol 2006; 47:661-668
6) Weintraub W.S. Evaluating the risk of coronary surgery and percutaneous intervention. J Am Coll Cardiol 2006; 47:669-671
7) Callahan D. La medicina impossibile. Baldini e Castoldi; Milano 2000

Scompenso Cardiaco e disfunzione renale: l'insostenibile leggerezza... di un asterisco

Considerazioni a margine delle Linee Guida ESC 2008 sullo Scompenso Cardiaco versione 2008

di L. Tarantini, G. Alunni, G. Cioffi, D. Del Sindaco, A. Murrone, A. Navazio, G. Pulignano

Nell'era della Medicina "Evidence based" e del "Rationing" delle risorse, le Linee Guida (LG) sono spesso un punto fermo per l'agire professionale del medico alle volte perfino un'ancora di salvataggio. Chi di noi, infatti, discutendo con i colleghi, colloquiando con i pazienti ed i loro familiari, "contrattando" con gli amministratori non ha detto, almeno una volta nella vita, la mitica frase: "lo dicono le Linee Guida"? Nel corso degli anni le LG hanno subito una sostanziale evoluzione, quasi una metamorfosi. Sono lontani i tempi in cui esse erano elenchi striminziti accompagnati da un testo scarno ed usualmente impersonale. I documenti attuali, pieni di tavole, flow chart, grafici a colori sono molto attraenti ed il testo corposo, articolato e comprensivo non solo di raccomandazioni pratiche ma contenente anche osservazioni epidemiologiche e fisiopatologiche con le conseguenti considerazioni clinico - terapeutiche. Le LG odierne sono, in sostanza, diventate veri e propri trattati che noi clinici più che consultare, studiamo e conserviamo tenendole sempre a portata di mano, sulla scrivania o nel computer. Ciò è particolarmente vero quando le LG trattano argomenti estremamente importanti e complessi come lo Scompenso Cardiaco: la condizione clinica cardiovascolare da considerare ormai la "Malattia di Cuore" per eccellenza nelle società occidentali evolute come la nostra, a causa del suo peso epidemiologico, letalità e costo socio - sanitario. La pubblicazione di una nuova versione delle Linee Guida in tal caso assume le dimensioni di un "evento", atteso spesso lungamente, utile per capire le novità più salienti ed importanti, in quanto "evidence based", in una malattia su cui di solito si pubblicano migliaia e migliaia di articoli ogni anno. Così è stato anche per l'attuale versione 2008, delle LG della Società Europea di Cardiologia (ESC) sviluppate in collaborazione con la Heart Failure Association ed approvate dalla Società Europea di Medicina delle Cure Intensive (ESICM). Il documento, come al solito, è pubblicato sulle Riviste ufficiali delle Associazioni (1) ed è liberamente consultabile on line sui siti della ESC (http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/acute-chronic-heart failure.aspx) e dell'ANMCO (http://www.anmco.it/aggiornamento/linee_guida/default.html). Quella attuale è di fatto una nuova versione, differente quindi dal documento del 2005 che, almeno per lo Scompenso Cardiaco cronico, rappresentava un "update" della versione 2001. Sono molte le novità ma, visti i temi attuali della ricerca clinica, una in particolare ci ha colpito. Essa è relativa alla prognosi: l'aspetto della malattia più difficile da definire e formulare come ben sa chi cura tutti i giorni i pazienti con Scompenso Cardiaco. Nella presente versione (Figura 1) si ribadisce lo schema collaudato che suddivide i fattori prognostici in categorie rimarcandone il "grading" d'intensità predittiva: questa volta i più potenti sono in grassetto ed hanno l'asterisco, gli altri sono riportati solo in testo normale. Una cosa balza subito agli occhi: a differenza della versione precedente la disfunzione renale ha perso l'asterisco ed il grassetto, pertanto non è da considerare più un "powerful predictor". Il testo non aiuta a capire molto di più ed è così che crollano una serie di certezze acquisite nel tempo con la faticosa lettura di numerosi contributi scientifici. Nel 2006 il Kidney and Cardiovascular Disease Council dell'American Heart Association in un documento ufficiale (2) ha stabilito che un filtrato glomerulare (GFR) inferiore a 60 ml/min*1.73 mq calcolato mediante la formula MDRD semplificata con quattro semplici variabili (Età, Sesso, Razza, Creatininemia) deve essere considerato indicativo di significativa disfunzione renale. Tale valore corrisponde alla perdita di circa il 50% della capacità di filtrazione renale, soglia al di sotto della quale si attivano ed amplificano i meccanismi tossici e neuro - ormonali tipici dell'insufficienza renale (3) in grado, a loro volta, di determinare o far progredire il danno cardio - vascolare. Dai dati del registro americano ADHERE (4) relativo a oltre 110.000

pazienti con Scompenso Cardiaco, sappiamo che attualmente oltre il 60% dei pazienti ricoverati per insufficienza cardiaca presentano all'ingresso in ospedale un GFR<60 ml/min*1.73 mq e che vi è un progressivo peggioramento della prognosi proporzionale al grado di compromissione della disfunzione renale. Tale dato è corroborato dai risultati dei registri europei tra i quali figura anche il nostro registro ANMCO per lo Scompenso Cardiaco acuto (5, 6, 7, 8). L'importanza prognostica della disfunzione renale e del suo peggioramento è stata infine ribadita da 2 metanalisi (9, 10), metodi di analisi usualmente considerate come massimo grado di evidenza scientifica secondo gli attuali standard di creazione delle LG. Nello Scompenso Cardiaco la rilevanza della disfunzione renale espressa dal GFR non si esaurisce nella mera identificazione di una "prognosi peggiore". Essa è un "marcatore" importantissimo, utile al clinico per la gestione clinica del paziente con Scompenso Cardiaco: 1) già all'arrivo in Ospedale i dati di funzione renale (azotemia e creatinina) insieme alla PA sistolica identificano il grado di rischio di morte intraospedaliera (11); 2) il grado di disfunzione renale identifica i pazienti a maggior rischio di eventi avversi ma che, allo stesso tempo, traggono il maggior beneficio in termini di mortalità dalla terapia con i farmaci anti RAAS (12, 13); 3) nei pazienti portatori di defibrillatore automatico, il grado di disfunzione renale predice la probabilità di interventi appropriati del device al follow up (14, 15, 16); 4) nei pazienti con Pace - Maker biventricolare il miglioramento della disfunzione renale è un indice di re - sincronizzazione efficace (17). Sulla stessa rivista che ospiterà le nuove LG sullo scompenso, alcuni mesi orsono, sono stati pubblicati i risultati, molto interessanti e per certi versi inquietanti, di uno studio relativo ad un grosso registro nazionale israeliano (18). Gli autori hanno focalizzato l'attenzione su quanti degli oltre 4.000 pazienti ricoverati per Scompenso Cardiaco avevano una disfunzione renale non riconosciuta dai medici che li avevano in cura. Dalle analisi delle cartelle cliniche, nel 41% dei pazienti con GFR < 60 ml/min (che a loro volta erano il 57% dell'intera coorte dei pazienti) non veniva riportata alcuna menzione sulla presenza di disfunzione renale. Tali pazienti erano prevalentemente donne, affette da SC con funzione sistolica conservata che esibivano valori di Creatininemia solo modicamente aumentati (oltre l'80% di essi aveva una Creatininemia inferiore a 2 mg/dl). I pazienti con disfunzione renale misconosciuta presentavano, al pari di quelli con disfunzione renale più severa e riconosciuta, una significativa maggiore mortalità intraospedaliera e, inaspettatamente, a distanza di un anno dal ricovero. L'analisi della terapia documentava che in questo gruppo di pazienti la prescrizione farmacologica di ACE-i, Spironolattone e Digitale non differiva sostanzialmente da quella dei soggetti con funzione renale normale. I ricercatori hanno così avanzato l'ipotesi che l'eccesso di mortalità dei pazienti probabilmente era secondaria alla minore attenzione da parte dei curanti sulla possibilità di eventi avversi dei farmaci potenzialmente pericolosi nei pazienti con funzione renale alterata. Il messaggio conclusivo del lavoro era pertanto una forte raccomandazione a non fidarsi della creatininemia, ma di valutare sempre la funzione renale mediante il calcolo del GFR. Se un documento ufficiale non considera "powerful predictor" un dato prognostico così potente, il rischio è che possa avvenire il contrario di quanto auspicato dai ricercatori israeliani e cioè un calo di attenzione verso una delle comorbilità più subdole, pericolose e frequenti nei pazienti con Scompenso Cardiaco. Concludendo, è proprio il caso di dire che alle volte, la "leggerezza" di non mettere un asterisco può davvero essere insostenibile.

Bibliografia

1. Authors/Task Force Members, Dickstein K, Cohen - Solal A, Filippatos G, et AL. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008 Sep 17. [Epub ahead of print].
2. Brosius FC 3rd, Hostetter TH, Kelepouris E, et Al.; American Heart Association Kidney and Cardiovascular Disease Council; Council on High Blood Pressure Research; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Epidemiology and Prevention; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Detection of chronic kidney disease in patients with or at increased risk of cardiovascular disease: a science advisory from the American Heart Association Kidney And Cardiovascular Disease Council; the Councils on High Blood Pressure Research, Cardiovascular Disease in the Young, and Epidemiology and Prevention; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary

Table 17 Conditions associated with a poor prognosis in heart failure

Demographics	Clinical	Electrophysiological	Functional/ exertional	Laboratory	Imaging
Advanced age*	**Hypotension***	**Tachycardia Q waves**	**Reduced work, low peak VO_2***	**Marked elevation of BNP/NT pro-BNP***	**Low LVEF***
Ischaemic aetiology*	**NYHA functional class III–IV***	**Wide QRS***		**Hyponatraemia***	
Resuscitated sudden death*	**Prior HF hospitalization***	**LV hypertrophy Complex ventricular arrhythmias***		**Elevated troponin* Elevated biomarkers, neurohumoral activation***	
Poor compliance	Tachycardia	Low heart rate variability Atrial fibrillation	Poor 6 min walk distance	Elevated creatinine/BUN	Increased LV volumes
Renal dysfunction	Pulmonary rales	T-wave alternans	High VE/VCO_2 slope	Elevated bilirubin Anaemia	Low cardiac index
Diabetes	Aortic stenosis		Periodic breathing	Elevated uric acid	High LV filling pressure
Anaemia	Low body mass index				Restrictive mitral filling pattern, pulmonary hypertension
COPD	Sleep-related breathing disorders				Impaired right ventricular function
Depression					

* = powerful predictors.

I Fattori prognostici dello scompenso secondo la versione 2008 delle Linee Guida ESC dello Scompenso cardiaco. Le variabili sono classificate per categorie e per potenza predittiva.

Working Group: developed in collaboration with the National Kidney Foundation. Circulation. 2006 Sep 5;114(10):1083-7. Epub 2006 Aug 7.
3. Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, et AL.; American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. Circulation. 2003 Oct 28;108(17):2154-69.
4. Heywood JT, Fonarow GC, Costanzo MR, Mathur VS, Wigneswaran JR, Wynne J; ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. High prevalence of renal dysfunction and its impact on outcome in 118,465 patients hospitalized with acute decompensated heart failure: a report from the ADHERE database. J Card Fail. 2007 Aug;13(6):422-30.
5. Velavan P, Khan NK, Goode K, Rigby AS, Loh PH, Komajda M, Follath F, Swedberg K, Madeira H, Cleland JG. Predictors of short term mortality in heart failure - Insights from the Euro Heart Failure survey. Int J Cardiol. 2008 Sep 10. [Epub ahead of print].
6. Tavazzi L, Maggioni AP, Lucci D, Cacciatore G, Ansalone G, Oliva F, Porcu M; Italian survey on Acute Heart Failure Investigators. Nationwide survey on acute heart failure in cardiology ward services in Italy. Eur Heart J. 2006 May;27(10):1207-15.
7. Siirilä-Waris K, Lassus J, Melin J, Peuhkurinen K, Nieminen MS, Harjola VP; FINN-AKVA Study Group. Characteristics, outcomes, and predictors of 1-year mortality in patients hospitalized for acute heart failure. Eur Heart J. 2006 Dec;27(24):3011-7.
8. de Silva R, Nikitin NP, Witte KK, Rigby AS, Goode K, Bhandari S, Clark AL, Cleland JG. Incidence of renal dysfunction over 6 months in patients with chronic heart failure due to left ventricular systolic dysfunction: contributing factors and relationship to prognosis. Eur Heart J. 2006 Mar;27(5):569-81.
9. Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB, Shlipak MG, Phillips CO, DiCapua P, Krumholz HM. Renal impairment and outcomes in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2006 May 16;47(10):1987-96.
10. Damman K, Navis G, Voors AA, Asselbergs FW, Smilde TD, Cleland JG, van Veldhuisen DJ, Hillege HL. Worsening renal function and prognosis in heart failure: systematic review and meta-analysis. J Card Fail. 2007 Oct;13(8):599-608.
11. Fonarow GC, Adams KF Jr, Abraham WT, Yancy CW, Boscardin WJ; ADHERE Scientific Advisory Committee, Study Group, and Investigators. Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure: classification and regression tree analysis. JAMA. 2005 Feb 2;293(5):572-80.
12. Shlipak MG. Pharmacotherapy for heart failure in patients with renal insufficiency. Ann Intern Med. 2003 Jun 3;138(11):917-24.
13. Ezekowitz J, McAlister FA, Humphries KH, Norris CM, Tonelli M, Ghali WA, Knudtson ML; APPROACH Investigators. The association among renal insufficiency, pharmacotherapy, and outcomes in 6,427 patients with heart failure and coronary artery disease. J Am Coll Cardiol. 2004 Oct 19;44(8):1587-92.
14. Singh JP, Hall WJ, McNitt S, Wang H, Daubert JP, Zareba W, Ruskin JN, Moss AJ; MADIT-II Investigators. Factors influencing appropriate firing of the implanted defibrillator for ventricular tachycardia/fibrillation: findings from the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II (MADIT-II). J. Am Coll Cardiol. 2005 Nov 1;46(9):1712-20.
15. Bruch C, Bruch C, Sindermann J, Breithardt G, Gradaus R. Prevalence and prognostic impact of comorbidities in heart failure patients with implantable cardioverter defibrillator. Europace. 2007 Aug;9(8):681-6.
16. Schefer T, Wolber T, Binggeli C, Holzmeister J, Brunckhorst C, Duru F. Long-term predictors of mortality in ICD patients with non-ischaemic cardiac disease: impact of renal function. Europace. 2008 Sep;10(9):1052-9.
17. Boerrigter G, Costello-Boerrigter LC, Abraham WT, Sutton MG, Heublein DM, Kruger KM, Hill MR, McCullough PA, Burnett JC Jr. Cardiac resynchronization therapy improves renal function in human heart failure with reduced glomerular filtration rate. J Card Fail. 2008 Sep;14(7):539-46. Epub 2008 May 27.
18. Amsalem Y, Garty M, Schwartz R, Sandach A, Behar S, Caspi A, Gottlieb S, Ezra D, Lewis BS, Leor J. Prevalence and significance of unrecognized renal insufficiency in patients with heart failure. Eur Heart J. 2008 Apr;29(8):1029-36.

Il CCNL 2006 - 2009 Area Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN

Una occasione per ridiscutere alcuni aspetti problematici della organizzazione del lavoro medico

di D. Gabrielli, S. Moretti, O. Scarpino

Nel luglio 2008 è stata siglata presso l'ARAN l'ipotesi di CCNL 2006 - 2009, I biennio economico. Tale ipotesi è stata siglata dalle principali sigle sindacali escluse AAROI e CGIL Medici, l'iter successivo previsto si è appena concluso.

Il contratto è relativo al quadriennio 2006 - 2009 per la parte normativa ed al biennio 2006 - 2007 per la parte economica, il secondo biennio economico è in previsione di essere definito rapidamente nei prossimi mesi.

Il documento è diviso in tre parti (la normativa, il trattamento economico e le norme finali) e presenta inoltre le dichiarazioni congiunte finali, come da prassi.

La parte normativa è composta di 16 articoli, suddivisi in tre titoli (disposizioni generali, relazioni e diritti sindacali, rapporto di lavoro), il terzo titolo (rapporto di lavoro) è distinto in 6 capi e presenta il maggior numero di articoli, forse quelli più interessanti per gli Associati, che riguardano il sistema degli incarichi e lo sviluppo professionale, il riposo giornaliero, i principi e le procedure della valutazione, il comportamento in servizio, il recesso, gli effetti del procedimento penale sul rapporto di lavoro, le coperture assicurative e la tutela legale etc.

La parte seconda riguarda il trattamento economico relativo al biennio 2006 - 2007 e la tratteremo in dettaglio più avanti; si compone di 6 capi e comprende gli articoli dal 17 al 26.

La parte terza comprende le norme finali con le conferme e le norme finali e transitorie che, in parziale innovazione rispetto al solito, contengono il rinvio alla sequenza contrattuale, integrativa del contratto, di alcune importantissime tematiche quali le relazioni sindacali (in particolare nell'ottica di valorizzare ulteriormente la contrattazione di secondo livello), il riordino complessivo degli incarichi gestionali e professionali, la disciplina della flessibilità del rapporto di lavoro, la disciplina della formazione, la verifica del sistema di valutazione (ai fini di una sua semplificazione e maggiore efficacia), l'individuazione di un sistema sperimentale di procedure e sanzioni a carattere disciplinare e comportamentale, l'individuazione di una idonea disciplina in materia di copertura assicurative e di tutela legale, le problematiche relative al risk management ed alla

PARTE SECONDA

Trattamento economico biennio 2006 – 2007

CAPO I

Trattamento economico dei dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo

Art. 17

Incrementi contrattuali e stipendio tabellare nel biennio 2006-2007

1. Dall'1 gennaio 2006 al 31 gennaio 2007, lo stipendio tabellare previsto per i dirigenti medici e veterinari a rapporto esclusivo e non esclusivo ed orario unico dall'art. 2 del CCNL del 5 luglio 2006, è incrementato di € 17,70 lordi mensili. Dalla stessa data, lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è rideterminato in € 40.261,10.

2. Dall'1 febbraio 2007 lo stipendio tabellare di cui al comma 1 è incrementato di ulteriori € 131,30 lordi mensili. Dalla stessa data lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è rideterminato in € 41.968,00.

Art. 18

Incrementi contrattuali e stipendi tabellari dei medici a tempo definito e dei veterinari ad esaurimento nel biennio 2006 - 2007

1. Dall'1 gennaio 2006, lo stipendio tabellare previsto per i dirigenti medici e veterinari di cui all'art. 3 del CCNL 5 luglio 2006, con rapporto di lavoro ad esaurimento non esclusivo**,** è incrementato dell'importo mensile a fianco di ciascuno indicato:

a) Dirigenti medici: € 6,92

b) Dirigenti veterinari: € 8,84.

Dall'1 gennaio 2006 lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è quindi rideterminato rispettivamente in:

€ 23.167,54 per i medici

€ 29.580,77 per i veterinari

2. Dall'1 febbraio 2007 gli stipendi tabellari di cui al comma 1 sono ulteriormente incrementati dell'importo mensile lordo a fianco di ciascuno indicato :

a) Dirigenti medici: € 79,17

b) Dirigenti veterinari: € 101,09

Dall'1 febbraio 2007, lo stipendio tabellare annuo lordo, per tredici mensilità, è quindi rideterminato rispettivamente in:

€ 24.196, 75 per i medici

€ 30.894,94 per i veterinari

sicurezza sul lavoro.
Per quanto riguarda poi le dichiarazioni congiunte, appare di particolare interesse la n° 6 che riguarda la opportunità di valorizzare adeguatamente le strutture semplici dipartimentali.
Vediamo ora di iniziare l'esame dei capitoli del CCNL, rinviando ai numeri successivi della rubrica quelli non esaminati per carenza di spazio.
Contrariamente a quanto si fa di solito, in considerazione del tipo di rubrica a preminente significato esemplificativo e pratico, riteniamo sia utile partire da quello che è il trattamento economico previsto per il biennio 2006 - 2007 (quindi già "scaduto" ancor prima di essere applicato, ma questa non è una novità, purtroppo); la parte economica di cui sopra viene affrontata nella Parte II ai Capi I-III e si compone degli articoli che vanno dal 17 al 23. Nelle Tabelle e Figure si riportano gli articoli 17, 18, 20 e 22 che sembrano quelli di

CAPO II

Biennio 2006 – 2007

Retribuzione di posizione minima contrattuale dei dirigenti

Art. 20

Retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo

1. A decorrere dall'1 gennaio 2007 , la retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo di cui all'art . 5, comma 3, del CCNL del 5 luglio 2006 è così rideterminata:

	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 31 dicembre 2005	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 1 gennaio 2007
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	10.655,43	2.890,65	13.546,08
Dirigente incarico struttura complessa: area medicina	9.250,88	2.890,65	12.141,53
Dirigente incarico struttura complessa: area territorio	8.557,93	2.890,65	11.448,58
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	6.807,08	1.846,66	8.653,74
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	3.446,04	789,49	4.235,53
Dirigente equiparato	2.374,32	789,49	3.163,81
Dirigente < 5 anni	0,00	0,00	0,00

2. L'incremento di cui al comma 1 non è riassorbito dalla retribuzione di posizione variabile aziendale eventualmente assegnata sulla base della graduazione delle funzioni e si aggiunge, pertanto, alla retribuzione di posizione complessivamente attribuita al dirigente indipendentemente dalla sua composizione storica. Per gli esempi si rinvia all'allegato 7 del CCNL del 3 novembre 2005.

3. Il fondo dell'art. 10 del CCNL 5 luglio 2006, alla data indicata nel comma 1, è automaticamente rideterminato aggiungendovi la somma corrispondente all'incremento spettante a ciascuno dei dirigenti interessati moltiplicato per il numero degli stessi al netto degli oneri riflessi.

4. Sono confermati i commi da 5 a 7 e 9 dell'art. 5 del CCNL del 5 luglio 2006.

Art. 22

Retribuzione di posizione minima unificata per i dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro non esclusivo o ad esaurimento

1. Per i dirigenti medici e veterinari a rapporto di lavoro non esclusivo e con orario unico la retribuzione di posizione minima unificata di cui all'art. 43, comma 1 del CCNL 3 novembre 2005, confermata dall'art. 7 del CCNL 5 luglio 2006, rimane fissata nei valori stabiliti dalle tabelle stesse al 31 dicembre 2003.

2. Analogamente si dispone per i dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro ad esaurimento disciplinati dall'art. 44 del CCNL 3 novembre 2005, la cui retribuzione di posizione minima contrattuale, fatta salva l'applicazione degli artt. 49 e 50 del medesimo contratto in caso di passaggio al rapporto di lavoro unico esclusivo o non esclusivo, rimane quella fissata al 31 dicembre 2003 dagli artt. 46 e 47 del contratto citato, confermati dall'art. 7 del CCNL 5 luglio 2006.

3. Rimangono, altresì, confermate tutte le altre clausole di cui agli articoli del CCNL 3 novembre 2005 citati nei commi precedenti.

INCREMENTI CONTRATTUALI E ARRETRATI DEI DIRIGENTI MEDICI A RAPPORTO ESCLUSIVO

Tipologia Incarichi	Anno 2006 Tabellare x 14 mesi 1/1/06 – 31/01/07		Aumenti contrattuali Anno 2007				Totale generale arretrati al 31 Ottobre 2008
	Quota mensile	Totale	Tabellare x 12 mesi dal 1/2/07	Posizione x 13 mesi dal 1/1/2007	Totale mensile lordo	Totale arretrati 2006/2007	
Incarico Struttura Complessa	€ 17,70	€ 247,80	€ 149	€ 240,89	€ 389,89	€ 5.167,37	€ 9.066,27
Incarico Struttura Semplice o ex Modulo	€ 17,70	€ 247,80	€ 149	€ 153,89	€ 302,89	€ 4.036,37	€ 7.065,27
Incarico lettera C, art 27 CCNL 2000	€ 17,70	€ 247,80	€ 149	€ 65,79	€ 214,79	€ 2.891,07	€ 5.038,97
Dirigente equiparato	€ 17,70	€ 247,80	€ 149	€ 65,79	€ 214,79	€ 2.891,07	€ 5.038,97
Dirigente < 5 anni	€ 17,70	€ 247,80	€ 149	€ 0,00	€ 149,00	€ 2.035,80	€ 3.525,80

Tabella tratta dal sito Web ANAAO - Assomed

maggior interesse per gli Associati, a commento sintetico si può dire che le cifre previste (soprattutto le una tantum) non sono particolarmente soddisfacenti, pur essendo in linea con quanto previsto dalle OOSS e comunque superiori al tasso di inflazione programmata, si spera che con il II biennio si possa ottenere un una ulteriore valorizzazione economica, maggiormente significativa, in particolare per quanto riguarda la indennità di esclusività con il conglobamento di quest'ultima nella massa salariale.

In conclusione di questo primo articolo di commento e presentazione di questo nuovo CCNL, ci sembra di poter spendere un giudizio non del tutto negativo sullo stesso considerato la particolare congiuntura economica che affligge il nostro Paese, anche se non tutte le problematiche riguardo l'organizzazione del lavoro medico sono affrontate, né risolte ovviamente.

Rinviamo ai prossimi numeri della Rivista l'esame dettagliato degli altri articoli di maggior interesse, prefiggendoci anche di fare un commento comparativo, ove possibile, con il CCNL precedente; siamo comunque a disposizione per accogliere suggerimenti e proposte sugli argomenti ritenuti di maggior interesse dagli Associati e ci aggiorniamo al prossimo appuntamento della rubrica.

La Cartella Clinica: quale funzione?

di Ornella Mafrici

Nella storia della medicina, l'invenzione della Cartella Clinica sembra doversi attribuire ad Ippocrate ed alla giusta necessità di osservare i pazienti e di annotarne l'aspetto ed i sintomi. Eppure, anche se l'esigenza di registrare la storia delle affezioni dei pazienti sia così risalente nel tempo, la Cartella Clinica e, in particolare, quella della struttura ospedaliera pubblica, non è stata e non è ancora oggetto di una specifica legislazione ma solo di riferimenti normativi. Il che rende difficoltoso individuare quali siano i limiti giuridici del suo contenuto, specie se si considera che trattasi di un documento munito di fede privilegiata, valido ed attendibile, in sede civile, fino a querela di falso.
Se il Legislatore non ha dettato una disciplina ad hoc per gli ospedali pubblici e per le cliniche convenzionate, lo ha fatto per le case di cura private non convenzionate dove la Cartella Clinica non riveste, tuttavia, il carattere di atto pubblico bensì di "promemoria".
L'art. 35 del Decr. Pres. Cons. Min., del 27.06.1986, prescrive l'obbligo di tenuta di una Cartella Clinica, per ogni ricoverato, dove devono essere indicate le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia gli esiti ed i postumi. Le cartelle, firmate dal medico curante e sottoscritte da un medico responsabile di raggruppamento, devono portare un numero progressivo ed essere conservate dalla direzione sanitaria. Tale norma, dettata per le case di cura private, può essere analogicamente utilizzata per le strutture pubbliche.
Anche il codice deontologico (1998) fornisce (art. 23) preziose indicazioni sulla redazione della cartella, evidenziando che deve avvenire con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e che deve contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica ed al suo decorso, le attività diagnostico terapeutiche praticate.
Il Codice in materia di dati personali (D.L.196/2003), in ordine alle cartelle cliniche, prevede che debbano essere "...adottati opportuni accorgimenti per assicurare la comprensibilità dei dati ..." (art. 92).
In questo contesto si collocano:
a) la scheda di dimissione ospedaliera che, dal 30.06.1992 (D.M.28.12.1991 in G.U. 17.01.1992 n.13), è divenuta obbligatoria, per le case di cura pubbliche e private, quale documento facente parte integrante della Cartella Clinica: la SDO, oltre ad avere la medesima valenza, di carattere medico legale, della Cartella Clinica ha analoga funzione informativa, sia per il paziente che deve conoscere e comprendere quali siano le sue condizioni di salute, sia

per i medici o per le strutture che potrebbero averlo in cura successivamente;
b) il consenso informato, che deve essere inserito nella Cartella Clinica e la cui mancanza è, oggi, fonte di responsabilità, per violazione del dovere di informazione anche nell'ipotesi in cui la prestazione sia stata diligentemente adempiuta ed il risultato sia stato conseguito.
Tutte le annotazioni contenute nella cartella così come tutte le omesse annotazioni, in materia di responsabilità professionale, rappresentano un parametro di riferimento per la valutazione della colpa e, nello stesso tempo, in un sistema integrato di risk management, costituiscono un parametro importante per la valutazione della qualità della prestazione sanitaria.
In sede penale, il ritardo o la mancata compilazione della cartella può costituire l'elemento materiale del reato di omissione di atti d'ufficio (art. 328 cod. pen.), la compilazione non veritiera (ad esempio, quando risultano annotate terapie o eseguiti esami diversi da quelli effettuati), può integrare il delitto di falso ideologico (art. 479 cod. pen.), mentre la dolosa correzione delle annotazioni, successiva alla sua stesura definitiva (salvo che si tratti di correzione di errori materiali), quello di falso materiale (art. 476 cod. pen.).
In sede civile, secondo il più recente orientamento della Suprema Corte, una lacunosa formazione della Cartella Clinica non è sufficiente ad escludere l'omissione colposa di una diagnosi, perché il medico ha l'obbligo di verificare la completezza e l'esattezza del contenuto della cartella stessa, la cui violazione configura un difetto di diligenza, ai sensi dell'art. 1176 cod. civ. e un inesatto adempimento della prestazione (Cass. Civ. n. 12273/2004). Peraltro la difettosa tenuta della Cartella Clinica consente il ricorso alle presunzioni (Cass. Civ. 11316/2003, Cass. Civ. 19133/2004, Cass. Civ. 577/2008), anche se trattasi di presunzioni semplici, che possono essere confutate con la prova del contrario.
Ne consegue, ad esempio, che la difettosa tenuta della Cartella Clinica non vale ad escludere la sussistenza del nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici e la patologia accertata, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla.
La irregolare compilazione della cartella, che abbia determinato conseguenze negative sul paziente, comporta una responsabilità che non è limitata al Primario (culpa in vigilando) ma che si estende a chiunque abbia partecipato alla sua redazione.
Deve precisarsi, tuttavia, che non tutte le attestazioni contenute in una Cartella Clinica sono valide fino a querela di falso ma solo quelle che attengono alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento. Le valutazioni, le diagnosi e le manifestazioni di scienza o di opinione non hanno, infatti, alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova.
In ogni caso, dette attestazioni, pur essendo rilevanti, non sono vincolanti allorché venga in contestazione la responsabilità della persona medesima che ha redatto la cartella, per il principio secondo cui nessuno può precostituire prove a favore di se stesso.
È indubbio che la Cartella Clinica costituisca un indispensabile strumento di lavoro, perché consente al medico di avere tutte le notizie necessarie, in particolare, sullo stato di salute del paziente, sulla diagnosi, sulla prognosi, sul decorso clinico della malattia, sulle decisioni assunte e sugli interventi effettuati.
Una redazione puntuale, corretta e completa, in ogni sua parte, della cartella, da realizzarsi anche con l'ausilio degli strumenti informatici, consente, fra l'altro, una maggiore facilità di comunicazione tra i diversi operatori sanitari che hanno in cura il paziente, con conseguente riduzione del rischio di errori, specie in un sistema complesso, quale è la struttura ospedaliera.
In campo medico-legale, la Cartella Clinica costituisce, invece, uno strumento di indagine e di prova; ne consegue che il consulente tecnico, che deve valutare, a posteriori, la condotta del medico e/o della struttura, quanto più è posto nelle condizioni di ripercorrere, adeguatamente, la storia clinica del paziente, tanto più potrà emettere un giudizio prossimo alla certezza o, quanto meno, di verosimiglianza sul caso portato al suo esame.

I giovani Cardiologi e il mondo del lavoro

di Rosa Pecoraro

Problematiche comuni e temi di interesse per i giovani Medici che si affacciano nel mondo della Cardiologia
Cosa vuol dire essere giovani Cardiologi oggi?

In questo nuovo spazio all'interno di "Cardiologia negli Ospedali" si vuole dar voce alle tematiche di maggior interesse per i più giovani, cominciando dal loro inserimento nel mondo del lavoro, problematico per le caratteristiche della formazione e per la precarietà nell'iniziale inquadramento professionale

Questo spazio all'interno di "Cardiologia negli Ospedali" si pone l'obiettivo di far emergere alcune tra le problematiche che più interessano i giovani Cardiologi ed i Medici Specializzandi in Cardiologia, ovvero coloro i quali hanno appena iniziato la navigazione nel mondo della Cardiologia e coloro i quali si apprestano ad iniziarla. È pertanto uno spazio dinamico, aperto a proposte su qualsiasi tematica di rilievo in questo contesto.
Ma veniamo a chi sono questi giovani Cardiologi...
Cosa si trovano realmente di fronte i giovani Medici di oggi, all'uscita dall'Università, una volta chiusasi alle loro spalle la porta dell'aula magna con tanto di proclamazione, i cori "Dottore...Dottore..." e le corone d'alloro? Lo sbigottimento iniziale è esperienza comune.
Mentre un tempo la professione medica poteva essere esercitata attraverso vari percorsi, oggi il neo - laureato in Medicina si trova generalmente di fronte ad un unico sbocco: la Scuola di Specializzazione. Il percorso didattico odierno non prevede generalmente un periodo di attività clinica generale, ovvero non orientata verso una determinata professionalità specialistica. Quella in Medicina infatti è una Laurea che offre ben pochi sbocchi professionali a chi non possiede una specializzazione.
Un tempo il giovane Medico, dopo la Laurea, esercitava la Medicina anche per diversi anni e spesso in contesti generici prima di poter accedere alla formazione specialistica, che comunque generalmente consisteva nel lavorare direttamente in strutture specialistiche acquisendo sul campo le nozioni necessarie. Questo tipo di percorso, se da un lato poteva essere limitato sotto il profilo didattico formale, di certo però metteva il giovane Medico nelle condizioni di imparare una professione direttamente sul campo.
Oggi la formazione specialistica, tappa fondamentale e non procrastinabile (pena non solo la ridotta gratificazione professionale ma anche la disoccupazione!) rappresenta lo sbocco nell'immediato post - Laurea. Il conseguente rapido inserimento nel mondo del lavoro specialistico (dove "rapido" è ovviamente ironico, giacché il neo-Specialista ha in genere almeno 30 anni...) non prevede infatti un periodo nel quale il giovane Medico riesca a mettere in pratica anni ed anni di studio della Medicina nella sua globalità, eccezion fatta per coloro i quali, per virtù o necessità, hanno trascorso notti e fine settimana in qualche recondito angolo di Guardia Medica, oppure facendo sostituzioni di Medici di Famiglia o turni di guardia in Strutture di vario tipo, acquisendo così alcuni rudimenti di Medicina "di base".
Il passaggio quasi diretto dal Corso di Laurea alla Scuola di Specializzazione può privare i neo-Medici di alcune

Una scena de "Il medico della mutua" (1968, Luigi Zampa) con Alberto Sordi

esperienze cliniche nell'ambito della Medicina generale e li catapulta direttamente nella realtà dell'attività specialistica. Questo toglie ai giovani un po'di quella "visione d'insieme" che si riconosce a chi ha già lavorato per anni prima di accedere alla Specializzazione. Il rischio è quello di diventare specialisti prima ancora di essere Medici...

Per non parlare dei casi in cui il neo - Medico e neo - Cardiologo viene, per un particolare meccanismo nel percorso di formazione, ad occuparsi fin dall'inizio della sua attività di un settore prettamente specifico della Cardiologia (ad es. Emodinamica, Elettrofisiologia ecc.) , passando quindi direttamente da studente a super-Specialista.

La Medicina moderna si basa su di una settorialità ed una ultra - specializzazione sempre maggiori ma in questo contesto sembra crescente la necessità di una figura che funga da trait d'union tra vari Specialisti.

E si rafforza quindi l'esigenza di una modifica del percorso formativo, che tenga conto delle variazioni nel mondo del lavoro medico e che adatti a queste nuove esigenze anche il percorso di studi.

Formato adeguatamente o no, il giovane Cardiologo si trova alla prima notte di guardia. La prima notte di guardia da solo. Il panico lo assale. Anni e anni di studio condensati in qualche manuale tascabile e via, nel mondo del lavoro...

Per fortuna per i giovani Cardiologi di oggi le prospettive lavorative globali non sono poche. Le varie Strutture pubbliche e convenzionate offrono alla maggior parte dei neo-Specialisti diverse possibilità di impiego, a differenza di altri settori della Medicina, nei quali al momento risulta più complesso l'inserimento (vedi Chirurgie specialistiche). Oltre alla carenza cronica di Radiologi e Anestesisti, oggi si registra infatti la mancanza acuta di Pediatri, Cardiologi, Nefrologi, Geriatri, Riabilitatori, Internisti.

Realisticamente parlando il lavoro non manca globalmente per chi si appresta a fare il suo ingresso in Cardiologia...quello che spesso invece manca è la garanzia del protrarsi nel tempo di queste opportunità lavorative.

In alcune Province e Regioni italiane infatti il neo specialista trova impiego solo grazie ad incarichi a tempo determinato, a causa del blocco da diversi anni dei Concorsi Pubblici per posti a tempo indeterminato. Si rende così necessario adattarsi ad una precarietà fatta di avvisi pubblici, incarico dopo incarico, senza una chiara prospettiva a lungo termine e senza quindi la possibilità di una progettualità personale e familiare. Passare di rinnovo in rinnovo impedisce infatti di pianificare non solo il percorso professionale, ma anche quello privato (provate a chiedere un mutuo...).

Certo, rispetto alla precarietà di altri settori del mondo del lavoro la nostra pare decisamente una condizione relativa, ma di certo incide nel percorso individuale del singolo professionista e può essere alla base della carenza di motivazioni di apprendimento, di mancata formazione ospedaliera, di assenza di continuità assistenziale e di programmazione nella formazione universitaria.

L'avvio della propria attività professionale e l'ingresso nel mondo del lavoro rappresentano dei punti critici e richiedono uno spirito di adattamento nell'accettare percorsi non sempre lineari ed un certo grado di precarietà fino ad ottenere una professionalità completa ed una posizione lavorativa definita. Per chi desidera farlo comunque le possibilità concrete ci sono, pur se molto diverse nelle varie realtà italiane.

È quindi interessante ed importante poter condividere le esigenze e le problematiche dei vari contesti locali che, in questo spazio all'interno della Rivista, possono trovare un punto di dialogo e di dibattito.

Storia dei Valdesi di Calabria - I parte
La chiesa Cattolica e i Valdesi di Calabria
Sogni, speranze e assurde persecuzioni

di Antonio Perrotta

Nel XII secolo Pietro Valdo, ricco mercante di Lione, in seguito ad una crisi di coscienza, abbandonò tutti i suoi averi per predicare la parola di Dio da laico, attraverso la personale interpretazione e predicazione dei testi sacri. Desideroso di conoscere i messaggi cristiani incaricò due chierici di tradurre alcuni libri sacri in dialetto lionese; diede dignitosa sistemazione alle due figliuole, alcune proprietà alla moglie ed il rimanente dei suoi beni lo distribuì ai poveri.
Il movimento dei Valdesi o dei "poveri di Lione", incontrò notevole favore popolare. Alla base del credo valdese stavano il rifiuto dei precetti della Chiesa Cattolica, la contrarietà ad autorità, gerarchie, ricchezze e tutto quanto si frapponesse fra Dio e l'uomo; il motto dei Valdesi era, in sintesi, "bisogna obbedire a Dio piuttosto che agli uomini". La sovversione di Valdo, accolta e diffusa in maniera sempre più ampia, provocò la preoccupazione e la diffidenza della Chiesa tanto che il Concilio di Verona (1184) ordinò l'espulsione di Valdo e quella dei suoi seguaci prima da Lione e successivamente, con l'ausilio del re d'Aragona, dalla Provenza e da tutta la Francia. La diaspora dei Valdesi, in un primo momento, riguardò il centro dell'Europa, successivamente investì anche Lombardia e Piemonte.
Nel 1315 dalle valli del Piemonte, tra cui quelle d'Angrogna, Luserna San Giovanni, Torre Pellice, Villar Pellice, Bobbio Pellice, Rorà, prese avvio il grande esodo verso la Calabria.
I Valdesi s'insediarono a Montalto (oggi Montalto Uffugo), dove nella zona Sud edificarono il borgo detto degli "ultramontani"; di seguito cominciarono ad espandersi verso San Sisto (allora casale del feudo di Montalto, oggi San Sisto dei Valdesi) e zone limitrofe. Ben presto però, per via di un sempre più elevato numero di presenze, edificarono e popolarono anche Vaccarizzo, Argentina e una parte di San Vincenzo La Costa. Sul finire dell'insediamento, il marchese Salvatore Spinelli consentì loro di edificare anche nelle sue terre di Guardia (poi detta piemontese per l'ovvia provenienza valdese).
Sia a S. Sisto che a Guardia il popolo valdese visse, per circa due secoli, di una buona fusione con i cristiani del posto; condusse una vita molto semplice, dedita al lavoro dei campi e praticando la fede con prudenza, mimetizzata con il culto cattolico. Gli ultramontani, qui, si diedero all'agricoltura coltivando proficuamente ortaggi, fichi, vigne, ulivi e gelsi. Svolsero abilmente attività artigianali: la lavorazione della seta, la trasformazione del legno per la realizzazione di attrezzi e la concia delle pelli.
Nei primi anni del XVI secolo, in Europa, acquisiva un peso sempre più consistente la Riforma Protestante; a Ginevra, Giovanni Calvino segnò la svolta del protestantesimo al quale i Valdesi aderirono nel 1532 col sinodo tenuto a Chanforan, nei pressi di Angrogna.
La Chiesa comincia a sentirsi minacciata da tali fenomeni e intanto l'Italia meridionale viene sopraffatta dal dominio spagnolo. Col Concilio di Trento (1545) ebbe luogo la Controriforma che stabilì, per la Chiesa, nuove regole di comportamento e ulteriori poteri: l'interpretazione della Bibbia diventava un'esclusiva competenza della Chiesa ufficiale, la salvezza umana veniva garantita tramite "opere terrene", al sacerdozio veniva attribuita origine divina ed i sacramenti da rispettare divenivano sette. La Controriforma assegnava anche nuovi poteri ai Tribunali della Santa Inquisizione, riconcepita col compito di combattere e stroncare le eresie e vietare la lettura di testi non aderenti agli ordinamenti della Chiesa Cattolica.
Intanto proprio a San Sisto, che contava una presenza di oltre cinquemila Valdesi, cominciavano a mettersi in atto strategie utili a combattere l'incombente "pericolo ereticale". Il parroco dell'epoca, fra' Bernardino Alimena, acerrimo nemico dei Valdesi, iniziò a far costruire la Chiesa di San Michele Arcangelo, costringendo i Valdesi locali a prestare la loro manodopera. Il tempio cattolico, ultimato nel 1556 doveva essere anche "luogo di conversione forzata" degli eretici. Nello stesso anno cominciarono ad approdare, nelle comunità di San Sisto e Guardia, i primi barba: predicatori calvinisti, uomini - guida, giunti in Calabria per il sostegno spirituale ai Valdesi. Primo fra tutti fu Gilles dei Gilles che, giunto in Calabria, ebbe subito il sentore di una crisi profonda. Subdorato il pericolo per i confratelli consigliò loro di vendere i beni e ritirarsi in luoghi più sicuri. Negli anni successivi arrivarono altri predicatori: Stefano Negrin, Giacomo Bonelli e Giovan Luigi Pascale.
Il primo a cadere vittima nelle mani

San Sisto dei Valdesi, Rue Morts
La prima via di fuga (1 giugno 1561, domenica sera)

Guardia Piemontese,
La porta del sangue
(5 giugno 1561, giovedì sera)

Montalto Uffugo,
La nuova scalinata della chiesa
di San Francesco di Paola
(11 giugno 1561, mercoledì)

dell'Inquisizione fu Bonelli che, dopo un anno di ministerio a S. Sisto, fu messo al rogo nel carcere dell'Ucciardone a Palermo. Pascale, forse il più noto, predicò prima a S. Sisto poi a Guardia. Venne imprigionato dal Marchese Salvatore Spinelli nel Castello di Fuscaldo il 2 maggio 1559, dopo svariati maltrattamenti, fu condannato dal Tribunale della Santa Inquisizione e arso al rogo sulla riva sinistra del Tevere in prossimità del ponte di Castel Sant'Angelo. La morte di Negrin, invece, è da ricondursi alle carceri di Cosenza. Un personaggio che merita di essere citato, in questo contesto storico, è il giovane Sansistese Marco Berardi che, per rendere giustizia ai soprusi imposti ai Valdesi, organizzò una piccola campagna di ribellione, in parte spinto anche dai sentimenti per una giovane Valdese. Durante la rivolta, comandata dallo stesso Berardi, il 23 maggio 1561 nei pressi di S. Sisto, rimase ucciso il Governatore di Montalto De Castagnedo. In seguito, il giovane ribelle venne catturato e imprigionato nelle carceri arcivescovili di Cosenza. Nei giorni della sua prigionia, per l'avvenuta uccisione del Governatore, i rapporti tra i Valdesi, la Chiesa e lo Stato si irrigidirono ulteriormente.
Il Vicerè di Napoli, Don Parafan de Ribera, presi accordi con l'Ufficio della Santa Inquisizione, dette precise e perentorie istruzioni al responsabile militare Don Ascanio Caracciolo: recarsi nelle terre di S. Sisto e Guardia per procedere allo sterminio, senza scrupoli di alcuna sorta. Ascanio Caracciolo, dopo aver assoldato a Cosenza un gruppo di spregiudicati (forse avanzi di galera) partì con l'esercito alla volta di S. Sisto, dove giunse nel tardo pomeriggio. Proprio con le prime ombre della sera su S. Sisto si abbattè la ferocia della mano sanguinaria che non diede scampo a migliaia di bambini, donne ed anziani colti alla sprovvista nelle abitazioni date alle fiamme. Alcuni cercarono scampo nei boschi vicini, attraverso la prima via di fuga (oggi Rue Morts), speranzosi di ricongiungersi a quegli uomini che, dalla morte di Castagneto in poi, erano rimasti nascosti nei boschi di contrada Albano. Durante l'eccidio dei Valdesi di S. Sisto Marco Berardi, con l'aiuto di alcuni amici Valdesi scampati al rogo ed alla morte, riuscì ad evadere dal carcere, probabilmente per dare aiuto a quei Valdesi perseguitati. Ritrovò Giuditta e, con un discreto numero di fuggiaschi, si nascose nei boschi della Sila cosentina. In questi luoghi ebbe modo di organizzare un piccolo esercito di circa 1.500 soldati, tra cui numerosi Valdesi. L'intento era contrastare la Santa Inquisizione e gli Spagnoli che dominavano la Calabria, ma il piccolo esercito non poteva competere con quello dello Stato e, dopo circa tre anni, anche Marco Berardi morì. Il suo corpo e quello di Giuditta furono rinvenuti abbracciati nei boschi della Sila.
L'eccidio a S.Sisto e nelle campagne circostanti ebbe fine nella mattinata del 5 giugno 1561 e mentre qui i corpi esanimi degli eretici venivano raccolti e buttati nelle fosse comuni, l'esercito capitanato da Ascanio Caracciolo già si dirigeva verso Guardia per compiere l'ulteriore massacro. Gli esecutori dello sterminio entrarono agevolmente nel paese attraverso la Porta del sangue, grazie all'intervento ingannevole del Marchese Spinelli; anche qui il fuoco e le armi seminarono terrore e morte. Il pomeriggio del giorno successivo, l'esercito portava i prigionieri nelle carceri del Castello di Montalto; fra questi c'era anche Stefano Negrin. Giunti i nuovi prigionieri gli Inquisitori si resero conto che quelle carceri erano già sature di Valdesi catturati a S. Sisto, quindi nei giorni successivi una parte venne trasferita a Cosenza nelle carceri arcivescovili e del castello. Proprio qui Negrin trovò la morte a causa delle numerose angherie, ma soprattutto per il dolore provocato dall'ingiusta fine dei confratelli.
L'eccidio ebbe però una prosecuzione: l'11 giugno sulla scalinata della chiesa di San Francesco di Paola in Montalto, per volontà dell'Inquisitore fra' Valerio Malvicino e per mano del "boia di giustizia" Pirro Antonio Pansa, ottantotto Valdesi furono sgozzati, ottantasei Guardioli e due Sansistesi. Dopo l'11 giugno 1561 cento donne Valdesi prelevate dalle carceri di Cosenza furono condotte a Montalto dove vennero smembrate, squartate e attaccate ai pali unite ai corpi maschili; questa terribile mescolanza fu esposta lungo la via Consolare Popilia nell'intero tratto che da Cosenza porta a Morano Calabro, un tratto che allora era di circa sessanta miglia.

Espaci Occitan

di Giorgino Cesano

Lingua e territorio, cultura e tradizioni: binomi perfetti delle Valli Occitane. Un'area di lingua d'òc che si estende dall'Alta Valle Susa in provincia di Torino attraversando le Valli Germanasca, Chisone e Pellice, entrando nel cuneese con le Valli Po, Varaita, Maira, Grana, Gesso, Vermenagra, Pesio, Ellero, Monregalesi, sconfinando nell'area brigasca nei comuni di Ormea, Briga Alta, Triora (con le sole frazioni di Realdo e Verdeggia), Olivetta San Michele e nel sud Italia con Guardia Piemontese. Un territorio che si chiama Occitania, una nazione che non c'è, dei confini linguistici che non toccano solamente l'Italia, ma si allargano nel sud della Francia sino alla Val d'Aran in Spagna. Una lingua di cui parla già Dante Alighieri nel 1300: l'occitano, termine che deriva dalla particella affermativa òc. Dal 1999, lo Stato italiano tutela questa minoranza con la Legge 482. Al fine della promozione linguistica, sociale ed economica delle popolazioni di lingua occitana è nato Espaci Occitan, Associazione che riunisce gli enti pubblici del territorio occitano. Istituto di Studi, Museo Sòn de Lenga, servizi linguistici ed economici sono gli strumenti dell'azione culturale nella società. L'Istituto di Studi Occitani, in continuo ampliamento, dispone di centinaia di volumi e cd sulla lingua, la cultura e le tradizioni del territorio occitano, nonché di musiche e filmati consultabili all'interno della mediateca, dotata di tecnologie per la visione e l'ascolto. Il centro di documentazione ospita conferenze e convegni, oltre a proiezioni pubbliche e presentazioni di nuove pubblicazioni; uno "spazio eventi" aperto allo scambio e al confronto con altre culture e minoranze. Il Museo Sòn de Lenga, vero e proprio gioiello tecnologico, unico in Europa, propone un percorso multimediale che attraversa l'Occitania, la sua storia, le sue tradizioni culturali; una divertente "macchina del tempo" per chi vuole comprendere il passato e il futuro delle Valli Occitane. Le lingue di navigazione sono l'italiano, l'occitano, l'inglese e il francese. Per quanto riguarda i servizi linguistici e culturali è attivo lo Sportello Linguistico Occitano, in grado di offrire al pubblico e alle Amministrazioni d'area occitana corsi di lingua on line, servizi di traduzione e interpretariato, attività didattiche, consulenze, ricerche toponomastiche, strutture d'appoggio per eventi culturali. Attraverso il portale di Espaci Occitan è possibile accedere ai servizi culturali, chiedere informazioni, prenotarsi ai corsi linguistici, organizzare le visite al museo multimediale. Dal punto di vista dei servizi economici, Espaci Occitan, titolare del Marchio collettivo Tradizione delle Terre Occitane, attraverso l'omonimo Gal ne promuove la diffusione tra le migliori aziende per l'individuazione di un paniere di prodotti tipici di qualità provenienti dal territorio delle Valli Occitane. Promuove la creazione di un prodotto turistico unitario delle Valli Occitane e la rivitalizzazione del mondo produttivo artigiano.

Espaci Occitan ha sede a Dronero in Via Val Maira 19.
Tel/fax: 0171 904075,
e-mail: segreteria@espaci-occitan.org
Sito web: www.espaci-occitan.org

Peperoncino, un Sovrano venuto dalle Americhe

di Enzo Monaco

Nel secondo weekend di settembre Diamante, in provincia di Cosenza, diventa la Mecca dei "peperoncinomani" col Peperoncino Festival, una kermesse che la stampa internazionale definisce "la più bella dedicata al diavolillo"

Il peperoncino piccante era usato come alimento fin da tempi antichissimi. Dalla testimonianza di reperti archeologici sappiamo che era conosciuto in Messico 9.000 anni fa e già nel 5.500 a.C. era presente in quelle zone come pianta coltivata. Una precisa testimonianza la troviamo nella biografia di Montezuma, ultimo signore degli Aztechi, che mentre era prigioniero di Cortez, passava il tempo scherzando con le sue concubine mangiando pietanze con peperoncino rosso. In Europa lo ha portato Cristoforo Colombo che i Reali di Spagna finanziarono convinti che dai suoi viaggi sarebbero arrivate nuove qualità di spezie, merce rarissima e allora assai richiesta.
Sul diario di bordo della prima spedizione di Colombo, Bartolomeo de Las Casas scriveva: "La spezia che essi mangiano e abbondante e più importante del pepe nero...". Era peperoncino e quelli che lo mangiavano erano gli indigeni del nuovo mondo. Il destino del "diavolillo" era già segnato. Il peperoncino, che è un ortaggio, si sarebbe diffuso e affermato in tutto il mondo come spezia.

Un successo senza business

Il successo arrivò ma non ci furono i risultati economici che si aspettavano. La pianta, facilmente coltivabile dappertutto, si acclimatò benissimo in Europa. Non fu più necessario importarlo e il business cadde sul nascere. Così mentre Spagna, Portogallo, Olanda e Inghilterra litigavano per accaparrarsi le "spezie" vere e proprie che crescevano solo nei paesi di origine, il peperoncino, che attecchisce anche in un vaso sul davanzale, imbocca una strada tutta sua. Diventa subito la spezia dei poveri, di tutti quelli che non potevano permettersi le costosissime spezie orientali. I popoli ricchi non lo apprezzarono. Fu bandito dalle tavole aristocratiche e anche moralisti e puritani lo avversarono considerandolo eccitante e "suscitatore di insani desideri".
Con la cucina povera fu amore a prima vista. Il peperoncino dava sapore a cibi che non ne avevano, conservava la carne quando i frigoriferi non c'erano, con le sue proprietà disinfet-

tanti era di aiuto alle popolazioni dei paesi caldi. Niente business ma un destino popolare e democratico che in poco tempo diffonde il peperoncino soprattutto fra le popolazioni povere con regimi alimentari monotoni e carenti di proteine.
Col peperoncino i Messicani insaporivano le tortillas, gli Africani la manioca, gli Asiatici il riso. In Italia le regioni meridionali e in special modo la Calabria hanno reso vivace e gradevole la loro cucina povera, vegetariana, fatta di ingredienti umili e di pochissima carne.

Pregiudizi e virtù salutistiche

In troppi però, ancora oggi, sono convinti che il peperoncino fa male alla salute. È un antico pregiudizio probabilmente dovuto alla somiglianza dei nomi pepe e peperoncino che ha fatto supporre una stretta parentela e quindi ha trasferito al peperoncino gli aspetti negativi del pepe che notoriamente crea problemi. La verità è che nessun rapporto esiste fra pepe e peperoncino, nonostante la somiglianza linguistica. Il primo appartiene alla famiglia delle Piperacee che niente hanno a che fare con le Solanacee che comprendono il peperoncino.
Può darsi invece che a determinare i giudizi negativi sia stato il sapore piccante. Le maggiori preoccupazioni infatti sono per lo stomaco. Molti affermano di non poter mangiare peperoncino perché "brucia" o "causa bruciori" allo stomaco. Non c'è niente di più sbagliato. Sicuramente il peperoncino è stomachico cioè favorisce la secrezione dei succhi gastrici e quindi la digestione.
C'è da ricordare poi che i peperoncini sono ricchissimi di vitamina C. Ne contengono la massima concentrazione esistente in natura. E proprio studiando questi ortaggi il medico ungherese Szent Gyorgy scoprì e isolò questa preziosissima vitamina ottenendo per questa scoperta il Nobel per la Medicina nel 1937.
Una spolverata di polvere di peperoncino sulle pietanze o, meglio ancora, dei peperoncini freschi tagliuzzati, garantiscono l'apporto giornaliero di vitamina C che ci difenderà da infezioni, malattie di raffreddamento e disturbi cardiovascolari. Il peperoncino inoltre migliora e stimola la circolazione. Le proprietà vasodilatatrici e anticolesterolo sono riconosciute da tutti. Ad esse si aggiunge l'azione della vitamina PP che rende elastici i capillari e della vitamina E che aumenta l'ossigenazione nel sangue. Per questi motivi il peperoncino è utilissimo per la prevenzione e la cura dell'arteriosclerosi.
L'uso costante di peperoncino abbassa il livello di colesterolo nel sangue, aiuta il cuore, agisce come vasodilatatore con grossi benefici per i capillari e per le arterie coronarie. C'è da ricordare infine che negli ultimi dieci anni l'attenzione si sta soffermando sulla "capsaicina" il principio attivo "responsabile" del sapore piccante che sta trovando largo impiego nella terapia del dolore. E secondo molti studiosi esplica effetti di chemioprevenzione e chemioprotezione.

Un'Accademia fatta di volontari

Dalle utilizzazioni mediche fino alla storia e alla classificazione botanica il peperoncino è come un grande pianeta tutto ancora da esplorare. Per questo è nata l'Accademia Italiana del peperoncino, un'associazione di volontari, una ONLUS fondata nel 1994. Conta più di cinquemila Accademici, ottanta "Delegazioni" in Italia e trenta sparse nel mondo. Per studiare il "diavolillo" ha cinque Comitati Scientifici, fra questi un Comitato di Medici presieduto dal Prof. Bruno Amantea dell'Università Magna Graecia di Catanzaro.
Per diffondere il "verbo piccante" invece l'Associazione ha a disposizione la rivista "Pic Mondopeperoncino", la newsletter "Peperoncino News" e il sito internet www.peperoncino.org. Organizza in tutta Italia "manifestazioni piccanti" e a Diamante in provincia di Cosenza il "Peperoncino Festival", una kermesse che la stampa internazionale definisce "la più bella del mondo". Si svolge ogni anno, il secondo weekend di settembre, ed è considerata una vera e propria Mecca per i "peperoncino mani" che arrivano da ogni parte d'Italia e d'Europa per festeggiare Sua Maestà il peperoncino e conoscere le ultime novità piccanti.

Ali nella Laguna

di Roberto Valle

Alla fine dell'estate, migliaia di gabbiani riempiono la Laguna di Venezia, di ali e di bianco. Di ritorno dai quartieri di nidificazione dell'Europa centrosettentrionale, il Mignattino comune (Chlidonias Niger), una piccola sterna (ovvero uno stretto parente del gabbiano di piccole dimensioni) transita nella Laguna, diretto verso le aree di svernamento africane, da cui ritornerà solo nella prossima primavera.
È curioso vedere le acrobazie che questo piccolo uccello compie per procurarsi il cibo, lanciandosi in spericolati inseguimenti degli insetti a pelo d'acqua o piuttosto tuffandosi senza paura nell'acqua per afferrare piccoli pesci di cui si nutre, come nell'immagine a fianco che ha richiesto giorni di appostamento e l'utilizzo di una Canon F1 new, con ottica Canon 200 mm ed un tempo di otturazione di 1/2000 di secondo. La rapidità dell'azione ha richiesto di "tirare" un'Ektachrome 100 ASA a 200 ASA, correggendo poi la sottoesposizione in laboratorio, durante lo sviluppo.

In compagnia dei Mignattini, si trovano spesso i Gabbiani corallini (Larus Melanocephalus), anch'essi in transito verso i quartieri di svernamento, nello stesso periodo. Anche i Gabbiani corallini "pescano" nella laguna, regalandoci immagini curiose e spesso spettacolari per il fotografo. Anche in questo caso, per congelare l'azione sono stati necessari un tempo di otturazione di 1/2000 di secondo ed il "tiraggio" della pellicola (ancora più spinto per la minor quantità di luce disponibile con l'avvicinarsi dell'autunno).
La mole maggiore tuttavia, non consente loro le acrobazie dei Mignattini e in genere si limitano a "raccogliere" in volo tutto quello che trovano, con una dieta molto più varia. Nell'immagine a fianco ad esempio un adulto quasi in eclissi (ovvero la livrea invernale, molto più scialba di quella estiva, riproduttiva) raccoglie del pane dall'acqua. La presenza del pane proprio in corrispondenza della zona di messa a fuoco dell'obiettivo del fotografo, fa intuire come sia stato possibile realizzare questi scatti...

Sir Edward John Poynter, Lesbia con il suo passerotto, 1907

Catullo: il poeta dell'amore tormentato

di Mario Chiatto

Scarse sono le notizie che ci consentono di ricostruire la biografia di Catullo. I confini più probabili della sua vita (in base a poche informazioni che riceviamo da altri autori) sono tra l'84 ed il 54 a.C. Una vita breve ed intensa che ha fine sulla soglia dei trent'anni. È lui stesso a parlarci di Verona la sua città di origine e di Sirmione, sul lago di Garda, a lui particolarmente cara. Se poco sappiamo delle sue origini e della famiglia, nella sua opera invece è riflessa una immagine vivida di quello che dovette essere il suo mondo una volta trasferitosi da Verona a Roma. L'evento cruciale dell'esistenza di Catullo, fu l'incontro con una donna di cui il giovane poeta si innamorò perdutamente e che nei suoi versi cantò con lo pseudonimo di Lesbia. Il suo vero nome era invece Clodia, forse sorella del celebre Tribuno della plebe Clodio, e moglie del Console Romano Quinto Metello Celere. La storia d'amore tra il giovane poeta e Lesbia (Clodia) donna di circa dieci anni più grande, bella, colta, intelligente e spregiudicata si sviluppò per alcuni anni tra entusiasmi, depressioni, ingiurie, abbandoni, litigi e riappacificazioni. Le vicende di questa storia sono riportate in circa un quarto dei componimenti del Liber Catulliano. Nei Carmi la poesia di Catullo esprime una tensione emotiva costante, il susseguirsi di momenti felici e le varie fratture della sua storia d'amore. L'intera raccolta, presenta un disordinato susseguirsi di lamenti per le sofferenze causate dalle false promesse e dai tradimenti della donna e di invettive contro di lei; ma non mancano i ricordi nostalgici dei momenti più belli, le speranze che le parole di Lesbia siano prova del suo amore o addirittura ancora viva la gioia per un insperato ritorno. Lo squilibrio di atteggiamenti all'interno della coppia, genera il celeberrimo canto d'amore: Odi et amo (Carme 85), in cui si alterna il desiderio invincibile che attrae il poeta verso Lesbia ed il risentimento che lei stessa gli ispira. La passione in questa poesia oscilla tra la gioia dei momenti felici e la disperazione per i tradimenti di lei. Nei Carmi del Liber Catulliano il poeta consegna ai lettori un quadro completo delle proprie emozioni senza pudori o inibizioni e ci esibisce un'immagine sincera di sé e dei propri sentimenti.

Resti di Ercolano
Affresco rappresentante un banchetto amoroso, ca. 70 d.C.

Canto d'amore (Carme 5, Liber Catulliano)

Viviamo, mia Lesbia, ed amiamo, e i mugugni dei vecchi moralisti tutti insieme non stimiamoli un soldo.
I giorni tramontano e poi tornano, ma noi quando cade la breve luce della vita, dobbiamo dormire solo una sola interminabile notte. Dammi mille baci, poi altri cento, poi altri mille, poi altri cento, poi di seguito mille, poi di nuovo altri cento. Quando poi ne avremo dati migliaia, confonderemo le somme, per non sapere e perché nessun malvagio ci invidi, sapendo che esiste un dono così grande di baci.

Canto di passione (Carme 51, Liber Catulliano)

Simile a un Dio, o, se è lecito superiore agli Dei mi sembra colui che sedendoti ripetutamente dinanzi ti guarda ed ascolta te che dolcemente sorridi e tutto ciò toglie completamente i sensi a me infelice: infatti non appena ti vedo, o Lesbia, mi manca ogni parola; la lingua si intorpidisce, un fuoco sottile mi scorre sotto le membra, risuonano le orecchie per un ronzio loro proprio, gli occhi sono entrambi coperti da un velo nero di buio.
L'ozio, o Catullo, ti è dannoso; per l'ozio ti ecciti e troppo ti agiti. L'ozio prima ha già rovinato re e prospere città.

Patto d'amore (Carme 109, Liber Catulliano)

O mia vita, tu mi prometti che questo amore tra noi sia gioioso ed eterno. O grandi Dei fate in modo che la sua promessa possa essere vera e dica ciò serenamente e dal profondo dell'animo affinchè sia possibile a noi che duri per tutta la vita questo eterno patto d'amore sacro.

Dichiarazione d'amore (Carme 87, Liber Catulliano)

Nessuna donna può dire di essere stata amata con tanta sincerità, quanto da me la mia Lesbia è stata amata.
In nessun patto d'amore si è mai espressa una fedeltà tanto grande quanto nell'amore verso di te da parte mia.

Odi et amo (Carme 85, Liber Catulliano)

Odio ed amo. Forse mi chiedi per quale ragione faccia ciò.
Non lo so, ma so che accade e ne soffro.

Le promesse di Lesbia (Carme 70, Liber Catulliano)

La mia donna dice di non volere fare l'amore con altri, se non con me, neanche con Giove, se la corteggiasse. Dice così; ma ciò che la donna dice all'amante folle di passione bisogna scriverlo sul vento e sull'acqua che scorre veloce.

Dicebas quondam... (Carme 72, Liber Catulliano)

Una volta dicevi di conoscere solo Catullo, o Lesbia, e non volevi al posto mio abbracciare lo stesso Giove.
Allora ti ho amata non tanto come l'uomo comune ama la propria donna, ma come un padre ama i figli e i generi.
Ora ti ho conosciuta; perciò, sebbene ardo di desiderio più intensamente, sei tuttavia per me di molto minor valore ed importanza.
Come è possibile? – dirai - Perché una tale offesa costringe chi ama ed amare di più, ma a voler bene di meno.

Con Chirone dalla Mitologia greca nasce la Medicina

di Francesco Maria Bovenzi

I Medici riconoscono nel centauro Chirone, personaggio della mitologia, uno dei primi Maestri della Medicina, riparatore di "anime" (etica) e di malattie (terapia). Chirone nacque da Filira, figlia di Oceano e dal Titano Crono, che per sedurla si trasformò in cavallo. Ciò spiega la sua immortalità ed il fatto che avesse appunto l'aspetto di un centauro, metà uomo e metà cavallo. Chirone è considerato il più saggio e benevolo dei centauri, esperto nelle Arti, nelle Scienze, maestro in Medicina, conoscitore dell'importanza curativa delle erbe ed esperto delle medicazioni. In quanto Medico fu chiamato a curare Achille quando quest'ultimo, a seguito delle magie praticate da sua madre Teti per renderlo immortale con il rito del fuoco, gli procurò una ustione alla caviglia. Questo accadde perché il Padre, non avvertito, vedendo il figlio avvolto nel fuoco lanciò spaventato un urlo che interruppe l'atto magico. Durante il rito Achille si era bruciato il labbro e un osso. Teti, allora, irata col marito si recò dal vecchio padre Nereo nelle profondità del mare. Intanto il Padre Pèleo affidò Achille al centauro Chirone che lo curò con un vero trapianto sostituendo l'osso con quello del Gigante Damiso già morto e particolarmente dotato nella corsa (ciò avrebbe reso Achille molto veloce nella corsa). A differenza degli altri centauri, incompetenti e inclini alla violenza, Chirone si distingueva per la sua grande bontà d'animo, pacatezza, saggezza e conoscenza dell'arte medica. Per tutto questo, egli che è ben raffigurato in questo bellissimo quadro di Batoni, è il capostipite della nostra professione medica, tanto che fu anche maestro di Asclepio, ovvero di chi, sempre secondo la mitologia greca, era considerato come il Dio della Medicina.

Pompeo Girolamo Batoni, Achille e il Centauro Chirone, 1746

Pompeo Batoni - L'Europa delle Corti e il Grand Tour

Sono partite quest'anno da Houston (Usa) e dalla National Gallery di Londra le celebrazioni per i 300 anni dalla nascita del pittore Pompeo Girolamo Batoni (1708 - 1787): "Prince of painters in Eighteenth - century Rome". La mostra, con l'esposizione di 90 dipinti e 30 disegni provenienti da tutto il mondo, alcuni mai mostrati al pubblico e altri da poco restaurati, ripercorre i 40 anni di carriera dell'artista e la sua evoluzione pittorica. Il gran finale di questa straordinaria esposizione internazionale si svolgerà in Italia a Lucca, presso il Palazzo Ducale: "Pompeo Batoni - L'Europa delle Corti e il Gran Tour", dal 6 dicembre 2008 al 29 marzo 2009.

Pompeo Girolamo Batoni, La purezza di cuore, 1752

Buon Natale

ai nostri Lettori

In copertina
Pompeo Girolamo Batoni
Purity of Heart, 1752

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification