

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



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

GENNAIO • FEBBRAIO 2009 N° 167

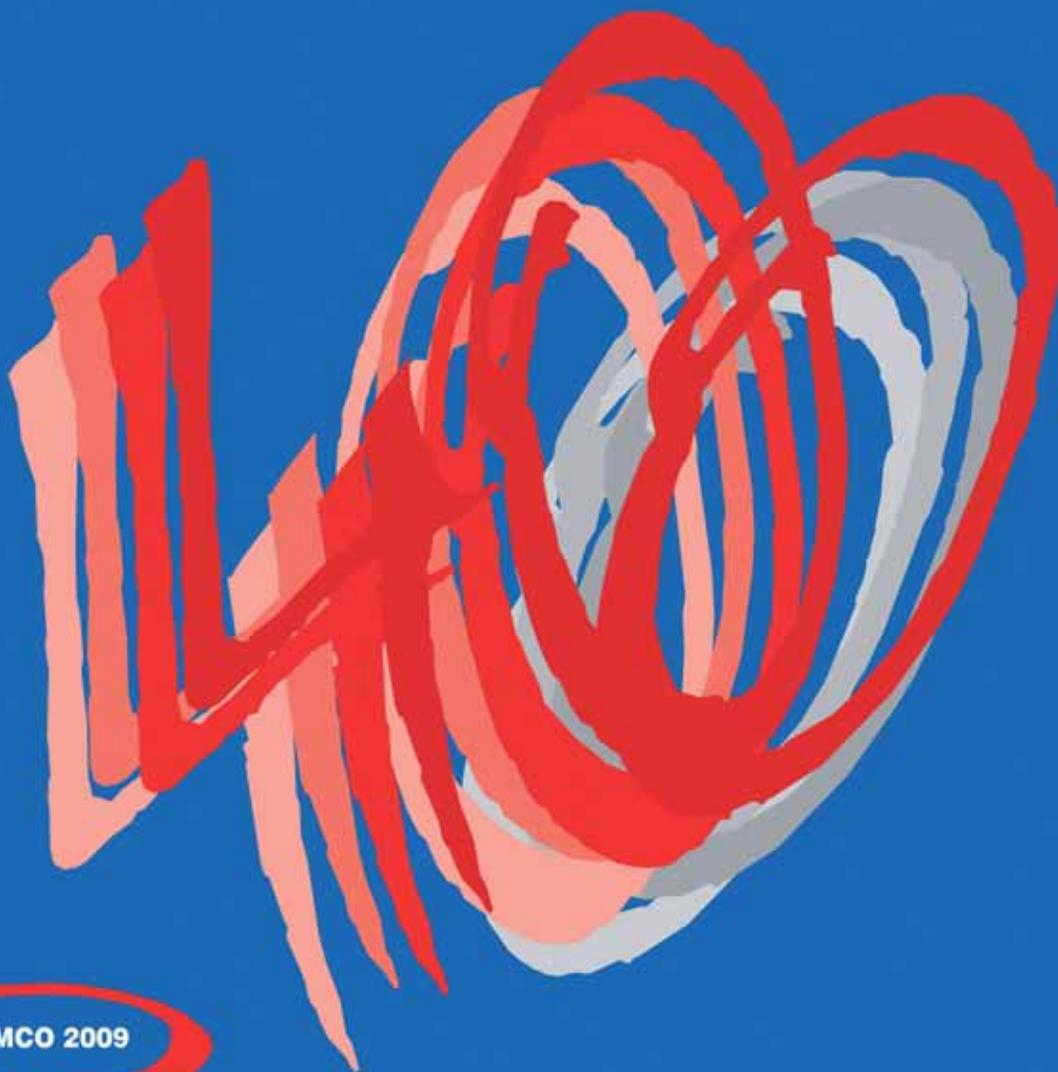
**AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENECA • BRISTOL - MYERS SQUIBB • BOEHRINGER
INGELHEIM • PFIZER ITALIA • SANOFI - AVENTIS • SERVIER ITALIA**



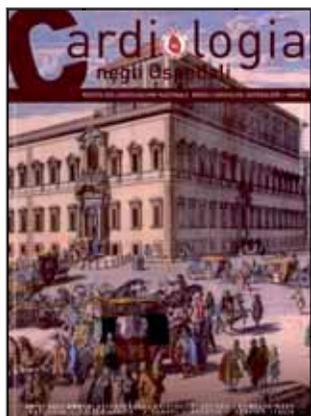
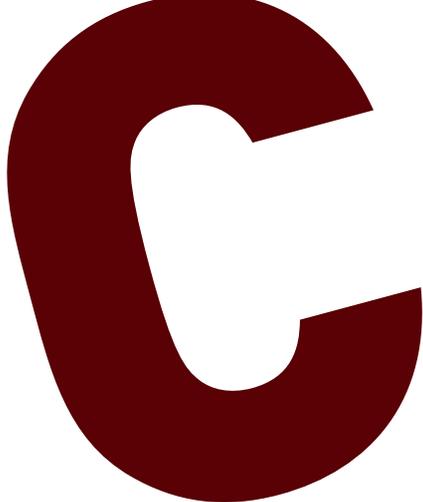
CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA



FIRENZE
FORTEZZA DA BASSO
4 - 7 GIUGNO 2009



ANMCO 2009
RICERCA, INNOVAZIONE E QUALITÀ DELLE CURE



In copertina opera di **Gomar Wouters**, *Ingresso al Quirinale dell'Ambasciatore imperiale Antonio Floriano di Liechtestein nel 1692* Incisione all'acquaforte acquerellata ASPR, Archivio fotografico



N. 167 - gennaio/febbraio 2009
Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co-Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Bovenzi,
Pasquale Caldarola,
Massimo Uguccione

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

Dal GISSI al Quirinale, dall'impegno al prestigio
di Mario Chiatto

DAL PRESIDENTE

ANMCO e HCF al Quirinale
di Salvatore Pirelli



Il Presidente Napolitano all'incontro con la Fondazione "per il Tuo cuore"
estratto dall'intervento del Presidente della Repubblica

ATTIVITA' IN CORSO

L'offerta formativa ANMCO si estende agli Informatori Medico Scientifici
di F. M. Bovenzi e S. Pirelli

Siamo partiti! Operativo il secondo Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano ISS-ANMCO
di D. Vanuzzo, S. Giampaoli, S. Urbinati



DALLA FIC

Una nuova Alleanza per il Cuore
di Giuseppe Di Pasquale

DAL JCM

Attività JCM 2008
di Massimo Chiariello

REPORTAGE DAI PRINCIPALI CONGRESSI

Dal GICR al GICR - IACPR: nel solco della continuità e dell'innovazione
di Raffaele Griffo

NOTIZIE DALLA ESC

Notizie dal Comitato per le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC Committee for Practice Guidelines)
di Gianfranco Mazzotta

3 DALLE AREE

22

AREA CHIRURGICA

Collaborare verso lo sviluppo: la sfida del rapporto Cardiologo - Cardiochirurgo nell'innovazione tecnologica
di Luigi Martinelli

AREA EMERGENZA-URGENZA

Al passaggio del testimone
di Giuseppe Fradella

AREA INFORMATICA

Prepariamoci ad affrontare il futuro
di Guido Giordano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Biennio 2009 - 2010: da dove partiamo e dove andiamo?
di Andrea Rubboli



AREA MANAGEMENT & QUALITA'

Obiettivi economici ed obiettivi di qualità assistenziale in Cardiologia
di G. Rosato ed E. Pasini

AREA NURSING

Nascono il Chairman ed il Co - Chairman Infermiere. Primo obiettivo: la comunicazione con i Referenti Regionali
di C. Caredda, L. Sabbadin, G. Trocino, V. Martinelli

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Un nuovo biennio per l'Area Prevenzione Cardiovascolare...
di Stefano Urbinati

AREA SCOMPENSO CARDIACO

La rete per lo Scompenso: un patrimonio da difendere e valorizzare
di G. Misuraca e M. Senni

CALABRIA

A proposito della Campagna sul Ritardo Evitabile. Gli sviluppi della rete per l'emergenza
di M.T. Manes e F. Greco



CAMPANIA

Le Campagne Educazionali Nazionali ANMCO in Campania
a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Campania

FRIULI VENEZIA GIULIA

Incontri di Casistica Clinica
di P. Maras e T. Morgera

LAZIO

Il Governo Clinico: una nuova prospettiva per il Cardiologo ospedaliero
di Furio Colivicchi

LOMBARDIA

CIACC: si gira
di Antonio Mafri

MARCHE

Nuovi scenari per la Cardiologia: dubbi e certezze sugli ospedali per intensità di cura
di Roberto Accardi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Implementazione regionale della "Consensus Conference"
di Gianni Gaschino



PUGLIA

Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia
di Teresa Pascente

SARDEGNA

Progetto sperimentale per la ricerca di nuovi percorsi nella continuità assistenziale e gestione integrata territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco
di A. Mauric, P. Tecleme, G. Pintor

TOSCANA

"Abbiamo scelto la speranza sulla paura"
a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana



UMBRIA

Il trattamento in Rete delle Sindromi Coronariche Acute in Umbria: la Rete T.O.S.C.A.
di M. del Pinto, A. Contine, F. Angeli, G. Alunni, C. Cavallini

VENETO

Definizione di prevalenza, tasso annuo di ospedalizzazione, aderenza alle Linee Guida e costi sociali dello Scompenso Cardiaco
di R. Valle, E. Garelli, F. Sartori, D. Marchese

CUORI ALLO SPECCHIO

Francesco Chiarella
intervista Luciano Onder



FORUM

Guida pratica all'esame cardiologico: l'arte e la scienza
di Mario Chiatto

L'equivalenza tra farmaci cardiovascolari generici e "griffati" negli Stati Uniti
di Sabino Scardi

FORUM ORGANIZZATIVO SINDACALE

L'evoluzione del Sistema SDO - DRG
di F. Bux, G. A. Di Pietro, E. A. Graps, P. Caldarola, G. Scalera, A. Villella

IL PARERE LEGALE

Tre casi per riflettere
di Ornella Mafri

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Mario Tobino psichiatra
di Franco Bellato

Storia dei Valdesi di Calabria

Il parte
di Antonio Perrotta

I VERSI DEL CUORE

L'amore per Montale: unico varco nel "male di vivere" tra la "divina Indifferenza"
di Silvana Ruffolo



45

63

76

48

70

79

50

54

56

59

72

61

74

94

88

91

86

82

80



Dal GISSI al Quirinale, dall'impegno al prestigio

di Mario Chiatto

L'arrivo del Professor Attilio Maseri alla Presidenza della Fondazione "per il Tuo cuore" - Heart Care Foundation ONLUS ha dato un eccezionale impulso alle attività associative, proprio a partire dalle iniziative che favoriranno l'innovazione nella ricerca clinica.

Oggi la Medicina è focalizzata sui comportamenti e sulle risposte terapeutiche più prevalenti, ma la totalità dei pazienti non è fatta solo di persone che hanno problemi risolvibili come la "media", e trattati solo con terapie standardizzate. In questo senso, una delle tematiche di frontiera che si profila all'orizzonte di noi clinici è l'importanza di una personalizzazione delle cure cardiologiche.

La risposta ai ragionevoli dubbi del Cardiologo sull'esistenza di una strategia alternativa a questa consolidata quotidianità terapeutica potrà venire solo dalla ricerca e studio dei casi che più si discostano dalla norma, tappa fondamentale nella prescrizione di terapie ad hoc individuali, come anche per una prevenzione fatta "su misura". Questa brillante intuizione si ispira al principio della infinita diversità sociale e biologica degli uomini, e della loro unicità nell'essere ammalati, inducendo a indagare ben oltre le note evidenze clinico-nosologiche legate alla specifica malattia.

Sono questi, in sintesi divulgativa, i principi ispiratori che muovono la nuova ricerca innovativa per la quale la Fondazione ha promosso una grande Campagna Nazionale di raccolta fondi dal titolo "Accendi il Tuo cuore per la ricerca", che si è tenuta dal 5 al 15 febbraio 2009 sotto l'alto patronato della Presidenza della Repubblica

Italiana e con il patrocinio della RAI, del Corriere della Sera, della Gazzetta dello Sport e dei grandi gestori della telefonia fissa e mobile.

L'ufficio Affari Sociali della RAI ha accolto la proposta di contribuire attivamente all'iniziativa, organizzando una maratona televisiva tesa ad una larga sensibilizzazione dei telespettatori nelle donazioni, attraverso rete fissa o sms con cellulari. Il ricavato consentirà l'avvio di questa ricerca che oserei definire d'avanguardia.

Al Quirinale e alla presenza del Presidente della Repubblica On. Giorgio Napolitano, venerdì 13 febbraio alle ore 15.00, si è tenuto un solenne incontro organizzato in occasione della Campagna. Durante questa celebrazione sono state consegnate dal Presidente due targhe onorifiche ai Colleghi promotori dello Studio GISSI, Fausto Rovelli e Gianni Tognoni, meritevoli di aver proiettato la ricerca cardiologica italiana ai vertici del mondo scientifico internazionale, come testimoniato dagli editoriali commemorativi pubblicati nel decennale dello Studio.

L'ANMCO con professionalità ed impegno ha portato avanti numerose ricerche cliniche, ottenendo anche il plauso della Cardiologia internazionale sulla scia del successo di grandi studi come i GISSI, svolti in collaborazione con l'Istituto Mario Negri. Con queste motivazioni, il Presidente Giorgio Napolitano ha consegnato 5 Borse di studio a giovani ricercatori italiani per sostenere i nuovi progetti di ricerca GISSI - OUTLIERS, che porranno il malato con la sua individualità al centro dell'osservazione clinica quei casi che più si discostano

dal comportamento e dalle risposte diagnostico-terapeutiche attese. L'eccezionale forza di oltre 5.000 Cardiologi italiani, sospinta da impegno, passione e grande sensibilità ha portato ad una grande mobilitazione di solidarietà da parte dei Cittadini in tutta Italia. Per la Campagna sono state pianificate e organizzate dalle Cardiologie regionali tantissime e diverse attività, svolte a livello territoriale interagendo con le Associazioni di volontariato, dello sport, della solidarietà, del lavoro, dell'impegno sociale, Enti locali, Istituzioni civili e militari, Organizzazioni sanitarie, Medici di Medicina Generale, Infermieri, nelle piazze, negli ospedali, etc. Le iniziative sono state organizzate per garantire in ogni luogo grande partecipazione e successo con dibattiti, maratone cittadine, concerti, incontri con anziani e bambini, donne; attività su luoghi di lavoro, in Ospedale anche con le Cardiologie Aperte, attività culturali nel campo dell'arte, della musica, dello spettacolo, della letteratura, rappresentazioni, mostre, iniziative mediatiche su stampa e TV locali, collaborazione con Associazioni degli Amici del Cuore, CONA-CUORE, presentazione di filmati, proiezioni di documentari, decine e decine di programmi vivaci realizzati in ogni luogo su tutto il Territorio Nazionale, con un unico filo conduttore a difesa del cuore, per il Tuo cuore.



Palazzo del Quirinale, Salone dei Corazzieri

Il Presidente ANMCO Salvatore Pirelli

ANMCO e HCF al Quirinale

di Salvatore Pirelli

Cari Amici, il 13 febbraio scorso ho concluso il mio intervento a Roma affermando che “la giornata del ricevimento al Quirinale della Fondazione dell’ANMCO *per il Tuo cuore* sarebbe rimasta indelebilmente fissata nella storia della nostra Associazione e soprattutto nei nostri cuori, per molto tempo ancora”. Si è davvero trattato di un momento indimenticabile.

Nella più prestigiosa sala del palazzo del Quirinale, il Salone dei Corazzieri, al cospetto del Presidente Giorgio Napoletano, del Sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio e di molte personalità di spicco del nostro Paese, i Cardiologi italiani hanno ricordato, in una cornice festosa, il loro contributo alla salute pubblica e al sapere scientifico ed hanno ottenuto uno straordinario riconoscimento per il loro costante impegno nella cura e nella ricerca.

La Cardiologia italiana fin dagli anni ‘80 si è posta alla attenzione della comunità scientifica internazionale perché è stata in grado di effettuare una serie di studi multicentrici, che hanno coinvolto centinaia di ricerca-

tori e migliaia di pazienti, impiegando protocolli semplici e straordinariamente efficaci.

“Nella storia della Medicina succede talvolta che le rivoluzioni avvengano in modo così tranquillo da rischiare di passare quasi inosservate”: è quello che è accaduto alla Cardiologia italiana. I guru della Cardiologia mondiale hanno avvertito il valore di questo impegno ed hanno scritto che “una partecipazione attiva si è dimostrata più efficace e coinvolgente di qualsiasi lezione teorica”, che “la cultura del GISSI ha contribuito a creare un clima di entusiasmo, cooperazione e ricettività verso ciò che le ricerche andavano scoprendo” e ancora che con gli Studi GISSI “si è realizzato un effetto a cascata che ha contribuito alla diffusione di risultati che non sono rimasti circoscritti all’Italia”. Questi riconoscimenti, questa lezione dei Cardiologi italiani che con le loro indagini “hanno modificato le strategie terapeutiche dell’infarto e dai quali tutti potremmo imparare”, nel recente passato sono stati maggiormente apprezzati in ambito internazionale che non nel nostro paese. La giornata del 13 febbraio ne ha

visto, finalmente, l’adeguata valorizzazione.

Gran parte del merito di questo riconoscimento è indiscutibilmente di Attilio Maseri che, Presidente della nostra Fondazione da poco più di un anno, è riuscito in una impresa che ha superato ogni aspettativa, anche dei più ottimisti tra noi.

Tutti noi conoscevamo Attilio Maseri come studioso e ricercatore noto e apprezzato in tutto il mondo, che in una vita dedicata allo studio e alla ricerca, è riuscito a coagulare intorno a sé l’attenzione della comunità scientifica internazionale. Il suo “ritratto” comparso recentemente su *Circulation* ne è la prova evidente: “un pioniere della Cardiologia [...], affronta questioni che gli altri ignorano [...], sfida i modelli tradizionali [...], nuove idee e nuove sfide sgorgano dalla sua mente come fiumi in piena”.

La ricerca è vera ricerca se, consapevole dei risultati raggiunti, si apre a prospettive innovative: ecco perché Attilio Maseri ci ha proposto un nuovo obiettivo, spostare la attenzione curiosa ed accurata sui casi che più si discostano dal comportamento medio per presentazione clinica, risposta alle

*Salvatore Pirelli,
Presidente ANMCO,
Attilio Maseri,
Presidente Fondazione "per il
Tuo cuore" HCF
ed il Presidente della Repubblica
Giorgio Napolitano*



cure ed evoluzione successiva, consentendo la raccolta di sottogruppi omogenei di pazienti sui quali concentrare la ricerca di base, biologica, molecolare, genetica, inaugurando una nuova generazione di Studi GISSI.

Braunwald, Conti, Pfeffer, Virmani e Yacoub sono stati fortemente attratti da questa prospettiva nuova ed hanno condiviso l'avvio di un nuovo filone di ricerca che riporterà l'attenzione alla unicità e diversità di ciascun paziente piuttosto che alla malattia.

Noi conoscevamo meno Attilio Maseri come uomo: "la Cardiologia mi ha dato di più di quanto potessi sognare, ora vorrei restituire qualcosa di quello che fatto la mia fortuna". E' in queste parole la chiave di volta per comprendere con quale passione e con quale ardore egli si sia impegnato in questa nuova avventura. Quando gli abbiamo proposto la Presidenza della Fondazione "per il Tuo cuore" ha lasciato trascorrere un certo tempo prima di rispondere. Poi le sue parole sono state queste: "ci ho pensato per qualche mese, ho scoperto che le persone coinvolte sono deliziose e così accetto l'incarico". Sotto la sua guida la Fondazione ha cambiato passo, si è proposta obiettivi ambiziosi, ha sviluppato un crescendo di iniziative, sempre più complesse e articolate. Noi tutti siamo stati fortemente colpiti dalla sua costante disponibilità, dalla sua ricerca di condividere ogni scelta, dalla sua capacità di ascoltare tutti, dalla sua attenzione ad evitare fraintendimenti: sono queste le doti dell'uomo che abbiamo più apprezzato e che in breve tempo lo ha fatto sentire uno di noi.

Ad Attilio avevamo assicurato che

in ANMCO esistevano le "potenzialità" uniche per affrontare in modo originale la comprensione dei meccanismi che stanno alla base della diversa evoluzione dei pazienti solo apparentemente simili, e che la sua formidabile rete di strutture sparse su tutto il territorio nazionale avrebbe potuto fornire il supporto necessario a portare avanti questa ipotesi di ricerca innovativa. Ad Attilio Maseri va tutta la nostra gratitudine.

La presenza di tanti Amici e Colleghi che hanno voluto essere presenti al Quirinale il 13 febbraio è la testimonianza della forza dell'Associazione e delle sue infinite possibilità. Negli occhi di tutti, venerdì scorso, si leggeva la soddisfazione di esserci, la passione di sempre, l'orgoglio di appartenere ad una Società Scientifica nota in tutto il mondo e additata come splendido esempio da seguire. Il segreto del successo della giornata è stato quello di toccare le corde giuste, di condividere gli obiettivi da perseguire, di lasciare spazio alle iniziative ed alle proposte dei singoli pur tenendo conto delle difficoltà che ognuno di noi vive quotidianamente nei nostri reparti.

Un ringraziamento affettuoso a tutti i Soci e ai componenti del Consiglio Direttivo, che hanno contribuito alla buona riuscita dell'iniziativa con entusiasmo e passione, a Francesco Chiarella, Gian Luigi Nicolosi,

Marino Scherillo, Francesco Maria Bovenzi, Aldo Pietro Maggioni che hanno collaborato più da vicino con Attilio Maseri e Luciano Onder, vero maestro di comunicazione, ai Presidenti Regionali, che si sono trovati in grande difficoltà quando abbiamo dovuto per ragioni indipendenti dalla nostra volontà ridurre drasticamente il numero degli invitati, a tutto lo Staff di Segreteria.

Grazie a tutti quelli che senza apparire hanno contribuito alla buona riuscita di un evento che ha riportato l'attenzione di tutti sulle malattie cardiovascolari di cui forse si era troppo poco parlato in questi anni.



Un momento della consegna delle cinque Borse di studio consegnate ad altrettanti giovani ricercatori che parteciperanno agli Studi "GISSI Outliers"

Il Presidente Napolitano all'incontro con la Fondazione per il Tuo cuore

“Il diritto alla salute è un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione. I progressi della scienza possono suscitare problemi di ordine etico sui quali è auspicabile una matura riflessione comune”

“E’ di tutta evidenza il grande significato sia sociale che culturale delle attività di ricerca e di cura che confluiscono nell’affermazione di quel diritto alla salute che è diritto fondamentale della persona sancito nella nostra Costituzione”. Così il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, si è rivolto ai partecipanti alla cerimonia di presentazione al Quirinale, da parte della Fondazione per il Tuo cuore, della Rete di Cardiologie che partecipano alla ricerca clinica sul territorio nazionale. “Sappiamo - ha aggiunto il Capo dello Stato - che i progressi della scienza e della tecnica applicati alla Sanità suscitano anche complessi problemi di ordine etico sui quali è sempre auspicabile una matura riflessione

comune e sui quali può essere chiamato a pronunciarsi il Parlamento. Mentre chi vi parla, nella sua veste istituzionale, è tenuto ad osservare il più rigoroso riserbo. Ma qui parliamo di un campo della ricerca biomedica, quello relativo alla Cardiologia, che è circondato indiscutibilmente di generale consenso e di cui dobbiamo oggi valorizzarne i grandi risultati e le nuove prospettive”. Il Presidente Napolitano ha rilevato che “se è importante non far mancare alla ricerca i fondi di cui ha bisogno”, non meno importante è “garantire l’impiego selettivo e qualificato di queste purtroppo scarse ancora risorse”. Il Presidente ha auspicato “la massima sinergia tra tutti i soggetti interessati a

questa grande impresa: d’altronde, si sa, io considero mio compito sollecitare sinergie in tutti i campi e in tutti i sensi, per poter meglio mettere a frutto le risorse, le energie di cui è ricca la società italiana e di cui ha più che mai bisogno l’Italia per il suo futuro”. Il Capo dello Stato si è, altresì, complimentato con i giovani ricercatori che grazie alle borse di studio consegnate nel corso della cerimonia “sono potuti tornare dall’estero e sviluppare una propria attività in Italia”.



Il Presidente Giorgio Napolitano con il Prof. Attilio Maseri, Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" al termine della cerimonia

Il Presidente Giorgio Napolitano durante la consegna delle targhe al Prof. Fausto Rovelli (a lato) e al Dott. Gianni Tognoni (sotto) come riconoscimento per essere stati i promotori dello Studio GISSI





L'offerta formativa ANMCO si estende agli Informatori Medico Scientifici

di F. M. Bovenzi e S. Pirelli

Si è concluso recentemente con favorevoli apprezzamenti un innovativo progetto formativo dell'ANMCO rivolto alle figure professionali dell'Informatore Medico Scientifico cardiovascolare, tanto da far riflettere sulla concreta possibilità di un organico sviluppo anche di questa tipologia di attività didattiche ed eventi culturali.

Corsi, stage formativi in Ospedali e Master potrebbero presto essere disponibili per le Aziende interessate (farmaceutiche ed elettromedicali), su tutto il territorio nazionale, utilizzando come centri di riferimento per la formazione le strutture della rete cardiologica ANMCO.

Una prima partnership del progetto è stata sottoscritta con la Pfizer Italia, che ha condiviso obiettivi, contenuti e durata di uno stage formativo pilota, iscrivendo 18 dei suoi dipendenti. L'ampio programma didattico predisposto è stato redatto tenendo presenti le più attuali tematiche assistenziali del paziente ricoverato in Cardiologia. L'elemento di novità più apprezzato durante gli stage, oltre al contenuto teorico delle lezioni, è risultato l'esperienza pratica vissuta attraverso il confronto e la possibilità di frequenza durante la routine assistenziale nei laboratori, nelle corsie e nelle terapie intensive degli Ospedali. Un mondo che solo apparentemente

è sembrato così scontato e conosciuto, ma per contro, più reale e interessante in tutta la sua complessità, di quanto si potesse da parte loro immaginare.

Alla didattica in corsia non sono mancate le tradizionali lezioni frontali con videoproiezione e distribuzione di materiale cartaceo. Sono state trattate tematiche di ampio respiro come l'organizzazione ospedaliera, la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco, la prevenzione cardiovascolare e le aritmie. Questa prima esperienza è stata possibile grazie al coinvolgimento rapido delle Cardiologie di Benevento, di Lucca e di Pordenone, risultate idonee e disponibili ad ospitare le sessioni teorico/pratiche previste nell'articolato programma di formazione cardiovascolare, preventivamente sottoposto alle Amministrazioni delle Aziende Sanitarie coinvolte nell'ospitalità dei discenti, anche per le necessarie e dovute autorizzazioni legislative e amministrative.

Un tutor dell'azienda Pfizer ha seguito i sei discenti presenti in ciascuna delle sedi, provenienti dalle diverse regioni: Veneto, Trentino, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Sardegna, Campania, Abruzzo, Molise. La presenza di un unico tutor identificato dalla Pfizer ha permesso un continuo feedback durante ogni momento del progetto con l'applica-

zione di eventuali aggiustamenti, sia didattici, che logistici. La pianificazione di un buon rapporto tra docenti e discenti ha consentito una completa interazione limitando al tempo stesso i possibili disagi durante le attività assistenziali.

Gli stage si sono svolti tra ottobre e novembre 2008 ed hanno avuto una durata di quattro giorni lavorativi per complessive 32 ore di didattica continuativa. Le lezioni teoriche si sono svolte in Ospedale o al di fuori in locali idonei. L'attività formativa è stata seguita in ciascuna realtà da una verifica finale delle conoscenze acquisite. Questa attività ha ottenuto un elevato gradimento sia da parte dei discenti informatori del farmaco, che dei dirigenti della Pfizer Italia, per noi certamente ha costituito un primo passo verso nuovi orizzonti delle nostre offerte formative ANMCO. Questi incoraggianti risultati permetteranno nell'immediato futuro di formalizzare, in modo più strutturato e visibile, questa tipologia di offerta formativa. Sono in programmazione nuove collaborazioni con altre aziende interessate ad accrescere le competenze dei propri dipendenti, relativamente alla conoscenza delle principali patologie cardiovascolari con relativi percorsi di diagnosi, cura e follow up.



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 Presi-
dio 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

Siamo partiti! Operativo il secondo Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano ISS - ANMCO

D. Vanuzzo, S. Giampaoli, S. Urbinati

Dieci anni di Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano

Nel 1998, appena due anni dopo l'avvio a Pesaro dell'Area Prevenzione Cardiovascolare da parte del compianto Franco Valagussa e di Diego Vanuzzo, primi Chairman e Co-Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, veniva lanciato dall'ANMCO e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) di Roma l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare italiano (OEC), ritenuto strumento indispensabile per monitorare la prevenzione cardiovascolare da parte del primo Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare. Come Direttori furono designati Simona Giampaoli per l'ISS e Diego Vanuzzo per l'ANMCO. Grazie al grande lavoro del Consiglio Nazionale e della Segreteria ANMCO e del reparto Malattie Cerebro e Cardiovascolari dell'ISS nel 1999 - 2002 furono attivati 51 Centri ospedalieri pubblici (Divisioni o Servizi di Cardiologia) diffusi omogeneamente sul territorio nazionale, con rapporto di uno ogni 1,5 milioni di abitanti, ma assicurandone almeno uno per le regioni con popolazione inferiore e con una certa ridondanza nelle regioni meridionali, tradizionalmente più scarse di informazioni. Ogni centro aveva la responsabilità di arruolare 200 soggetti, 25 per ogni decennio di età (35 - 44, 45 - 54, 55 - 64, 65 - 74) e sesso, scelti in modo casuale fra i residenti del Comune prescelto per l'indagine, tramite lettera di invito e telefonata personale. Durante l'indagine sono state arruolate 9.712 persone tra 35 e 74 anni, 4.908 uomini e 4.804 donne;

1.267 uomini e 1.196 donne avevano età 65 - 74 anni; 2.324 donne erano in menopausa. Per la prima volta è stato possibile stimare in tutta Italia la prevalenza delle forme maggiori delle malattie cardiovascolari aterosclerotiche, i livelli medi dei fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni a rischio cardiovascolare nella popolazione italiana di età media e lo stato del controllo di quelle modificabili. Queste informazioni hanno consentito di pubblicare due Atlanti delle Malattie Cardiovascolari (2003 e 2004), numerosi articoli scientifici a livello nazionale ed internazionale ed hanno contribuito alla creazione del sito web www.cuore.iss.it curato dall'ISS.

Il follow - up dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano

L'OEC con l'indagine 1998 - 2002 non solo ha fornito dati fondamentali per la prevenzione cardiovascolare, utilizzati nella III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare del 2004 (fase trasversale), ma sta anche consentendo, con la raccolta degli eventi coronarici e cerebrovascolari del follow - up che ISS e ANMCO stanno portando a termine, di ampliare le coorti che saranno utilizzate per l'aggiornamento delle carte e dei sistemi a punteggio del Progetto CUORE coordinato dall'ISS. Infatti sia i fattori di rischio che l'incidenza coronarica e cerebrovascolare cambiano nel tempo ed è fondamentale aggiornare gli strumenti quotidiani della prevenzione cardiovascolare come quelli che consentono la stima del rischio cardiovascolare globale.

La nuova indagine 2008 - 2009 dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano

L'esigenza di aggiornare la stima degli indicatori dell'OEC 1998 - 2002 ha indotto l'ISS e l'ANMCO a riproporre l'esperienza al Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero della Salute, che nel 2007 ha finanziato l'iniziativa, chiedendo però di estendere la rilevazione ad altre variabili correlate alla salute. Infatti, nel contesto di una visione più ampia dello stato di salute della popolazione, proposta dalla comunità scientifica e dalle varie agenzie internazionali e nazionali (WHO, UE, Ministero della Salute, CCM, Assessorati Regionali alla Sanità) è maturata l'idea di raccogliere altri indicatori di salute oltre a quelli descritti, di estendere la rilevazione ai soggetti dai 75 ai 79 anni e di ripetere periodicamente le indagini campionarie di popolazione (Health Examination Surveys). Nell'OEC 2008 - 2009, non solo vengono raccolte le stesse variabili dell'OEC 1998 - 2002, e cioè pressione arteriosa, altezza, peso, circonferenza vita, colesterolemia totale ed HDL, trigliceridemia, glicemia a digiuno, abitudine al fumo, stima dell'attività fisica, ma viene posta particolare enfasi sullo stile di vita con questionario alimentare validato EPIC, stima dell'alcool consumato al dì, misura oggettiva del fumo con CO nell'aria espirata, determinazione della capacità vitale e della VEMS, dosaggio della creatinemia per la stima della funzione renale con formule standardizzate, raccolta delle urine delle 24 ore per la



stima del consumo di sodio e potassio nella popolazione e viene anche fatto lo screening densitometrico osseo ultrasonografico.

La fase pilota dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano 2008 - 2009

La fase pilota è stata condotta nel 2008, con l'aiuto di un gruppo di lavoro dell'ISS, presso il Centro di Prevenzione Cardiovascolare di Udine nell'omonima città del Friuli Venezia Giulia e a Termoli in Molise. Sono stati invitati 220 soggetti, 110 uomini e 110 donne, 25 per ogni decennio di età dai 35 ai 74 anni, 10 per il quinquennio 75 - 79. Nei due Centri l'indagine è risultata fattibile, ma ha richiesto la definizione di precisi percorsi all'arrivo dei soggetti invitati, in relazione alla successione delle attività e alla loro gestione standardizzata, dai questionari, alle misurazioni antropometriche, allo specifico trattamento dei prelievi, aliquotati in paillettes da

conservare successivamente in azoto liquido. Fondamentale è risultata la presenza in loco del gruppo ISS all'inizio delle operazioni sul campo, per l'addestramento del personale locale cooptato, ed alla fine del periodo di indagine per la verifica di tutti i passaggi ed il trasporto delle attrezzature e dei materiali.

La fase attuativa dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano 2008 - 2009

La fase pilota ha indicato chiaramente che la complessità dell'indagine di salute dell'OEC 2008 - 2009 consigliava l'attivazione di un solo Centro di rilevazione per Regione, con un numero di soggetti da invitare proporzionale alla popolazione residente, utilizzando il criterio di 220 dai 37 ai 74 anni ogni 1,5 milione di abitanti o 220 per Regioni con numerosità inferiore. La necessità di utilizzare attrezzature più costose, unitamente alla presenza del gruppo di addestramento dell'ISS,

hanno indotto a far attivare non più di due Centri regionali per volta, con una sfasatura di almeno due settimane. Così si è deciso di operare, nell'autunno 2008 in Sicilia e in Emilia Romagna, dove sono stati cooptati i Centri responsabili dei Registri degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, rispettivamente di Caltanissetta e di Modena. A Caltanissetta l'attività è terminata nel 2009, a Modena lo sarà entro gennaio 2009. Nel 2009 sarà la volta dei Centri delle altre Regioni, identificati dall'ANMCO in base all'esperienza del vecchio Osservatorio ma anche alla concreta disponibilità ad una valutazione più complessa, come descritto.

I criteri di selezione dei Centri per l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano 2008 - 2009

I nuovi Centri saranno identificati dopo interlocuzione con il Consiglio Nazionale e il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardio-

vascolare in relazione alla partecipazione al primo OEC, ma soprattutto alla disponibilità reale a collaborare all'iniziativa con personale proprio: le prime fasi del nuovo OEC hanno infatti chiarito che per una rilevazione efficace è necessario disporre di: strumenti, personale e locali.

Strumenti

- sfigmomanometro a mercurio con fonendoscopio (2 se le postazioni per i prelievi sono due);
- bilancia a bascula, statimetro (fornita da ANMCO - ISS) a muro e metro da sarto;
- un sistema per analisi riflettometrica rapida per esami ematochimici, qualora il laboratorio di analisi locale non possa supportare le determinazioni ematochimiche;
- materiale per prelievo di sangue: vacutainer e provette con e senza EDTA e contenitori per la raccolta delle urine delle 24 ore;
- qualora non ci si possa appoggiare ad un laboratorio di analisi, una centrifuga, un vortex, e un contenitore per rifiuti speciali;
- macchina per il riempimento delle paillettes (fornita da ANMCO - ISS);
- freezer a - 30°C per la conservazione del materiale biologico;
- densitometro osseo (fornito da ANMCO - ISS);
- spirometro (fornito da ANMCO - ISS);
- elettrocardiografo;
- misuratore di CO (fornito da ANMCO - ISS).

Personale

Per tutte le operazioni di screening è necessario impiegare personale para-

medico adeguatamente addestrato; il personale minimo indispensabile per eseguire correttamente le operazioni sopra indicate è:

- una persona per le operazioni di Segreteria e per l'accoglienza; questa persona deve anche aggiornare gli elenchi in base ai rifiuti e valutare l'eventuale sostituzione; è la persona che controlla il completamento di tutte le fasi dello screening da parte della persona inclusa la consegna del contenitore delle urine dopo la raccolta delle 24 ore;
- una Infermiera professionale per la misurazione della pressione arteriosa e per il prelievo di sangue e per la misurazione della CO;
- due Infermiere professionali per la raccolta delle informazioni con il questionario e per il controllo del questionario alimentare;
- una Infermiera professionale per l'esecuzione delle misure antropometriche, per l'esecuzione dell'elettrocardiogramma a riposo, per la densitometria ossea e per la spirometria;
- un Tecnico di laboratorio a tempo parziale per la separazione e lo stoccaggio del materiale biologico nonché per la preparazione dei campioni delle urine.

Dalla convenzione ANMCO - ISS viene offerto un budget per due Infermiere specializzate nella ricerca epidemiologica ogni 220 persone da esaminare; è assolutamente necessario che personale locale venga integrato a quello fornito dalla convenzione.

Locali

Non sono necessari locali all'interno di un ospedale, basta arredare adeguatamente locali facilmente accessibili.

Però sono indispensabili:

- una stanza grande per l'accoglienza e l'attesa;
- una stanza tranquilla per la compilazione dei questionari;
- una stanza per l'esecuzione dell'elettrocardiogramma, le misure antropometriche, la spirometria e la densitometria ossea;
- una stanza per le operazioni di laboratorio e per i prelievi, con corrente elettrica sufficiente per i freezer e la centrifuga.

Conclusione

La nuova fase dell'OEC è decisamente impegnativa e richiede tutta la capacità organizzativa dell'ANMCO ed una grande disponibilità dei Centri regionali a supporto dell'Istituto Superiore di Sanità. Le persone coinvolte devono mettere in conto tempo, fantasia e capacità di sacrificio per risolvere i vari problemi che via via si presentano. Se tutti ci impegniamo il risultato per il Paese sarà ancora una volta eccezionale. Ne vale la pena.



Una nuova Alleanza per il Cuore

A distanza di cinque anni dall'iniziativa svolta nell'aprile 2003 le Società Scientifiche di Cardiologia affiliate alla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), le Fondazioni del settore cardiovascolare e le Associazioni dei pazienti cardiopatici hanno riproposto ai rappresentanti del mondo politico la richiesta di attenzione per la cura e la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Il 25 settembre 2008 per iniziativa del Coordinamento Nazionale delle Associazioni del Cuore (CONACUORE) e della FIC, si è svolto a Roma a Palazzo San Macuto un incontro al quale hanno partecipato i Presidenti di ANMCO e SIC e delle altre Società

Cardiologiche affiliate alla FIC, il Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF onlus e il Presidente della Fondazione Italiana per il Cuore, i Referenti delle Associazioni di Volontariato dei cardiopatici e i rappresentanti delle Istituzioni politiche (il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Sen. Carlo Giovanardi, il Sottosegretario con delega al Ministero della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, i Presidenti del Gruppo Parlamentari del Cuore, Sen. Giuliano Barbolini e On. Antonio Palmieri).

Dopo l'introduzione dei Presidenti di CONACUORE e FIC e dei rappresentanti politici istituzionali, si sono succeduti gli interventi del Presidente



di Giuseppe Di Pasquale



Da sinistra: Giovanni Spinella, Presidente CONACUORE, Giuseppe Di Pasquale, Presidente FIC, il Senatore Giuliano Barbolini, Salvatore Pirelli, Presidente ANMCO, Attilio Maseri, Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF

Tutti hanno sottolineato la necessità di maggiori interventi per il settore cardiovascolare e la necessità di salvaguardare la specificità della Cardiologia nell'interesse comune del cittadino - paziente

della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF, Prof. Attilio Maseri, e del Presidente della Fondazione Italiana per il Cuore, Prof. Rodolfo Paoletti; dei Presidenti di ANMCO, Dott. Salvatore Pirelli e SIC, Prof. Francesco Fedele e di diverse altre Società cardiologiche affiliate alla FIC. In particolare Salvatore Pirelli ha sottolineato il rilevante contributo dell'ANMCO nella promozione della qualità delle cure cardiologiche nel nostro Paese e della ricerca clinica collaborativa attraverso gli Studi GISSI. Il Prof. Attilio Maseri ha illustrato i nuovi progetti educazionali e di nuova ricerca cardiovascolare della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF. Tutti hanno sottolineato la necessità di maggiori interventi per il settore cardiovascolare e la necessità di salvaguardare la specificità della Cardiologia nell'interesse comune del cittadino - paziente. L'incontro è stato anche l'occasione per riproporre un'Alleanza per il Cuore ed una riedizione dell'Anno del Cuore, facendo seguito a quanto realizzato nel 2004.

La nuova edizione dell'Anno del Cuore potrebbe essere realizzata nel 2010 ed all'interno di questo contenitore con cornice istituzionale, potrebbero trovare spazio iniziative singole svolte dai diversi "Alleati" ed auspicabilmente il lancio di un'iniziativa congiunta di fundraising per la Ricerca in ambito cardiovascolare.

Qualche considerazione personale sulla giornata del 25 settembre. Anzitutto penso che debba essere considerato già un successo essere riusciti a riunire in una sede istituzionale ed in un clima di gradevole e cordiale confronto Società Scientifiche, Fondazioni e Associazioni di Volontariato. Il principale merito di questo va riconosciuto al Prof. Giovanni Spinella, Presidente di CONACUORE, da me apprezzato per il suo carisma, entusiasmo ed onestà intellettuale. Un altro successo a mio parere è l'attenzione dimostrata dai politici ad ascoltare le proposte e le richieste degli "Alleati". L'esperienza personale maturata nell'ambito del mondo delle Società Scientifiche ci



ha abituato al cliché della latitanza o, nei casi migliori, della partecipazione distratta dei rappresentanti politico-istituzionali agli eventi scientifici della Cardiologia italiana. Anche in questo caso penso che la spiegazione sia da ricercare nella concomitante presenza all'iniziativa "San Macuto 2" della voce dei cittadini - pazienti finalmente alleati con i rappresentanti della comunità scientifica cardiologica. Sono convinto che l'incontro del 25 settembre 2008 abbia gettato delle solide basi sulle quali costruire una forte Alleanza dalla quale tutti (Società Scientifiche, Fondazioni, Pazienti cardiopatici) potranno trarre sicuro vantaggio. A me sembra, e l'ho sottolineato anche nella mia introduzione all'incontro di Palazzo San Macuto, che la Cardiologia italiana sia oggi meno divisa e più matura rispetto a cinque anni fa. I tempi sono ancora lontani per pensare ad una Società Scientifica unica (sarebbe oggi una sorta di "fusione fredda"), ma per molte cose esiste oggi sicura condivi-

sione all'interno della FIC; in particolare è da tutti condivisa l'opportunità di una referenza unitaria nei confronti delle Istituzioni Sanitarie del Paese sia a livello nazionale che regionale. Quello che può derivare dall'iniziativa di San Macuto dipende da tutti noi. Nel momento in cui come FIC ci apprestiamo a presentare alle Istituzioni Sanitarie le nostre proposte forti in tema di struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia, una stretta Alleanza con chi, come CONACUORE, rappresenta i bisogni dei pazienti in termini di salute cardiovascolare e di servizi cardiologici, accresce la nostra forza e la possibilità che le nostre istanze siano ascoltate e recepite dalle Istituzioni.

Attività JCM 2008

di Massimo Chiariello

Come di consuetudine, da Editor del *Journal of Cardiovascular Medicine* (J Cardiovasc Med), colgo l'opportunità di sintetizzare l'attività editoriale annuale e di analizzare in dettaglio i dati bibliometrici dell'anno in corso mettendoli a confronto con quelli relativi al precedente anno.

Nel proseguimento dell'attento e puntuale lavoro di gestione dell'attività editoriale del *Journal of Cardiovascular Medicine* iniziato dal Prof. Gian Luigi Nicolosi, Founding Editor della rivista, questo editoriale si propone di mostrare ad autori, revisori e lettori del giornale una sintesi della più recente attività editoriale e delle scelte del Comitato Editoriale che hanno guidato le nostre azioni durante l'anno.

Il *Journal of Cardiovascular Medicine*, rivista ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia e della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, rappresenta una delle riviste più lette e apprezzate in ambito specialistico. Le pubblicazioni presenti in questa rivista comprendono articoli originali, studi epidemiologici, nuovi approcci metodologici in clinica, casi clinici, review e immagini in medicina cardiovascolare. L'analisi dei più importanti indici bibliometrici rivela un sostanziale incremento di prestigio della rivista, la quale, ha dimostrato una significativa crescita tra il 2007 e il 2008 e pur essendone già stata riconosciuta l'indicizzazione nei più importanti circuiti internazionali (Pubmed, Medline etc.), resta in attesa del conferimento del valore di Impact Factor (IF) che avverrà entro il luglio di quest'anno.

Il numero totale dei manoscritti inviati nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2008 ed il 9 dicembre 2008 è stato di 428 in confronto al totale di 369 relativo allo stesso periodo del 2007; contemporaneamente, dei manoscritti inviati, la percentuale di lavori accettati per la pubblicazione si è ridotta nel 2008 al 23,87% rispetto al 36,85% dello stesso periodo del 2007 (Figura 1). La riduzione del numero

un significativo aumento del numero di revisori coinvolti (2.355 revisori nel 2007 vs 2.757 revisori nel 2008). Al dicembre 2008, il Comitato Editoriale e i revisori del *Journal of Cardiovascular Medicine* avevano passato in rassegna 971 manoscritti revisionati (245 in più rispetto al 2007). Questo dato riguarda solo le prime revisioni dunque, considerando che la maggior parte degli articoli vengono inviati

| | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| SOTTOMISSIONI TOTALI | 369 | 428 |
| ACCETTATI | 136 (36,85%) | 145 (23,87%) |
| RIGETTATI | 229 (62,07%) | 177 (41,37%) |
| IN PROCESS | 4 (1,08%) | 106 (24,76%) |
| ARTICOLI INTERNAZIONALI | 130 | 159 |
| TEMPO MEDIO DALLA SOTTOMISSIONE ALLA PRIMA DECISIONE (giorni) | 59,6 | 52,1 |
| TEMPO MEDIO DALLA SOTTOMISSIONE ALLA PUBBLICAZIONE (mesi) | 12 | 6 |
| ARTICOLI PUBBLICATI | 155 (764 Pagine) | 198 (976 Pagine) |

Figura 1

di articoli accettati è frutto di una precisa scelta editoriale che, pur operando una più rigorosa selezione dei manoscritti inviati, è riuscita a ridurre in maniera significativa sia il tempo medio dalla sottomissione del manoscritto alla prima decisione (59,6 giorni nel 2007 rispetto ai 52,1 giorni nel 2008), sia il tempo medio dalla sottomissione alla pubblicazione definitiva che è stata letteralmente dimezzata (12 mesi nel 2007 vs 6 mesi nel 2008). È importante sottolineare come il dimezzamento del tempo di pubblicazione di un manoscritto raggiunto tra il 2007 e il 2008, sia il risultato di

per una seconda revisione è possibile avere un'idea della elevata attività di revisione svolta nel corso dell'anno. Il risultato di questa attività si associa ad una riduzione del numero di giorni necessari per completare la revisione, 14,5 giorni richiesti nel 2007 vs 13,9 giorni nel 2008. Come termine di paragone è possibile prendere in considerazione il tempo medio di pubblicazione di un manoscritto da parte dell'European Heart Journal e del Journal of the American College of Cardiology nei primi 6 mesi del 2007 che è stato di 255 giorni e 265 giorni rispettivamente. Il tempo di decisione

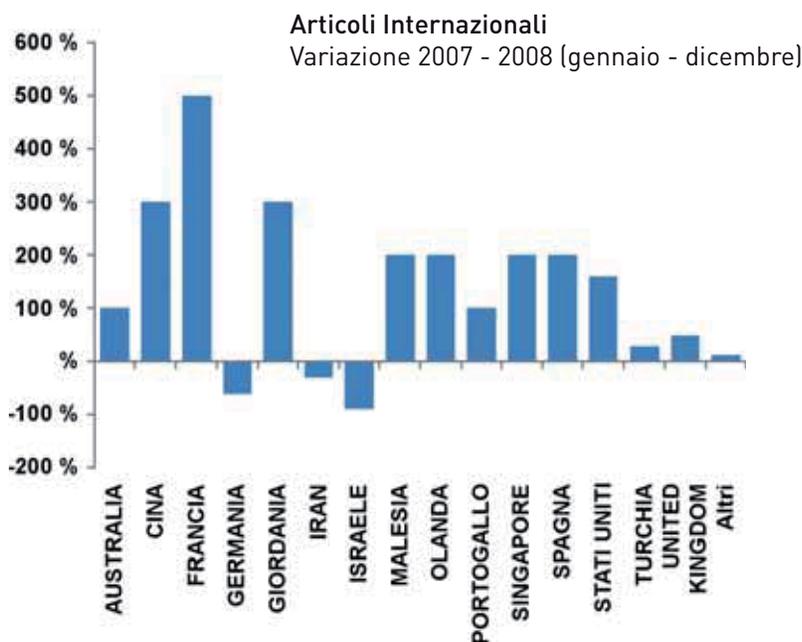


Figura 2

e di pubblicazione sono decisivi per l'indicizzazione.

A fronte di una riduzione del tempo di revisione è necessario sottolineare che le revisioni devono essere condotte in un massimo di due settimane per garantire un corretto svolgersi del processo editoriale. Dunque le caratteristiche del nostro processo di revisione insieme al crescente numero di manoscritti inviati, rende più selettivo il processo di revisione con una riduzione della percentuale di lavori accettati.

Un altro punto di particolare interesse che ha mostrato un significativo cambiamento tra il 2007 e il 2008 è il numero di articoli internazionali inviati alla nostra rivista. Nel 2007 il numero di manoscritti inviati non provenienti dall'Italia è stato di 130, mentre nel 2008 il numero è salito a 159 (Figura 1). Analizzando in dettaglio il contributo dei diversi paesi si nota, in primo luogo, un aumento del numero di manoscritti inviati rispetto all'anno precedente da parte di alcuni paesi, come la Cina e la Spagna per le quali si registra un aumento percentuale del 300% e del 200% rispettivamente; in secondo luogo nel 2008 si è assistito alla prima sottomissione di manoscritti da parte di paesi come Francia, Portogallo, Australia e molti altri (Figura

2). L'aumento del contributo di autori stranieri oltre a conferire al *Journal of Cardiovascular Medicine* un maggiore riconoscimento internazionale è andato di pari passo con l'aumento del numero di manoscritti inviati dall'Italia che da 193 richieste di pubblicazione nel 2007 è passato a 269 richieste nel 2008. Questo incremento conferma dunque il crescente interesse per il *Journal of Cardiovascular Medicine* da parte di numerosi ricercatori in ambito cardiovascolare.

Ormai già da qualche tempo il *Journal of Cardiovascular Medicine* ha assunto come modalità di sottomissione dei manoscritti quella elettronica; tutti gli autori possono seguire le dettagliate istruzioni presenti nel sito www.jcardiovascularmedicine.com ed inviare i propri elaborati in una delle differenti sezioni del giornale. La gestione elettronica dei manoscritti rappresenta un significativo vantaggio per i revisori, facilitando loro il lavoro e rendendo più efficiente tutto il processo editoriale.

In qualità di Editori del *Journal of Cardiovascular Medicine* il nostro obiettivo è quello di migliorare la qualità della nostra rivista, sia in termini di una migliore conduzione editoriale sia in termini di una maggiore divulgazione internazionale. Il prestigio di una

rivista scientifica dipende in maniera fondamentale oltre che dai suoi indici bibliometrici e dalla rigorosa osservanza degli standard qualitativi internazionali anche e soprattutto dalla efficacia del contenuto scientifico delle sue pubblicazioni. Tuttavia, noi ben sappiamo che uno dei compiti fondamentali delle riviste scientifiche è rispondere ai quesiti scientifici posti dai lettori per ampliare le loro conoscenze sulla materia e contribuire allo sviluppo delle loro capacità critiche. Tutte queste importanti informazioni, oltre alla maturità e al prestigio scientifico accordato al *Journal of Cardiovascular Medicine*, ci consentono di sottolineare l'importanza dei più significativi studi pubblicati dalla nostra rivista e del gran numero di articoli originali inviati per la pubblicazione. In questo modo il *Journal of Cardiovascular Medicine* si propone come uno dei migliori veicoli di informazione in ricerca cardiologica in Italia e all'estero. Tutte queste considerazioni ci rendono in grado di rinforzare il "circolo virtuoso" che abbiamo costruito in questi anni, e di rappresentare una attrattiva più forte per tutti i migliori ricercatori che vogliono dare il loro contributo scientifico alla nostra rivista.

Dal GICR al GICR - IACPR: nel solco della continuità e dell'innovazione

Ad Ostuni, grande successo scientifico e di partecipazione
Sancito il passaggio da GICR a GICR - IACPR
(Italian Association for Cardiovascular Prevention,
Rehabilitation and Epidemiology)

di Raffaele Griffo

Il GICR, a conclusione di un lungo dibattito aperto anche a tutte le Società Scientifiche cardiologiche italiane, ha imboccato la strada del cambiamento, a cominciare dal nuovo nome, GICR - IACPR (Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology)

Il 9° Congresso del GICR (Ostuni, 23 - 25 ottobre 2008), è stato un punto di svolta per la Società Scientifica che da oltre venti anni si occupa nel nostro Paese e in seno alla FIC di Riabilitazione e Prevenzione cardiologica. Nel corso del Congresso, che ha visto una grande e attenta partecipazione (oltre 500 delegati tra Cardiologi, Infermieri, Fisioterapisti, Psicologi e Dietisti) molti sono stati gli eventi di rilievo e interesse per tutta la Cardiologia italiana. Proverò a riassumere i più significativi.

Dal GICR al GICR - IACPR

Il GICR, a conclusione di un dibattito aperto anche a tutte le Società Scientifiche cardiologiche italiane, ha imboccato con decisione la strada del cambiamento, a cominciare dal nuovo nome, GICR - IACPR (Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology), denominazione un po' complessa che, da una parte, vuole ricordare la storia della Società e, dall'altra, vista la voluta assonanza con EACPR, vuole confermare la sempre maggiore attenzione all'Europa, attenzione già manifestata nel 2008 con il forte sostegno dato a Pantaleo Giannuzzi per la nomina a President Elect dell'EACPR e all'affermazione come Chairman di alcune Section strategiche di Massimo Piepoli, Alessandro Mezzani e Diego-

Vanuzzo. Il nuovo Statuto, approvato all'unanimità, diviene grazie alle sue innovazioni lo strumento idoneo per un percorso che porti GICR - IACPR ad essere il più autorevole interlocutore italiano sulle problematiche della riabilitazione, della prevenzione e dell'epidemiologia, con una sempre accentuata trasversalità con le altre Società. Le novità più rilevanti sono l'elezione in Direttivo di un rappresentante delle aree non mediche, primo caso tra le Società Scientifiche italiane a sottolineare la convinta adesione al lavoro di team, l'apertura all'e - voting, una più evidente "mission" di promozione scientifica e di ricerca osservazionale, rivolta non solo a censire periodicamente le strutture di epidemiologia, prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, ma anche a monitorarne l'aderenza agli standard previsti dalle Linee Guida e ad accreditare, sotto il profilo scientifico - assistenziale, professionisti e strutture.

Il progetto ISYDE 2008

Durante il Congresso, sono stati presentati i risultati dell'ISYDE 2008, Italian SurveY on carDiac rEhabilitation 2008, in pubblicazione sul Monaldi Archives for Chest Disease e già scaricabili come early online publication dal sito www.gicr.it. Il progetto si articolava in due parti: 1) fotografare det-

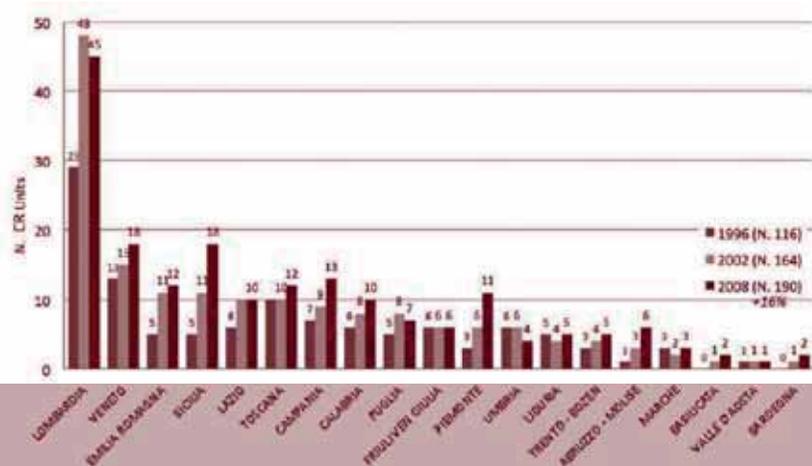


Figura 1
Distribuzione dei Centri di riabilitazione cardiologica nelle Regioni italiane

tagliatamente lo stato della Riabilitazione Cardiologica (RC) in Italia con un'analisi molto accurata, in termini strutturali, tecnologici e organizzativi, di tutte le strutture riabilitative; 2) raccogliere i dati clinici di tutti i pazienti dimessi consecutivamente dalle strutture nelle due settimane di osservazione in modo da analizzare la casistica, i contenuti e le prestazioni offerte dalle varie strutture. A livello nazionale questa mappatura e valutazione dei contenuti e dei percorsi dei programmi riabilitativi sarà molto preziosa per decisori, Cardiologi e pazienti nell'ottica di favorire la realizzazione e la razionalizzazione dei programmi di RC di provata efficacia che, come sottolineato dall'ESC e dalla Carta del Cuore, devono essere offerti a tutti i pazienti che abbiano avuto un evento cardiaco acuto. In breve (Figure 1 - 5) i principali risultati: su 190 Centri censiti, 165 (87%) hanno fornito tutti i dati online con una specifica e-CFR fornendo anche le notizie di 2.281 pazienti. Il numero delle strutture è cresciuto negli ultimi 6 anni del 16%: il 59% di esse si trovano in ospedali pubblici ed il 41% in strutture private, nelle quali si concentra il maggior numero di posti letto destinati alla RC degenziale. Nel nostro Paese sono attivi 2.421 posti letto di RC che rappresentano circa il 20% di tutta la dotazione dell'area cardiologica (unità coronariche, reparti per acuti, cardiocirurgie). Due terzi dei pazienti che accedono alla RC provengono dalle cardiocirurgie dopo bypass o sostitu-

zione/riparazione valvolare. I pazienti che dopo un IMA fanno RC rappresentano il 9% e quelli dopo PTCA il 14%. In crescita (12.5%) i pazienti che entrano in programmi riabilitativi per scompenso cardiaco. In analogia a quanto riportato in altri paesi europei e negli USA, si è osservata una rilevante disparità di accesso ai programmi di RC per le donne che rappresentano meno di un terzo della casistica. L'età media è di 67 anni e, rispecchiando i trend di invecchiamento della popolazione generale, il 25% sono over 75. Oltre il 50% presenta 3 - 5 fattori di rischio. I diabetici sono il 20%. Il 65% ha almeno una comorbilità e il 39% ha almeno una complicanza durante la riabilitazione intensiva. La FE è superiore al 50% in circa il 58%. Alla dimissione viene prescritto ACEI/ARBs in oltre il 71%, betabloccanti nel 69%, statine nel 66%. I dati definitivi della survey sono attualmente oggetto di pubblicazione e di presentazione a EuroPrevent.

La survey ICAROS

Al Congresso è stata presentata anche la survey ICAROS (the Italian survey on Cardiac Rehabilitation and Secondary prevention after cardiac revascularization) che si è svolta, analogamente a ISYDE, online con e-CFR. La survey ha arruolato oltre 1.450 pazienti dopo rivascolarizzazione chirurgica o meccanica dimessi consecutivamente da 65 Centri degenziali e ambulatoriali in 30 gg. consecutivi (novembre - dicembre 2008). Di

questi sono stati raccolti i dati clinici e assistenziali relativi alla fase acuta e a quella riabilitativa. Gli obiettivi sono identificare le caratteristiche cliniche dei pazienti riferiti alla riabilitazione e verificare ad un follow - up a 6 e 12 mesi l'outcome clinico, l'aderenza alle prescrizioni farmacologiche e allo stile di vita e l'assorbimento di risorse sanitarie. Il protocollo dello studio è pubblicato sul *Monaldi Arch Chest* 2008;70:99 - 106 ed è scaricabile online free full - text dal sito www.gicr.it.

Il Congresso

Il Congresso ha rappresentato come sempre un'occasione unica di incontro, aggiornamento e discussione tra tutti i professionisti che operano non solo nel campo della RC e della prevenzione ma, più in generale, nell'assistenza al cardiopatico cronico. Gli altri temi portanti, articolati in una serie di simposi molto agili con ampio spazio riservato alla discussione, sono stati l'analisi approfondita dei percorsi riabilitativi con la ridefinizione delle valutazioni, degli obiettivi e delle metodologie di intervento indotte dalla nuova realtà epidemiologica e clinica con lo scopo di renderli sempre più razionali, efficaci e fruibili, e la discussione di modalità assistenziali che rendano stabili nel lungo termine i risultati in termini di aderenza alla terapia e di modificazioni dello stile di vita. La criticità di questo ultimo aspetto è di grande attualità visti i sempre deludenti risultati delle survey e la necessità ineludibile di costruire

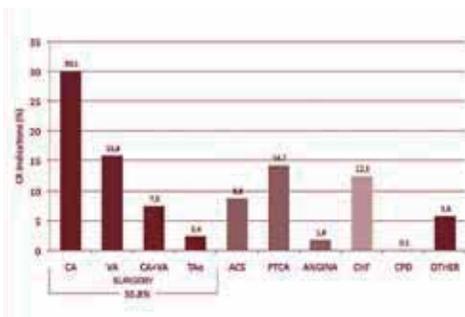


Figura 2
Diagnosi di accesso in Cardiologia riabilitativa

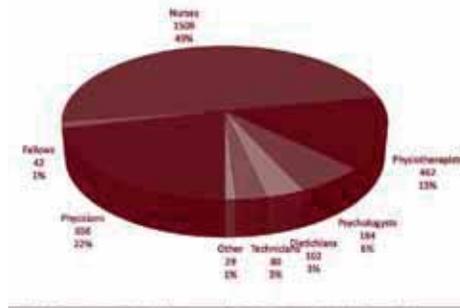


Figura 3
Personale dedicato alla riabilitazione cardiologica diviso per qualifica

la continuità assistenziale in raccordo stretto, ma ancora non realizzato, con le cure primarie. Grande attenzione è stata riservata a tutte le altre figure professionali che partecipano al progetto riabilitativo: non solo hanno avuto un momento specifico di incontro e aggiornamento ma, esperienza unica nel panorama congressuale italiano, sono state coinvolte per relazionare in gran parte dei simposi e in

un mini - corso che ha affrontato l'elaborazione di nuovi modelli di valutazione e di intervento e le criticità del lavoro in team. Uno spazio rilevante è stato come sempre riservato ai poster (oltre 100), di cui i migliori sono stati premiati e presentati in sessione plenaria.

I prossimi appuntamenti sono a Napoli (29 - 30 ottobre 2009), dove in occasione del convegno cardioprevent@riab.it verrà anche presentato il lavoro della Commissione ANMCO/GICR - IACPR sulle indicazioni alla riabilitazione e al minimal data set di prevenzione secondaria nei pazienti dopo SCA, e il 10° Congresso Nazionale che si terrà a Genova dal 14 al 16 ottobre 2010.

| CR settings | CR programs | Active Beds | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|------------|-------|------|
| | N. | N. | Mean±SD | Range | Mode |
| IN-PATIENT | 103 | 2421 | 23.5±17.3 | 2-95 | 20 |
| IN-PATIENTS SUB-INTENSIVE | 45 | 202 8.3% | 4.5±3.8 | 1-20 | 4 |
| DAY-HOSPITAL | 79 | 352 | 4.4±5.6 | 1-34 | 2 |
| | | Hours/week | | | |
| | N. | | Mean±SD | Range | Mode |
| OUT-PATIENT (Ambulatory) | 90 | | 20.7± 12.9 | 3-48 | 30 |

Figura 4
Distribuzione dei Centri in degenziali, degenziali con terapia subintensiva, DH e ambulatoriali, numero di letti e degenza media

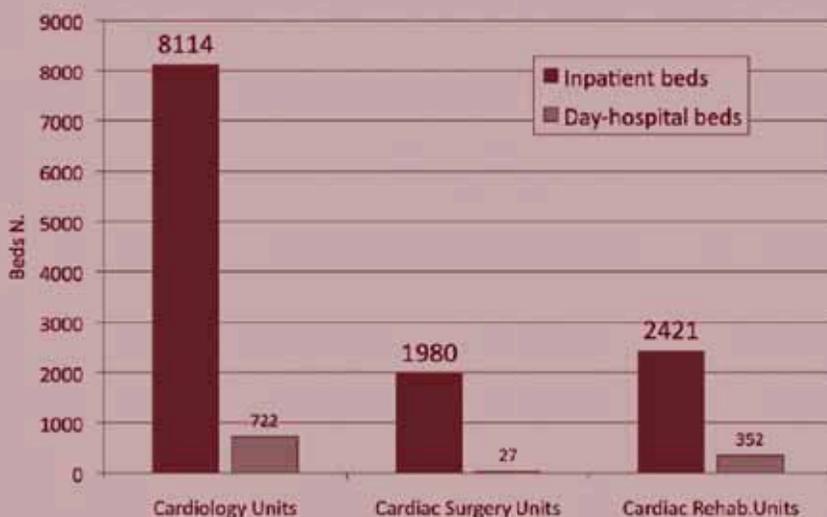


Figura 5
Confronto tra i posti letto di Cardiologia Riabilitativa, Cardiologia - UTIC e Cardiochirurgia

Notizie dal Comitato per le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia

di Gianfranco Mazzotta

Dal Congresso ESC a Monaco (30 agosto - 3 settembre 2008) in poi, io e il Prof. Raffaele Bugiardini siamo divenuti i Coordinatori Nazionali per la FIC presso il Comitato per le Linee Guida della ESC. Ringrazio chi mi ha dato fiducia in questo compito, o meglio, chi ha voluto rinnovarmela, perché ho già fatto parte in passato di questo Comitato. Il Comitato infatti svolge un lavoro intellettualmente di estremo interesse, e sul piano professionale costruisce e dissemina le raccomandazioni basate sull'evidenza e sull'opinione degli esperti, che tanto contribuiscono al miglioramento della pratica clinica. Questa responsabilità è per noi ancor più rilevante di quanto non fosse un tempo, per alcune ragioni di seguito espresse. La prima, è che la FIC, e anche ANMCO e SIC prese singolarmente, non hanno più un programma nazionale in lingua italiana sulle Linee Guida cardiologiche (per loro decisione). Questo fatto dipende fondamentalmente dalla bontà e dall'estesa validità delle Linee Guida espresse dalla ESC. Di conseguenza, le Società Italiane hanno già espresso il loro "endorsement" (l'accettazione e il riconoscimento di qualità) per il programma delle Linee Guida ESC e anche l'endorsement ad ogni singola Linea Guida. L'endorsement, ricordo, non ha solo il valore del riconoscimento culturale del documento, ma include anche la volontà di tradurre le Linee Guida nella lingua nazionale, diffonderle ed implementarle sul territorio. La traduzione dovrebbe essere eseguita entro sei mesi dalla pubblicazione della versione originale, e poi pubbli-

cata, dopo approvazione formale del Presidente della FIC. Questo è già un punto dolente, perché tutte le ultime Linee Guida ESC, che hanno ricevuto l'endorsement ufficiale della FIC, non risultano a tutt'oggi tradotte, il che equivale ad ammettere una minor diffusione nel nostro Paese (molti Cardiologi e Medici preferiscono ancora oggi leggere in italiano). Chiunque tra i Colleghi che mi leggono desiderasse tradurre uno dei testi disponibili è pregato di farmelo sapere, giacché tra le responsabilità mie e del Prof. Bugiardini c'è quella di sollecitare l'esecuzione delle traduzioni, per poi pubblicarle sulle Riviste scientifiche nazionali.

Abbiamo, come dicevo sopra, anche altre responsabilità nel ruolo di Coordinatori Nazionali: selezionare gli esperti nazionali nei singoli argomenti, sia per partecipare agli aggiornamenti e alla stesura dei singoli documenti, sia per disseminare le Linee Guida nei Simposi e nei Congressi, o in eventi dedicati; interagire con i siti web associativi e anche non associativi, e con i media più estesamente, per garantire una più ampia e anche corretta disseminazione dei messaggi principali legati agli argomenti trattati nelle Linee Guida; creazione di materiale illustrativo nazionale e di riassunti nella lingua nazionale; organizzare Simposi nei Congressi nazionali; organizzare eventi educazionali appositi, soprattutto per i messaggi di maggiore rilievo ed urgenza. Mantenere informata la Società Europea di Cardiologia dei passi intrapresi, curandone la correttezza etica e amministrativa (rispetto dei copyright, ecc). Un altro compito è di favorire

l'implementazione delle Linee Guida, impegnandosi fra l'altro a definire e contribuire ad eliminare gli ostacoli che possono frapporsi nell'adottare cambiamenti migliorativi nella pratica clinica.

Si tratta di un lavoro associativo imponente ed importante, di cui (come a definizione del ruolo) io e Bugiardini possiamo fungere da coordinatori e da propositori, ma abbiamo senz'altro bisogno di volontari che abbiano desiderio di cimentarsi attivamente nel lavoro del programma europeo delle Linee Guida. La "remunerazione" di chi desiderasse impegnarsi in questi argomenti (e sarebbe il benvenuto!) sarà almeno quella di entrare a far parte di un gruppo che dialoga ad alto livello sulla Cardiologia, mettendo costantemente a confronto i migliori esperti nazionali, oltre ad un poco di automatica visibilità che la qualità e l'estensione del programma europeo senz'altro garantisce.

La prima riunione di tutti i Coordinatori Nazionali Europei si è svolta a Sophia Antipolis il 4 e il 5 dicembre 2008. È stata una riunione "fiume" per uscire con le idee chiare su cosa sia attualmente in costruzione ed in quale fase relativamente ai molteplici argomenti della Cardiologia. Cercherò di tenere informati i Soci ANMCO sull'attività del Comitato da queste pagine.



Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2009-2010

AREA ARITMIE

Chairman Massimo Zoni Berisso (Genova - Sestri Ponente)

Co - Chairman Maurizio Landolina (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)

Gianpiero Maglia (Catanzaro)

Claudio Pedrinazzi (Crema)

Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/

AREA CHIRURGICA

Chairman Luigi Martinelli (Milano)

Co - Chairman Pierluigi Stefàno (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Mauro Cassese (Catanzaro)

Giuseppe Faggian (Verona)

Giovanni Marchetto (Cagliari)

Daniele Maselli (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairman Giuseppe Fradella (Firenze)

Co - Chairman Maddalena Lettino (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Roberto Ceravolo (Catanzaro)

Marco Milo (Trieste)

Alessandro Pani (Cagliari)

Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/uticHotLine/emergenza/

AREA INFORMATICA

Chairman Guido Giordano (Catania)

Co - Chairman Antonio Mantero (Milano)

Comitato di Coordinamento

Paolo Barbier (Milano)

Domenico Di Girolamo (Caserta)

Walter Pitscheider (Bolzano)

Alfredo Posteraro (Tivoli - RM)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica/

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman Andrea Rubboli (Bologna)

Co - Chairman Loris Roncon (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Ermanno Angelini (Brindisi)

Michele Azzarito (Roma)

Bianca Maria Fadin (Cremona)

Matteo Rugolotto (Treviso)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo/

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman Evasio Pasini (Lumezzane - BS)

Co - Chairman Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)

Comitato di Coordinamento

Paolo Corsetti (Torino)

Gessica Italiani (Pescia - PT)

Vincenzo Lenti (Taranto)

Giacomo Levantesi (Vasto - CH)

www.anmco.it/aree/elenco/management/

AREA NURSING

Chairman Medico Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)

Co - Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MI)

Chairman Infermiere Lucia Sabbadin (Trento)

Co - Chairman Infermiere Cristiana Caredda (Cagliari)

Comitato di Coordinamento

Gioia Cassoni (Roma)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Paola Di Giulio (Milano)

Gaetano Satullo (Messina)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing/

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman Stefano Urbinati (Bologna)

Co - Chairman Pompilio Faggiano (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Francesco Boncompagni (Cosenza)

Francesco Fattirolli (Firenze)

David Mocini (Roma)

Gian Piero Perna (Ancona)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman Michele Senni (Bergamo)

Co - Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)

Comitato di Coordinamento

Mariantonietta Cicoira (Verona)

Giovanni Cioffi (Trento)

Paolo Midi (Genzano di Roma - RM)

Massimo Piepoli (Piacenza)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/

Collaborare verso lo sviluppo: la sfida del rapporto Cardiologo - Cardiochirurgo nell'innovazione tecnologica

di Luigi Martinelli

La vita dell'Area Chirurgica ha subito fasi di alterna fortuna. Attualmente, in un momento di forte innovazione tecnologica in cui i confini tra l'attività chirurgica vera e propria e la Cardiologia interventistica diventano più labili, l'ambito operativo dell'Area può ritrovare nuovi stimoli e obiettivi ambiziosi.

Il nuovo Comitato di Coordinamento si propone di accettare la sfida ed espone la strategia del biennio

L'Area Chirurgica nel suo contesto storico

Il percorso dell'Area Chirurgica dell'ANMCO è stato sempre piuttosto tortuoso e caratterizzato da momenti di fervore operativo alternati a fasi di quiescenza con periodi di profondo ripensamento e propositi di auto - annullamento. Al momento di assumere la responsabilità di Chairman sono conscio di questo passato travagliato, che tuttavia non riesco a vedere con atteggiamento depressivo ma come elemento stimolante per ridare all'Area la sua ricchezza di potenzialità. Ritengo infatti che, per la comunità cardiocirurgica, la possibilità di esprimersi direttamente all'interno della più numerosa ed attiva società cardiologica nazionale costituisca un'opportunità preziosa che deve essere colta positivamente e sfruttata in tutte le sue potenzialità. Ringrazio innanzitutto il Dott. Claudio Grossi che mi ha preceduto come Chairman per il suo impegno e per la sua disponibilità. Grazie alla sua volontà l'Area non si è sciolta ed ha potuto continuare a ritagliarsi il suo spazio all'interno dell'Associazione. Attualmente il Dott. Grossi è stato eletto nel Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca e certamente in questa veste saprà fornire un contributo collaborativo ancora più forte.

Contestualizzazione del significato del mantenimento di un'Area Chirurgica

Ma è ora di riprendere il cammino e rivolgersi al futuro: è sotto gli occhi di tutti il fatto che l'evoluzione tecnolo-

gica sta cambiando profondamente la nostra professione, in tutte le sue manifestazioni, dalla diagnostica alla terapia, alle implicazioni etiche e medico - legali. È nostro dovere lasciare il passato e guardare in avanti per non lasciarci cogliere impreparati dalle sfide che ci vengono poste. Che lo vogliamo o no il mondo evolve e prima o poi saremo comunque superati: la nostra intelligenza, ambizione e volontà sono le molle che devono spingerci a cavalcare il presente da protagonisti, fornendo alla società che cambia il contributo della nostra consapevolezza e della nostra lungimiranza. La Cardiologia moderna e la Cardiochirurgia sono nate contemporaneamente e il loro sviluppo è sempre stato integrato: alternativamente l'evoluzione dell'una ha condizionato quella dell'altra, costringendo gli operatori ad un continuo aggiornamento culturale ed operativo. Entrambe le specialità si sono trovate ad operare ai confini avanzati della ricerca clinica, agendo come stimolo e venendo stimolate dall'industria alla ricerca di nuovi sbocchi e più proficue opportunità. Alcuni improvvisi sviluppi e geniali intuizioni hanno creato l'impressione di una prevalenza dell'una o dell'altra: pensiamo al periodo della ricerca disperata di un Chirurgo quando le liste d'attesa superavano l'anno o quando qualche baldanzoso Emodinamista annunciava a congressi internazionali la scomparsa definitiva della Cardiochirurgia. Fortunatamente di solito il buon senso prevale e sono sempre più numerosi gli esempi di utilizzo, con l'utilizzo comune da parte di Cardiologi e Cardiochirurghi di sale "ibride", di gestione "collegia-

le” dei pazienti nel periodo pre e post - intensivo, di formazione di figure professionali anch’esse “ibride” in grado di affrontare sia gli interventi percutanei che di chirurgia tradizionale. Alla fine, in un ambiente sempre più competitivo, non possiamo più permetterci di giocare a rimpiazzare ma dobbiamo con realismo e coraggio affrontare la sfida. Per questi motivi l’esistenza di una struttura organizzativa come l’Area Chirurgica dell’ANMCO può rivestire un ruolo di particolare importanza, a patto di poterla configurare con caratteristiche che le consentano una sufficiente incisività. Inoltre la ventata di entusiasmo e rinnovamento portata dal Prof. Attilio Maseri nell’ambito della Fondazione per il Tuo cuore - HCF è garanzia di poter contare a livello centrale su un interlocutore attento, curioso e motivato a recepire istanze di concreto impegno culturale ed operativo. Purtroppo, in una realtà saturata di impegni non solo professionali ma amministrativi e perché no, anche di partecipazione a diverse Società Scientifiche nazionali ed internazionali, è difficile pretendere da parte di molti un impegno costante e gravoso.

Programmazione dell’attività del biennio 2009 - 2010

Tuttavia ritengo che se ci poniamo obiettivi chiari, limitati ma non banali, e raggiungibili secondo un cronoprogramma realistico, possiamo offrire un contributo significativo all’Associazione.

La programmazione del prossimo biennio deve pertanto includere:

- creazione di un Comitato di Coordi-

namento motivato ed efficiente;

- partecipazione alla vita societaria negli ambiti previsti dallo Statuto (Comitato Scientifico, Consiglio Nazionale, Consigli Direttivi Regionali);
- attenzione ed adesione alle linee programmatiche elaborate dal Consiglio Direttivo;
- contributo alla programmazione del Congresso Nazionale;
- proposte di studi realistici e impegno a mantenere il programma di avanzamento;
- collaborazione con le altre Aree per progetti di interesse comune;
- condivisione dell’attività svolta inviando periodici contributi a *“Cardiologia negli Ospedali”*, collaborazione con gli Editor del *“Giornale Italiano di Cardiologia”* ed il *“Journal of Cardiovascular Medicine”* per preparazione di editoriali su argomenti di attualità o commenti a problematiche emergenti.

La metodologia operativa sarà basata sulla ricerca di un’ampia collaborazione, garantendo visibilità e supporto a chi si impegna fattivamente nei progetti.

I risultati attesi per forza di cose non dovranno essere troppo ambiziosi. Non si deve dimenticare che per gestire la strategia dello sviluppo della Cardiocirurgia in Italia esiste la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca e sarebbe un grossolano errore affidare all’Area Chirurgica dell’ANMCO compiti di supplenza ammesso e non concesso che ve ne sia la necessità. Mi aspetto nel corso di questi due anni l’implementazione di uno studio multicentrico che coinvolga interessi comuni e che possa produrre risultati pubblicabili anche su Riviste di rilevanza internazionale. Ritengo

che il Comitato di Coordinamento dell’Area possa fornire un importante contributo di opinione nella fase organizzativa del Congresso Nazionale, evidenziando quei settori di interesse comune che nel corso dell’anno abbiano presentato particolare spunto di discussione o di controversia. È indispensabile che i componenti dell’Area Chirurgica partecipino a livello regionale nell’organizzazione degli eventi ANMCO e questo sarà possibile attraverso un costante interscambio di informazioni. Infine sarà una grande soddisfazione se alla Riunione degli Iscritti all’Area durante il Congresso si potrà notare una partecipazione numerosa e determinata. Non ultimo, se sapremo operare bene da risultare un interlocutore serio ed affidabile, mi aspetto che la nostra Area possa diventare un vero punto di riferimento e di consultazione soprattutto per le problematiche che interessano le due specialità.

Ogni inizio di attività risulta pieno di propositi e buone intenzioni, poi la routine tende a prendere il sopravvento. Per questo torno a sottolineare la necessità di un approccio realistico alla riorganizzazione dell’attività dell’Area, programmando un passo costante e una visione positiva e propositiva. In questo modo la vita dell’Area potrà irrobustirsi e i risultati ottenuti potranno costituire uno stimolo ad ulteriore impegno.

L'Area Emergenza - Urgenza al passaggio del testimone

L'Area Emergenza - Urgenza conferma l'impegno di supportare tutti i Cardiologi impegnati nella gestione dei pazienti critici

di Giuseppe Fradella

Si è concluso un biennio caratterizzato da un lavoro intenso e proficuo

Comincia una nuova esperienza con una nuova squadra per portare avanti i programmi già avviati e sviluppare nuovi progetti per i Cardiologi che si occupano di emergenza cardiologica

Siamo al passaggio del testimone. Si conclude un biennio di attività dell'Area Emergenza - Urgenza e subito ne inizia uno nuovo. In occasione di ogni cambiamento è auspicabile una breve pausa di riflessione per rivedere quanto è stato fatto, per confrontarlo con quanto ci si era proposti di fare, principalmente per comprendere quanto è opportuno fare nel futuro.

L'Area Emergenza - Urgenza, pur dialogando con tutta la comunità cardiologica, si rivolge prioritariamente ai Cardiologi delle UTIC o comunque a tutti i Cardiologi che a vario titolo gestiscono pazienti con patologie cardiache acute.

Da qualche tempo e in varie occasioni abbiamo sottolineato l'evidente e cruciale fase di transizione che stiamo attraversando a causa del cambiamento della casistica, dell'invecchiamento della popolazione, delle variazioni del nostro ruolo, delle nostre UTIC e dei nostri ospedali.

L'Area in questo biennio si è impegnata per cercare di comprendere tale cambiamento e, nel tentativo di dare delle risposte, per favorire una gestione consapevole dei processi di cambiamento attraverso una crescita professionale finalizzata.

L'Area ha partecipato attivamente alla stesura ed alla realizzazione dello Studio BLITZ 3, che ha fornito dati sui ricoveri nelle nostre UTIC di assoluta importanza e rilevanza per comprendere la tipologia dei pazienti ricoverati, le diagnosi di accesso e dimissione, i percorsi pre e post - ricovero in UTIC, le prestazioni erogate, l'assorbimento di risorse. Dati ancora solo parzialmente analizzati, in grado di fornire ulteriori e più approfondite informazioni sulle UTIC italiane.

L'Area ha inoltre preso parte alla realizzazione ed alla diffusione della Campagna Educazionale Nazionale sul Ritardo Evitabile, volta a quantificare in ciascuna realtà le diverse componenti del ritardo pre - ri-perfuso nelle SCA - STEMI con lo scopo di affrontare ciascuna criticità con strumenti specifici. Nell'ultimo biennio inoltre si è concluso il lavoro della Commissione Congiunta ANMCO - SIMEU sul Dolore Toracico, prezioso strumento per ottimizzare la collaborazione fra DEA e Cardiologie.

Ma il campo che maggiormente ha impegnato il Comitato di Coordinamento è stata la formazione ed in particolare la progettazione e la realizzazione dei Corsi di Clinical Competence per i Cardiologi delle UTIC.

26

Un progetto articolato, impostato su una parte teorica sintetica affidata ad un CD - ROM, un corso teorico - pratico della durata di tre giorni ed una fase residenziale presso Centri di Cardiologia di Alta Specializzazione. Nel 2008 sono stati svolti tre Corsi teorico - pratici, uno per macro area geografica (Nord, Centro, Sud), che hanno riscosso grande interesse e che sono stati valutati molto positivamente da tutti i discenti per l'impostazione, la metodologia didattica, il coinvolgimento dei partecipanti ed il clima informale, ideale per favorire l'apprendimento. La fase residenziale è in via di completamento in tutte le regioni.

Nell'aprile 2008 inoltre si è svolto a Firenze un Corso, molto apprezzato dai numerosi partecipanti, su "Sindromi Coronariche Acute: la gestione del rischio emorragico e del sanguinamento in UTIC e nel laboratorio di Emodinamica", un problema emergente e sentito nella gestione delle SCA. L'attività scientifica è stata incentrata sull'analisi di alcuni sottogruppi di pazienti degli studi BLITZ 1 e BLITZ 2, analisi ricca di ricadute pratiche sul piano assistenziale.

In conclusione mi sembra importante sottolineare, oltre ai risultati ottenuti, un aspetto della metodologia di lavoro del gruppo: in questo biennio i componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area hanno lavorato con estrema coesione, uniti da profondi legami umani e professionali, coordinati da Gianni Casella che, con carisma e competenza, ha guidato il gruppo condividendo con ciascuno tutte le fasi del lavoro svolto.

In apertura è stato affermato che un

riesame di quanto fatto, unitamente all'analisi dei bisogni reali dei Cardiologi, deve orientare le linee programmatiche del prossimo biennio, che intende collocarsi nel segno della continuità rispetto al biennio precedente.

L'Area infatti, in sintonia con il Consiglio Direttivo e in accordo con i Presidenti Regionali, intende continuare a porsi al servizio dei Cardiologi di tutte le UTIC, sia Hub che Spoke, cercando di fornire a ciascuno un supporto costante per una continua crescita professionale ed organizzativa.

In questa ottica, facendo seguito alle numerose richieste pervenute, si intende sviluppare il progetto della Clinical Competence per i Cardiologi delle UTIC, riproponendo lo svolgimento dei Corsi e cercando di realizzare la più ampia diffusione possibile del progetto. L'Area si propone inoltre di diffondere ulteriormente i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare e di svolgere Corsi e Convegni in grado di dare risposte ai quesiti ed ai problemi dei Cardiologi. L'Area inoltre sarà impegnata a continuare a dare il proprio contributo di idee e di operatività per la diffusione delle Campagne Educazionali Nazionali in corso o in fase di elaborazione. I membri del Comitato di Coordinamento inoltre saranno impegnati a proseguire l'attività scientifica come già fatto in passato.

Ma l'Area intende anche essere innovativa, per cui si impegnerà ad ampliare le tematiche trattate, pur rimanendo sempre nell'ambito della gestione e del trattamento di pazienti critici, cercando di ampliare la collaborazione con le altre Aree dell'ANMCO.

In conclusione ancora una nota di metodo. Cercheremo di progettare tutte le iniziative programmate secondo i metodi e le indicazioni della ricerca traslazionale e della ricerca organizzativo - gestionale, ovvero cercando di creare un legame circolare fra ricerca, formazione e ricadute cliniche ed organizzative, in modo da creare sinergie utili per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della nostra assistenza. Inoltre è nostra intenzione chiedere la collaborazione e la partecipazione di tutti gli Iscritti. Da parte nostra rimane alto l'impegno a pubblicizzare ogni attività svolta, dai verbali delle riunioni al costante aggiornamento di tutte le iniziative formative, congressuali e scientifiche. Agli Iscritti invece chiediamo una partecipazione costante, uno stimolo all'attività, attraverso il richiamo ai bisogni veri secondo criteri di priorità, oltre che consigli e indicazioni su quanto i Cardiologi chiedono all'ANMCO ed in particolare all'Area Emergenza - Urgenza.

Informatizzazione della gestione clinica del paziente

Prepariamoci ad affrontare il futuro

di Guido Giordano

L'informatica è entrata prepotentemente in innumerevoli attività lavorative, offrendo nuove opportunità, modificando consuetudini, organizzazione e modalità del lavoro. L'informatica è uno strumento rivelatosi insostituibile nei processi di ottimizzazione e razionalizzazione dell'uso delle risorse e nella realtà ospedaliera italiana si prospetta

consuetudini operative e schemi di lavoro ben consolidati e collaudati, la scarsa propensione a rivestire un ruolo di coautore nel concepimento di una nuova architettura dell'ambiente di lavoro, capace di sfruttare efficacemente le grandi potenzialità dell'informatica. L'ineluttabilità del processo di innovazione e le opportunità che si prospettano sono state

Si prospetta una notevole diffusione di strumenti informatici per lo svolgimento del quotidiano lavoro del Cardiologo clinico ospedaliero, che ha il dovere di non farsi cogliere impreparato dal processo di innovazione

La gestione clinica del paziente ospedaliero, cioè il complesso dei processi che si svolgono intorno al paziente ospedaliero al fine di gestirne le problematiche cliniche, sfrutta ancora poco le potenzialità dell'informatica

un processo di profondo rinnovamento, dettato prioritariamente dalle esigenze di natura economica. Il processo di informatizzazione del mondo ospedaliero è già iniziato da anni ed ha raggiunto una fase più avanzata nei settori amministrativo - gestionali, ma è appena agli inizi nella gestione clinica del paziente, intesa come il complesso flusso di informazioni ed i processi che si svolgono intorno al soggetto che afferisce in ospedale al fine di gestirne le problematiche cliniche. Da queste premesse si deduce che, quanto meno per ragioni meramente economiche, il processo di informatizzazione del governo clinico del paziente ospedaliero è destinato rapidamente a progredire. Tra le cause dell'attuale lenta progressione si annovera l'approccio culturale delle figure professionali sanitarie coinvolte, la riluttanza ad accettare innovazioni talora imposte, ad abbandonare modalità organizza-

colte dalle aziende del settore che si apprestano ad offrire prodotti e servizi. Non sembra di cogliere altrettanta consapevolezza nel mondo dei medici ospedalieri, che rischiano di svolgere il ruolo di semplice utilizzatori di strumenti concepiti all'esterno della realtà ospedaliera. L'ANMCO ha il compito di assumere il ruolo di guida autorevole, responsabile e competente in questo processo di rinnovamento degli ospedali. Alcuni prodotti della tecnologia informatica hanno radicalmente cambiato consuetudini ben radicate. Prima dell'introduzione del bancomat, i comuni utenti ed i professionisti del mondo bancario avrebbero avuto difficoltà ad immaginare come, da lì a poco, tradizionali e collaudate modalità di gestione del denaro sarebbero state definitivamente ed efficacemente rinnovate. L'innovazione si è imposta per l'affidabilità e l'immediata consapevolezza dei vantaggi prodotti. Per certi versi le

Il controllo della Spesa Sanitaria impone l'informatizzazione del governo clinico del paziente ospedaliero

Il Cardiologo ospedaliero ha il compito di condurre il processo di trasformazione, consapevole del proprio ruolo di coautore al fianco degli esperti del settore

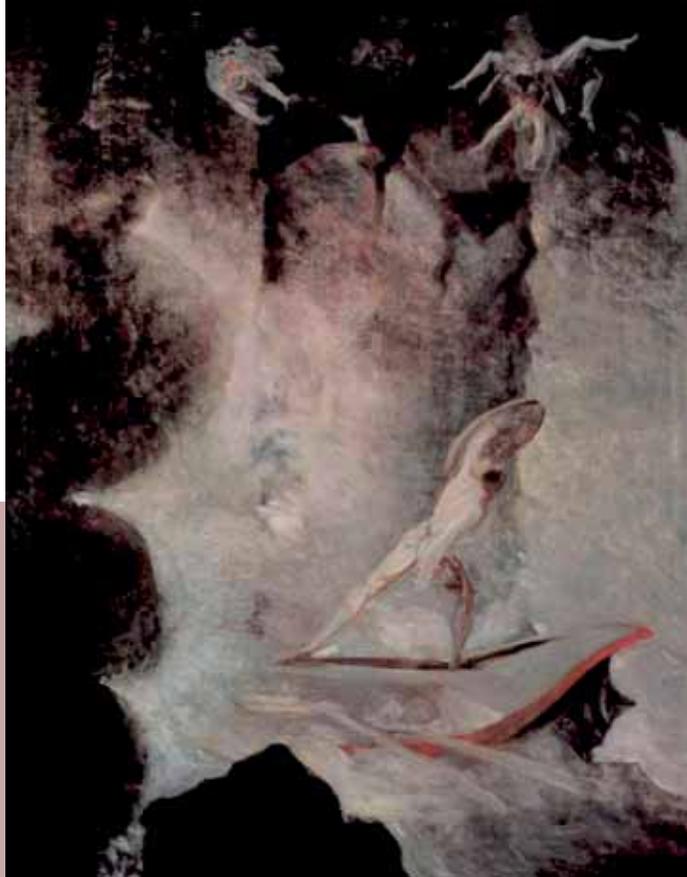
Le soluzioni adottate possono assumere forme diverse; il Cardiologo deve sviluppare la capacità di interpretarne le fundamenta

realtà ospedaliere si trovano in un'era pre - bancomat, in cui è difficile prevedere l'impatto che l'informatica avrà sulle molteplici attività della gestione clinica del paziente, pur tenendo conto della variegata realtà nazionale, ricca di esempi in fase avanzata di innovazione. Occorre uno sforzo intellettuale per individuare le implicazioni cliniche, le problematiche emergenti e gli aspetti concettuali che tale processo di rinnovamento comporta. Nelle procedure informatiche occorre imparare ad estrapolare le funzioni svolte dalle singole soluzioni proposte o adottate, in modo da maturare la capacità di confrontarsi con gli esperti, di giudicare i prodotti ed operare delle scelte.

È necessario promuovere iniziative culturali per rendere il Cardiologo consapevole della necessità di assumere un ruolo di coprotagonista nel processo innovativo, capace di offrire l'enorme bagaglio di conoscenza ed esperienza, propositore di idee, pronto ad interloquire ed a collaborare con le altre figure professionali coinvolte nel processo di innovazione. Gli articoli che saranno pubblicati in questo spazio dedicato all'Area Informatica, nei prossimi numeri di "Cardiologia negli Ospedali", saranno accomunati da un unico filo conduttore, mirato a rispondere all'esigenza di raccogliere le energie intellettuali, individuare gli argomenti di competenza del Cardiologo, favorire il dialogo tra le differenti figure professionali coinvolte nel processo di innovazione, promuovere lo sviluppo di idee, favorire la perequazione su tutto il territorio nazionale, integrare ed armonizzare le risorse nelle differenti

aree specialistiche e prevedere le ricadute sul governo clinico del paziente. Gli articoli saranno rivolti a tutti i Cardiologi del mondo ospedaliero, soprattutto a coloro che si ritengono profani in informatica o poco attratti dalle innovazioni tecnologiche, ma che hanno maturato la consapevolezza di non poter rimanere estranei ad un processo che inevitabilmente influirà sulla propria quotidiana attività lavorativa.

In quest'ottica si inserisce un evento incluso nel Piano Annuale Formativo ANMCO per il 2009, consultabile sul Sito Web www.anmco.it, dal titolo "Informatizzazione del governo clinico del paziente. Come cambia il lavoro del Cardiologo ospedaliero?" che si svolgerà a Roma il prossimo 24 aprile 2009. Ruolo dei componenti dell'Area Informatica è quello di tendere un ponte tra i Medici Cardiologi e gli Specialisti Informatici, ricercando metodologie di comunicazione e linguaggi appropriati, avviare iniziative di promozione culturale con l'obiettivo di individuare le problematiche di pertinenza medica, promuovere la capacità di confrontare e giudicare le soluzioni proposte e fornire il proprio contributo propositivo nel processo di rinnovamento.



*Johann Heinrich Füssli,
Scilla e Cariddi, 1795*

Biennio 2009 - 2010: da dove partiamo e dove andiamo?

Consuntivo dell'attività svolta e progettualità prossima futura dell'Area Malattie del Circolo Polmonare

di Andrea Rubboli

L'inizio di un nuovo biennio è un momento di grande importanza per l'Area. Esso rappresenta infatti l'occasione per fare un consuntivo di quanto portato a termine finora e per gettare le basi delle iniziative prossime future. La transizione da un biennio all'altro generalmente non si traduce, né probabilmente deve farlo, in un semplice passaggio del testimone da un Comitato di Coordinamento all'altro. Coloro che si avvicendano nella conduzione dell'Area infatti, devono inevitabilmente confrontarsi con l'esigenza di non interrompere un percorso precedentemente tracciato da un lato e di apportare cambiamento ed innovazione dall'altro. Avere ben chiari i principi ispiratori delle Aree, e da questi essere costantemente guidati, è senza dubbio

il viatico migliore per rendere meno pericolosa la navigazione tra la Scilla della continuità e il Cariddi del rinnovamento.

L'Area tra passato e presente

Le Aree hanno la finalità di garantire continuità di attenzione e di iniziative nei campi della Cardiologia di maggiore rilevanza in termini di salute pubblica. Non vi è dubbio che l'embolia polmonare acuta costituisca un'affezione di grande peso epidemiologico, rappresentando la terza affezione cardiovascolare più frequente dopo l'infarto miocardico e l'ictus, ed essendo gravata da rilevante mortalità. A partire dalla sua fondazione nel 2003, l'Area Malattie del Circolo Polmonare ha senza dubbio contribuito, attraverso

l'organizzazione di incontri scientifici, la pubblicazione di articoli e la preparazione e distribuzione di materiale didattico, ad incrementare e diffondere la conoscenza di questa patologia nella comunità cardiologica nazionale, che oggi può pertanto "appropriarsi" a buon diritto della sua gestione. Analogamente infatti alle sindromi coronariche acute, che rappresentano indubbiamente il paradigma della patologia cardiologica ed il perno attorno al quale vengono costruite strutture ospedaliere e reti organizzative, l'embolia polmonare è a tutti gli effetti una malattia cardiaca, nonostante la definizione nosologicamente fuorviante, caratterizzata da ripercussioni fisiopatologiche preminentemente cardio-circolatorie, anche gravi ed addirittura fatali. Basti considerare che

nell'indagine BLITZ 3 recentemente condotta dall'ANMCO nelle UTIC nazionali la mortalità intra - ospedaliera per embolia polmonare acuta è risultata considerevolmente superiore a quelle dell'infarto miocardico acuto ST - elevato! Tale dato non deve però offuscare i grandi progressi ottenuti negli ultimi anni nella diagnosi e nella terapia, che oggi possono contare su protocolli gestionali standardizzati ed evidence - based. Anzi, i progressivi miglioramenti nella gestione e nella prognosi nella fase acuta hanno permesso di dischiudere un orizzonte a tutt'oggi poco esplorato, quale quello del follow up del paziente sopravvissuto ad un episodio di embolia polmonare acuta. La crescente attenzione a questa fase ha fatto a sua volta emergere prepotentemente la problematica dell'ipertensione polmonare post - tromboembolica. E poiché la prima documentazione di ipertensione polmonare tout court avviene generalmente nel laboratorio di Ecocardiografia, ecco che questa, nelle sue varie forme post - tromboembolica, secondaria ad affezione del cuore sinistro, secondaria ad affezioni polmonari, etc., è divenuta oggetto di attenzione da parte della comunità cardiologica in generale, e dell'Area Malattie del Circolo Polmonare in particolare. A partire dall'intuizione e dalla tenacia di Pietro Zonzin, che riconobbe l'importanza di costituire in seno all'ANMCO un'Area dedicata alle malattie del circolo polmonare (della quale fu fondatore e primo Chairman), ed attraverso la valida opera di Giuseppe Favretto e Carlo D'Agostino che si sono succeduti alla guida di essa, molto lavoro è stato certamente fatto per

accrescere la conoscenza e migliorare la gestione di queste patologie. Tale patrimonio culturale ed organizzativo, costruito negli anni anche attraverso l'impegno di coloro che hanno composto i vari Comitati di Coordinamento e di esperti quali Franco Casazza, Stefano Ghio ed Andrea Maria D'Armini che fin dalla fondazione dell'Area prestano la loro preziosa opera di consulenti, andrà consolidato ed ulteriormente accresciuto da coloro che condurranno l'Area nel prossimo biennio al fine di rafforzare il ruolo del Cardiologo nella gestione delle malattie del circolo polmonare.

L'Area nel biennio 2009 - 2010

Sarà quindi onere, oltre che onore, dei nuovi Chairman, Co - Chairman e membri del Comitato di Coordinamento perseguire, ed auspicabilmente raggiungere gli obiettivi dell'Area. Come da Regolamento, il programma del nuovo biennio viene formalmente presentato e discusso in seno al Consiglio Direttivo ANMCO in occasione dell'incontro che si tiene all'inizio del mandato e del secondo anno di attività. Alcuni indirizzi generali dell'Area possono già essere espressi: 1) sostegno continuativo ai due registri IPER (Italian Pulmonary Embolism Registry) e INCIPIT (INCidenza di Ipertensione Polmonare In ulTrasonografia), che rappresentano una formidabile risorsa tanto formativa - educativa quanto epidemiologica - clinica; 2) ricerca su aspetti ancora poco esplorati, quali ad esempio il follow up del paziente con embolia polmonare acuta, o il trattamento non farmacologico dell'embolia polmonare acuta (nei confronti del

quale, ed in considerazione dei sempre più promettenti risultati, vi è un generale movimento di opinione tendente ad espanderne le attuali applicazioni; 3) diffusione capillare delle conoscenze sull'ipertensione polmonare, post - tromboembolica e non, al fine di favorirne il governo clinico da parte della comunità cardiologica; 4) formazione di chi si occupa di malattie del circolo polmonare, la gestione delle quali richiede approfondite competenze multidisciplinari (ad esempio, di medicina nucleare, reumatologia, angiologia e coagulazione, chirurgia, etc.); 5) incremento della visibilità dell'Area e delle sue attività, anche attraverso un'ottimizzazione dei rapporti tra centro e periferia volti, tra l'altro, a fare proselitismo tra i giovani iscritti all'ANMCO.

Numerosi, e forse anche ambiziosi, sono dunque i progetti dell'Area Malattie del Circolo Polmonare per il prossimo biennio. L'impegno costante ed incondizionato di tutti i componenti il Comitato di Coordinamento dell'Area è certamente indispensabile per raggiungere gli obiettivi, e viene pertanto garantito. Tuttavia, altrettanto importanti sono il supporto, la propositività e l'incoraggiamento di tutti gli Iscritti all'Area, e di quanti altri desidereranno fornire il loro prezioso contributo. Forte di quest'appello, e della certezza di poter lavorare proficuamente insieme per la crescita della nostra comunità cardiologica, l'Area Malattie del Circolo Polmonare 2009 - 2010 dà inizio alla sua attività con lo sguardo dritto e aperto sul futuro.

Obiettivi economici ed obiettivi di qualità assistenziale in Cardiologia

di G. Rosato e E. Pasini

Il sistema di programmazione e controllo quale meccanismo per favorire la natura del processo decisionale in Cardiologia

Con il processo di aziendalizzazione degli Ospedali e delle Unità Sanitarie Locali sono stati introdotti strumenti di governo, come il sistema di programmazione e controllo, che inducono le Direzioni Generali a coinvolgere i Direttori delle Unità Operative nella negoziazione degli obiettivi specifici per ciascun livello di responsabilità, procedendo anche al loro sistematico monitoraggio, al fine di garantirne il raggiungimento. Si tratta di un'attività continua e dinamica che comprende la capacità di trovare strumenti e correttivi idonei a migliorare la qualità dei servizi erogati e ridurre o migliorare l'utilizzo delle risorse. Un principio fondamentale dell'economia è che tutte le risorse hanno usi alternativi, per cui destinarle ad una particolare attività fa sì che esse non

siano disponibili per usi diversi. Se ciò è vero, è evidente la necessità di una pianificazione strategica che prima definisca gli obiettivi aziendali e poi, attraverso la programmazione individuando le concrete azioni da realizzarsi, e definisca gli obiettivi in termini di risultato e performance aziendale, dipartimentale e divisionale.

La caratteristica del lavoro dei Cardiologi nella medicina del terzo millennio è mutata in considerazione del cambiamento di alcuni fattori, in quanto nella realtà sanitaria attuale i medici sono i terminali di spesa ed insieme erogatori di prestazioni in un'epoca che si distingue per:

- l'invecchiamento della popolazione;
- lo sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- l'aziendalizzazione che, come

abbiamo detto, agisce in una logica sempre più di marketing e concorrenza, il tutto in un contesto di risorse economiche sempre più ridotte, ma con un atteggiamento culturale sempre più diffuso, nella nostra società, di immortalità e di giovinezza eterna. D'altra parte, nel nuovo aspetto dell'assistenza al malato, ai Cardiologi viene lasciata la decisione di chi e come curare, a fronte di un budget prestabilito. Se il budget viene inteso come strumento attraverso il quale gli obiettivi ed i programmi sono valutati non solo in termini monetari di costi e ricavi o in termini quantitativi come numero di attività e prestazioni, ma soprattutto in termini qualitativi nel senso della complessità degli interventi, di appropriatezza, di efficienza ed efficacia, esso diventa uno strumento di gestione fondamentale proprio per il miglioramento della qualità e dell'organizzazione. Tutto questo potrebbe contribuire a rendere difficile, a volte, la vita professionale del Cardiologo specie di fronte al costo di alcune metodiche diagnostiche e terapeutiche, ma attraverso il budget

I PRINCIPI DEL CAMBIAMENTO: pianif. strategica

Il ciclo produttivo di ogni azienda rappresenta un processo dinamico e creativo rivolto al futuro. In altri termini occorre predisporre la direzione più conveniente per l'organizzazione. Il processo che entra in gioco riguarda la pianificazione o programmazione strategica.

Figura 1

I PRINCIPI DEL CAMBIAMENTO: pianif. strategica

Il sistema di programmazione e controllo direzionale utilizza numerosi strumenti di supporto, tra cui i principali sono:

- il sistema di budget
- il sistema di contabilità generale
- il sistema di contabilità direzionale
- il sistema di reporting.



Figura 2



Figura 3

e la formalizzazione degli obiettivi, si perviene ad una condivisione di obiettivi comuni che portano ad una maggiore integrazione tra gli obiettivi aziendali e quelli delle singole Unità Operative. Se il medico vuole incidere attivamente nei processi di programmazione e controllo, infatti, deve contribuire alla definizione degli obiettivi, all'analisi dei dati di costo e di attività, all'individuazione di nuove modalità di svolgimento dei processi gestionali. In campo cardiologico, dove le innovazioni tecnologiche dell'ultimo ventennio hanno consentito una gestione più efficace ed efficiente sia dell'episodio acuto che dell'intera malattia, riducendo la mortalità e migliorando la qualità di vita, l'esigenza di un forte impegno economico nella gestione dell'assistenza cardiologica ospedaliera è ancora più marcata. A questo punto subentrano le difficoltà del manager chiamato a prendere decisioni determinanti per apportare valori aggiunti in termini qualitativi, con un budget prefissato all'assistenza ospedaliera che è molto complessa, in quanto contempla una parte medica, una parte tecnologica ed una parte alberghiera, aspetti tutti che debbono essere gestiti in un rapporto di equilibrio clinico e ricettivo con grande competenza. È qui che diventa determinante il processo di pianificazione e programmazione strategica, un processo attraverso il quale si individuano i principali obiettivi da realizzare, le priorità e le risorse disponibili. Lo schema attraverso cui si realizza tale processo parte dalla pianificazione

che consiste proprio nella definizione degli obiettivi, prosegue attraverso la verifica dei risultati e da questa all'analisi degli eventuali scostamenti. Tale fondamentale analisi consiste nell'individuare il divario tra obiettivi previsti e risultati conseguiti per evidenziare se sono intervenute trasformazioni nel contesto di riferimento. Il ciclo si chiude con la reingegnerizzazione dei processi che consiste nel rimodulare i comportamenti e le attività rispetto agli obiettivi assegnati. D'altra parte, lo spettacolare progresso delle tecnologie nel campo della diagnostica ha messo a disposizione del clinico un armamentario diagnostico sempre più diversificato, ma spesso non accompagnato da una crescita culturale nella qualità e razionalità nel suo utilizzo. Tutto ciò ha portato a volte ad un uso improprio, senza adeguata percezione dei limiti e delle controindicazioni di ciascuna metodica, con un incremento della spesa senza un parallelo incremento della qualità della cura. Spesso i dibattiti scientifici purtroppo sono lontani dalle questioni macroeconomiche che poi indirettamente si ripercuotono su tutti i settori della Sanità. Il processo di aziendalizzazione ha avuto in parte come ricaduta positiva quella di far valutare alla nuova generazione di medici l'importanza del fattore economico nella gestione della salute. L'attuale classe cardiologica, pertanto, si avvale oggi di una doppia competenza: clinica e manageriale. Concludendo, l'attività professionale del Cardiologo ospedaliero dovrebbe

CONCLUSIONI

La formazione del medico dirigente non può quindi essere solo orientata alla cura clinica, ma deve prevedere solide basi di tipo gestionale, che rendono più completa l'approccio alla soluzione del problema salute.

Figura 4

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.

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. D'altronde, nonostante la visione aziendalistica degli ospedali, questi continuano ad essere organizzazioni orientate verso il paziente, posto al centro dell'attenzione e di cui occorre interpretare le specifiche necessità, non solo quelle collegate all'evento malattia. In un'ampia visione di tutti questi problemi la prestazione sarà appropriata. L'interesse del medico per il paziente, che diventa l'interesse dell'uomo per l'altro uomo, è l'unico principio etico che porta a scelte mirate e alla proposta di modelli organizzativi che se pure soggetti al controllo economico della gestione, abbiano come unica finalità quella di indirizzare tutte le risorse al bene comune della salute.

AREA NURSING

Nascono il Chairman ed il Co-Chairman Infermiere

Primo obiettivo: la comunicazione con i Referenti Regionali

di C. Caredda, L. Sabbadin, G. Trocino, V. Martinelli

Come già preannunciato da tempo, il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing comprenderà dal prossimo mandato le nuove figure del Chairman e del Co - Chairman Infermiere, che affiancheranno il Chairman ed il Co - Chairman Medico.

Il Consiglio Direttivo ha nominato le Sig.re Lucia Sabbadin (Trento) e Cristiana Caredda (Cagliari) quali Chairman e Co - Chairman Infermiere; Vincenzo Martinelli (Tortona) e Giuseppe Trocino (Monza) come Chairman e Co - Chairman Medico. Quando questo articolo verrà letto, sarà stata deliberata anche la composizione definitiva del Comitato di Coordinamento e dei Consulenti per il biennio 2009 - 2010.

Una delle prerogative del Chairman Infermiere, forse unica tra tutte le Società Scientifiche italiane, è di poter presenziare al Consiglio Nazionale, pur senza diritto di voto ed avrà funzioni paritetiche a quelle del Chairman Medico.

Questa importante novità dimostra la sensibilità con cui l'ANMCO ha seguito la crescita della figura dell'Infermiere nelle nostre Cardiologie e riflette una progressione dell'Area durata almeno dieci anni.

I programmi per il prossimo biennio sono stati discussi con il Consiglio Direttivo. Il presupposto indispensabile è l'istituzione di un rapporto più diretto con i Referenti Regionali Infermieri per far convergere le energie di

tutti su proposte e progetti condivisi, per migliorare il servizio che offriamo alle Sezioni Regionali ANMCO e per creare un interscambio di idee che sia propositivo per tutti.

L'ANMCO, per quanto attenta al mondo infermieristico, si rivolge più direttamente a quello medico per la sua stessa natura istituzionale di Società Scientifica costituita da Medici Cardiologi. Perciò al contrario delle altre Aree - che sono appunto costituite interamente da Cardiologi, cioè da interlocutori diretti della Società - manca per l'Area Nursing un contatto diretto con la periferia che, per essere fruttuoso, non può limitarsi al solo incontro annuale del Cardionursing, peraltro troppo dispersivo ai fini operativi.

Una peculiarità dell'Area Nursing è che gli Infermieri iscritti sono occupati in varie discipline cardiologiche; un secondo obiettivo perciò sarà quello di creare occasioni di confronto e di collaborazione con le altre Aree e con le Società Scientifiche di settore assieme ad un maggior coinvolgimento degli Infermieri nei progetti di ricerca promossi dall'ANMCO.

Vi aggiorneremo puntualmente sulle novità.

Vogliamo infine plaudere al Prof. Attilio Maseri per la nuova ed energica linfa propositiva che sta immettendo nella Fondazione "per il Tuo cuore", augurandoci di poter essere anche noi utili per la sua crescita.

Un nuovo biennio per l'Area Prevenzione Cardiovascolare...

di Stefano Urbinati

Da gennaio 2009 è in carica il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare. Sono passati rapidamente questi quattro anni estremamente prolifici. Ricordo con molto piacere quando Carmine Riccio, appena assunto il ruolo di Chairman, mi chiese di far parte del Comitato di Coordinamento, l'estrema propositività del gruppo di allora e la continuità che si è realizzata nei due anni successivi sotto l'attenta guida di Furio Colivicchi. Una cosa che colpisce chi entra a far parte del Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, e che ne costituisce il patrimonio da trasmettere, è la grande continuità e spirito di appartenenza che unisce un gruppo di Colleghi affiatati e motivati che mantengono il piacere di lavorare insieme anche dopo aver completato il mandato biennale. Inoltre stretta è la collaborazione che, al di là delle sigle e delle strategie societarie, lega l'Area Prevenzione Cardiovascolare al GICR con cui vengono condivise e gestite moltissime iniziative. Spero che sia così anche per il prossimo biennio! Intanto alla partenza sono molto soddisfatto che abbiano accettato di far parte del Comitato di Coordinamento amici di vasta esperienza e riconosciuta propositività come Pompilio Faggiano, che sarà il Co - Chairman, Francesco Boncompagni, Francesco Fattirolli, David Mocini e Gian Piero Perna.

Per quanto riguarda i programmi per il momento penso le priorità principali siano quelle esposte a seguire.

Elaborazione di una proposta chiara e condivisa per la prevenzione secondaria

In un'epoca di contenimento delle risorse i programmi di Prevenzione Cardiovascolare, che si pongono obiettivi a medio/lungo termine, sono destinati a soffrire maggiormente, anche perché nelle Aziende Sanitarie si tende a privilegiare interventi che possano dare risultati nel breve termine. Forse è anche per questo che lo stato della prevenzione che emerge dalle Survey nazionali e internazionali più recenti è tutto sommato deludente anche nella popolazione ad alto rischio. Attualmente appare imperativo che la prevenzione secondaria abbandoni interventi empirici e improvvisati e quindi che l'ANMCO, anche attraverso l'apporto dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, possa elaborare una "proposta - quadro" chiara e sostenibile economicamente nell'ambito della quale dimostrare scientificamente la validità di nuovi modelli organizzativi.

In sintesi la proposta è che la prevenzione secondaria possa articolarsi su tre livelli: da quello a costi più bassi, che deve poter arrivare a tutti, a quello più costoso a cui necessariamente accederanno pazienti selezionati.

Livello 1: tutti i pazienti dopo un evento coronarico dovrebbero ricevere una terapia evidence - based ed un intervento educativo nurse - directed (questo livello potrà essere testato e valutato nell'ambito del progetto di implementazione delle Linee Guida dopo una Sindrome Coronari-

ca Acuta - BLITZ 4 - qualità);

Livello 2: pazienti selezionati dovrebbero accedere a percorsi specifici gestiti da professionisti (penso ai corsi anti-fumo, a percorsi specifici per i diabetici o per gli obesi), a questo proposito ci si propone di effettuare analisi ad hoc su alcune aree pilota riguardo alla disponibilità e alla fruibilità di questi percorsi nelle diverse realtà locali;

Livello 3: pazienti complessi o con comorbidità dovrebbero accedere ad un ciclo di riabilitazione cardiologica (questo livello dovrà essere meglio definito dalla Commissione ANMCO - GICR appena costituita sui criteri di eligibilità dei pazienti candidati a riabilitazione cardiologica).

La IV Conferenza Nazionale su Prevenzione, Aderenza e Comunicazione

Abbiamo la consapevolezza forte che l'efficacia della prevenzione, sia primaria che secondaria, dipende molto da come viene effettuata la comunicazione, che deve essere chiara ed efficace. "Chiara" secondo me significa che deve essere fatta in maniera professionale, tenendo conto dei tempi necessari e della personalizzazione dell'intervento in base all'interlocutore. Stiamo acquisendo consapevolezza che gli obiettivi da raggiungere, il linguaggio e gli strumenti comunicativi devono essere diversi se ci rivolgiamo ad un giovane piuttosto che ad un anziano, ad un soggetto disponibile al cambiamento rispetto ad uno che pone delle barriere. Allora l'inquadramento "psicologico" del soggetto è fondamentale perché cercare di cambiare lo stile di vita di una

persona è molto più difficile, tanto da sembrare a volte addirittura velleitario, rispetto alla somministrazione di una terapia farmacologica. Attorno a questa e altre considerazioni è maturata l'idea di promuovere la "IV Conferenza Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare", in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che ci poniamo l'obiettivo di realizzare nella primavera del 2010 a 5 anni di distanza dalla precedente.

È previsto che nel corso del 2009 venga effettuato un percorso di preparazione finalizzato a fare il punto sullo stato dell'arte dei principali target della prevenzione come alimentazione, fumo e attività fisica (con la collaborazione anche di esperti "esterni" alla Cardiologia), sugli aspetti della comunicazione (avvalendosi di esperti del settore), e di come modulare gli interventi nelle diverse fasce di età e nelle diverse tipologie di soggetti. Nuove forme di comunicazione del messaggio preventivo e come garantire l'aderenza costituiranno i temi portanti della Conferenza stessa. Inoltre è necessario ricordare che la "IV Conferenza" darà anche l'occasione di presentare i risultati dell'Osservatorio Epidemiologico scaturito dalla collaborazione tra ANMCO e ISS, di cui ci aggiorna Diego Vanuzzo in un altro articolo su questo numero di "Cardiologia negli Ospedali", e le nuove carte del rischio che saranno pronte proprio per il 2010.

Il Registro IN - CP e Survey sulla prevenzione in Italia

Dalla necessità di avere uno strumento agile e di fornire un servizio agli ambulatori cardiologici italiani

è scaturita alcuni anni fa la proposta di istituire un Registro permanente della prevenzione cardiovascolare (Registro IN - CP), come è avvenuto per lo Scenpenco Cardiaco e per le emergenze, attraverso la realizzazione di un software realizzato in collaborazione con il Centro Studi ANMCO e la software house MEDarchiver. La storia della realizzazione di questo software è stata travagliata e non è questa la sede per ripercorrerne le tappe. Attualmente la definizione del software, anche grazie alla costanza e alla passione di Sergio Pede, è molto avanzata. È in fase di studio con il Consiglio Direttivo e il Centro Studi quale sia la forma migliore, cioè più efficace e meno onerosa, per diffonderlo ai Centri che ne faranno richiesta.

I rapporti con la Fondazione "per il Tuo cuore"

L'Area Prevenzione Cardiovascolare ha sempre avuto un rapporto privilegiato con Heart Care Foundation in considerazione della comune mission che è quella di occuparsi, anche se in forme diverse, di prevenzione cardiovascolare. Recentemente il Consiglio Direttivo ha inoltre approvato il nuovo Regolamento per la nomina degli Organi di HCF secondo il quale il Comitato Scientifico - Settore Educazionale coincide con il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare e conseguentemente il Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare diventa il Coordinatore del Comitato Scientifico di HCF Settore Educazionale.

Il primo impegno dell'Area Prevenzione Cardiovascolare in questo senso riguarda il Progetto Scuole al quale,

in forme diverse, si sono dedicati finora tutti i Consigli di Amministrazione di HCF. L'obiettivo a breve termine è quello di realizzare un catalogo di tutte le attività effettuate con le scuole in questi dieci anni. Il catalogo "ANMCO per le scuole", che conterrà moduli didattici, testi, DVD, pacchetti formativi e disponibilità locale di Cardiologi ANMCO, dovrà essere messo a disposizione del Ministero della Pubblica Istruzione, degli Assessorati Regionali e, tramite il Sito Web ANMCO, delle scuole che nella fase di realizzazione dei loro Piani di Offerta Formativi (POF) annuali potranno richiedere i materiali prodotti e la consulenza di esperti.

L'Area Prevenzione Cardiovascolare inoltre parteciperà agli studi "GISSI Outliers" attualmente in fase di definizione. In particolare si sta lavorando attorno all'ipotesi di studiare i soggetti in cui una buona prevenzione non ha evitato lo sviluppo delle lesioni aterosclerotiche, oppure quelli che hanno dimostrato avere una sorta di immunità nei confronti dell'aterosclerosi malgrado un profilo di rischio elevato.

Attività di formazione

L'Area Prevenzione Cardiovascolare continua a dare un ruolo centrale al programma di formazione come elemento per promuovere tra i Cardiologi una "cultura della prevenzione" intendendo in senso lato anche la necessità di favorire una gestione multidisciplinare in collaborazione con altre specialità affini (Nefrologi, Pneumologi, Diabetologi). In questo senso l'obiettivo è quello di migliorare le conoscenze per una corretta gestione del paziente "complesso". In

questa direzione sono già state realizzate Campagne e iniziative nazionali e locali e, anche quest'anno, verranno effettuati corsi sull'argomento.

Un'attenzione particolare sarà rivolta all'espletamento della "consulenza ospedaliera" riferendosi questa volta al paziente medico dopo essersi dedicati negli anni scorsi alla "consulenza pre - operatoria".

Inoltre proseguiranno nel 2009 gli incontri sulle "Cardiopatie nelle donne", dopo il fortunato prologo di San Gimignano dello scorso anno, verranno realizzati incontri finalizzati a promuovere un'interpretazione più smalzata dei lavori scientifici e, durante il Congresso ANMCO, verrà riproposto un seminario sulla comunicazione in collaborazione con l'Area Nursing. Infine a settembre verrà realizzato di nuovo, dopo alcuni anni, il Corso intramurale di livello avanzato sulla Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare.

La Rete per lo Scompenso Cardiaco: un patrimonio da difendere e valorizzare

di G. Misuraca e M. Senni

La Rete ANMCO per lo Scompenso Cardiaco avviata nel 1995 è diventata negli anni una vera e propria organizzazione dedicata alla cura dello Scompenso, alla ricerca e alla formazione permanente di Medici e Infermieri

La valorizzazione della Rete sarà tra gli obiettivi prioritari del nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area

La Rete ANMCO per lo Scompenso Cardiaco è stata avviata nel 1995 quando si invitarono le Cardiologie ospedaliere italiane ad identificare un Referente per lo Scompenso Cardiaco.

Fu nel contempo avviata la distribuzione alle Unità Operative interessate di un software indirizzato alla gestione dell'Ambulatorio dedicato divisionale e da quel database è nato il Registro IN - CHF, focalizzato sui pazienti con Scompenso Cronico. Recentemente questo Registro è stato sostituito con il Registro IN - HF, esteso alla gestione di tutti i pazienti con Scompenso, compresi quelli ricoverati per Scompenso Acuto. L'intento principale dei promotori della Rete era quello di aggregare Unità Operative di Cardiologia orientate alla diagnosi e cura dello Scompenso Cardiaco, su due obiettivi fondamentali:

- 1) sul piano clinico, l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici il più possibile condivisi;
- 2) sul piano scientifico - epidemiologico, realizzare un grande database nazionale che consentisse di effettuare studi clinici e valutazioni affidabili su grandi numeri nei riguardi di trattamenti, percorsi diagnostico - terapeutici, indicatori di processo, sorveglianza postmarketing, analisi di costi.

A distanza di più di un decennio possiamo dire che gli obiettivi di partenza sono stati raggiunti. Negli anni un numero sempre maggiore di Centri ha cominciato a lavorare all'interno della Rete, con notevoli benefici soprattutto per i Centri più piccoli e periferici, che inseriti in un grande network scientifico, hanno avuto la

possibilità di uscire dall'isolamento e dal rischio dell'autoreferenzialità. Per alcuni si è realizzata la possibilità di raggiungere visibilità nazionale e di farsi apprezzare per la quantità e qualità del lavoro svolto. La Rete è oggi attiva su tutto il territorio del nostro paese e rappresenta una vera e propria organizzazione dedicata alla "cura" dello Scompenso, alla ricerca epidemiologica e clinica, alla formazione di Medici ed Infermieri. Tra l'altro, grazie alla Rete, la Cardiologia italiana dispone di uno dei Registri nell'ambito dello Scompenso Cardiaco più importanti al mondo, che è diventato un punto di riferimento per la stessa Società Europea di Cardiologia. Il database, che comprende allo stato attuale pazienti con Scompenso Acuto e Cronico, consente, grazie alla modalità di immissione dei dati via web in tempo reale, una maggiore completezza delle informazioni raccolte rispetto al passato e la possibilità di identificare i problemi clinici emergenti per pianificare interventi e studi mirati. La Rete si è rivelata uno strumento formidabile di ricerca attraverso l'analisi del database, ma anche attraverso la conduzione di studi clinici controllati quali il Val - Heft e il GISSI - HF, di progetti finalizzati all'implementazione di trattamenti raccomandati come gli Studi Bring - Up, e di studi di epidemiologia clinica, tra i quali il Registro sullo Scompenso Acuto. In questi ultimi anni tuttavia è divenuto sempre più difficile dimostrare benefici derivanti da nuovi trattamenti in pazienti già in terapia medica ottimizzata. Ancora una volta la Rete si pone come ambito ideale dove identificare e studiare sot-

Grazie alla Rete la Cardiologia italiana dispone di uno dei Registri nell'ambito dello Scompenso Cardiaco più importanti al mondo, diventato un punto di riferimento per la stessa Società Europea di Cardiologia

In una fase della ricerca in cui è sempre più difficile dimostrare benefici derivanti da nuovi trattamenti, la Rete è l'ambito ideale per identificare e studiare sottogruppi di pazienti per i quali esistono aree di incertezza terapeutiche e gestionali

togruppi di pazienti, particolarmente impegnativi in termini di costi umani ed economici, per i quali esistono ancora aree di incertezza terapeutica e gestionale sull'impiego della terapia con farmaci, con device e, non ultimo, sulle possibilità offerte dalla riabilitazione cardiologica. Il mantenimento ed il potenziamento della Rete è uno degli obiettivi da portare avanti nei prossimi anni. Sarà però necessario affrontare e risolvere una serie di criticità che sono emerse nel tempo. In molti Centri si è registrato un fisiologico calo di interesse. Questa disaffezione può essere in parte attribuita al raggiungimento degli obiettivi di partenza - avviare e stabilizzare un'attività finalizzata alla gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco e diventare riferimento per lo Scompenso del proprio presidio ospedaliero o dell'area di appartenenza - ma anche al fatto che i Colleghi che avevano avviato l'attività hanno maturato responsabilità che sottraggono tempo alla clinica o hanno ampliato gli ambiti di interesse senza possibilità di essere adeguatamente sostituiti, vuoi per la contrazione degli organici, vuoi per il sempre più deciso indirizzo interventistico dei giovani Medici. Per rivitalizzare la Rete riteniamo sia innanzitutto necessario un maggior coinvolgimento nella produzione scientifica dei Centri periferici, in particolare dei più attivi e accurati nell'inserimento dei dati, stimolando le proposte di analisi originali del data base e coinvolgendoli nella stesura di lavori proposti eventualmente da gruppi con maggiore esperienza nel campo scientifico. Parallelamente è indispensabile perseguire con continuità la crescita culturale dei profes-

sionisti, Medici e Infermieri, coinvolti nella cura dei pazienti con Scompenso Cardiaco. Una via maestra segnata dalla nostra Società Scientifica è la realizzazione di attività di formazione a carattere regionale, che saranno rivolte ad aspetti clinici e gestionali dello Scompenso Acuto e Cronico da inserire, ove possibile, nell'ambito degli Eventi formativi ANMCO. Gli eventi, per i quali il materiale didattico potrà essere impostato omogeneamente in sede centrale, dovranno essere gestiti localmente dal Referente Regionale per lo Scompenso, insieme ai Presidenti regionali ANMCO, raccomandando di coinvolgere come relatori i Referenti per lo Scompenso degli ospedali locali. Il parallelo coinvolgimento degli Infermieri degli Ambulatori dedicati sarà portato avanti in collaborazione con l'Area Nursing.

Infine, a dimostrazione dell'intenzione del nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area di dare rilievo al lavoro svolto dai componenti della Rete, uno dei membri del Comitato, scelto proprio per il suo impegno nel partecipare al Registro, all'arruolamento nei diversi Studi promossi dall'ANMCO e all'attività scientifica e gestionale societaria, sarà in particolare responsabile dei rapporti con la Rete e della rivitalizzazione di iniziative comuni. Il futuro biennio ci vedrà impegnati in una serie di progetti in cui il coinvolgimento della Rete dello Scompenso Cardiaco rappresenterà un momento fondamentale nell'intento di valorizzare questo patrimonio di entusiasmo e competenze capillarmente diffuso sul territorio nazionale, che tanto può esprimere per il progresso del trattamento dello Scompenso Cardiaco nel nostro paese.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

DOMANDA DI ISCRIZIONE



Non compilare

Non compilare

Codice Unico

Codice ANMCO

La Domanda di iscrizione (scaricabile anche alla pagina www.anmco.it/associazione/come del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale alla Segreteria ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 - Firenze e anticipata per fax al numero 055.5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it.

Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/associazione/statuto del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti.

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

Nome Cognome Data di nascita

Luogo di nascita Indirizzo

Città Prov. 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

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Altro* | |

* Accreditamento (da compilare **se Struttura privata**): SI NO

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Presidio

Denominazione

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel. Fax E - mail Reparto:

Non compilare

Qualifica

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Specializzando | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

Sede Nazionale
Via A. La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055/51011
Fax 055/5101350
e-mail: aree@anmco.it

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo (scaricabile alla pagina www.anmco.it/aree/elenco del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (055/5101350), per e - mail (aree@anmco.it)

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 Scopenso 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, 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 consentire 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 "per il Tuo cuore" - 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 _____



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Sede Nazionale
Via A. La Marmorata, 36
50121 Firenze
Tel. 055/51011
Fax 055/5101350
e-mail: sitoweb@anmco.it

ANMCO RICHIESTA LOGIN E PW

SITO WEB ANMCO PER SERVIZI RISERVATI AI SOCI

Il presente modulo (scaricabile alla pagina www.anmco.it/registrazione/richesta del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmorata, 36 - 50121 Firenze), per fax (055/5101350), per e-mail (sitoweb@anmco.it)

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 <input type="checkbox"/> FAX _____ <input type="checkbox"/> E-mail _____ <input type="checkbox"/> POSTA _____ | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;">Non compilare _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;">Non compilare Codice ANMCO _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;">Non compilare Codice unico _____</div> |
| 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 Marmorata 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 consentire 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 Marmorata 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 "per il Tuo cuore" - Heart Care Foundation ONLUS, entrambe con sede in Firenze Via La Marmorata 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 Marmorata 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 _____

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: Bernardino 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 Nassiaco (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 (Fabiano - 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.it/regioni/elenco/piemonte/

PUGLIA

Presidente: Alessandro Vilella (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 Scelera (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 Abriagnani (Erice - TP), Michele Bono (Sciaccia - 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 (Pieve 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/

*Teatro Rendano - Cosenza*

Campagna Educazionale Nazionale ANMCO 2007 - 2008 sul Ritardo Evitabile: riflessioni sull'evento regionale della Calabria e sugli sviluppi della Rete per l'Emergenza

di M.T. Manes e F. Greco

In Italia, contrariamente a ciò che si ritiene, la tematica inerente al Ritardo Evitabile per il trattamento dei pazienti colpiti da Sindrome Coronarica Acuta, è sottovalutata. In linea con le altre Associazioni cardiologiche europee ed americane, anche l'ANMCO ha promosso una Campagna Educazionale ad hoc con incontri scientifici nelle varie regioni italiane al fine di sensibilizzare l'attenzione di tutti noi e dei cittadini nei confronti di questo aspetto fondamentale per la sopravvivenza e l'outcome dell'infartuato. Per la regione Calabria questo incontro si è svolto il 25 novembre 2008 presso l'Holiday Inn di Cosenza,

coordinato dai colleghi Antonio Butera, Presidente della Regione ANMCO Calabria e Maria Teresa Manes, che lavora presso la Cardiologia dell'Ospedale Civile di Cosenza. In conformità agli scopi della Campagna, il programma scientifico è stato suddiviso in due grandi Sessioni: nella prima il Presidente ANMCO, Salvatore Pirelli, ha illustrato i dati epidemiologici finora disponibili nelle varie realtà dei Paesi industrializzati, nel tentativo di identificarne le criticità e quindi le strategie di intervento possibili. Il punto saliente dell'intervento: dal Registro GRACE emerge una latenza preospedaliera che non ha subito

alcuna riduzione negli ultimi sei anni ed il ritardo con il quale ancora oggi i pazienti giungono presso il Pronto Soccorso (il 50% oltre due ore dopo l'esordio dei sintomi), è ancora molto alto. Anche in realtà sanitarie molto efficienti come quella americana, i dati dei Registri indicano importanti ritardi tra inizio sintomi e terapia fibrinolitica: circa la metà dei pazienti attende oltre Trenta minuti prima di essere riperfuso (Ting HH, et al. Am J Med 2008;121:316-323). Nella seconda parte, largo risalto è stato dato agli aspetti organizzativi specifici della nostra regione, considerando anche che la realizzazione della Rete per le Emergenze Cardiologiche è un obiettivo prioritario nel nostro ultimo Piano Sanitario in Calabria. Questa iniziativa è stata coordinata dal Prof. Francesco Romeo, Direttore della Scuola di Specializzazione in Cardiologia dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma. I dati derivanti dai protocolli terapeutici utilizzati nelle UTIC provinciali calabresi hanno fornito dei database interessanti. Francesco Greco ha comunicato i dati annuali della PCI primaria del Laboratorio di Emodinamica dell'Ospedale Civile SS. Annunziata di Cosenza, svolta in orario di servizio e in regime di pronta disponibilità, in caso di STEMI ad alto rischio e in caso di fallimento della fibrinolisi: 88 angioplastiche primarie e 10 angioplastiche rescue (48% di tutti gli STEMI osservati). I tempi intraospedalieri registrati, in termini di door-to-balloon, sono stati soddisfacenti, attestandosi da un minimo di 25' ad un massimo di 45' in caso di attivazione del laboratorio in regime di reperibilità. La mortalità

intraospedaliera è stata del 3.5%, in linea con la media nazionale. Inoltre, con profonda soddisfazione di tutto il team dell'Emodinamica dell'Ospedale SS. Annunziata di Cosenza, coordinato dal Primario, Dott. Ferdinando Fascetti, a partire dal 1° dicembre 2008 è stata avviata la pronta disponibilità h 24 del Cath Lab cosentino. Questo ora rende possibile il trattamento con angioplastica Primaria di tutti gli infarti ST in alto (STEMI). La nascita di questo Centro Hub, che si aggiunge a quelli già attivi presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese - Ciaccio di Catanzaro (vedi N. 164 - 165, luglio/ottobre 2008 "Cardiologia negli Ospedali" pag. 50) e gli Ospedali Riuniti G. Melacrino e F. Bianchi di Reggio Calabria, segna un passo fondamentale per l'implementazione di tutta la Rete per l'Emergenza in Calabria.

Analisi dei dati regionali del BLITZ 3

L'esposizione dei dati del BLITZ 3 relativi alla Regione Calabria, nella seconda parte del Convegno, non ha mostrato differenze sostanziali nella gestione del paziente infartuato rispetto ad altre realtà cardiologiche italiane. I giorni di degenza per lo STEMI sono sovrapponibili (4,5 in Calabria versus 4,5 in Italia) e la mortalità è la medesima. L'assistenza ospedaliera si avvale di tutte le diagnostiche strumentali nella medesima percentuale di altre regioni, notoriamente identificate come modelli di qualità. Anche l'80% degli infartuati calabresi esegue un esame ecocardiografico in UTIC. Parimenti si è incrementata l'implementazione e la gestione interamente cardiologica delle tecniche di ventila-

zione non invasiva. Le nostre criticità sono rappresentate da un minor ricorso alla riperfusione meccanica, per i pochi Centri Hub esistenti al momento, bassa percentuale di pazienti (33%) che si rivolge al 118 per recarsi in ospedale (dato analogo alla media nazionale) e soprattutto da un 41% di pazienti che non è sottoposto ad alcuna terapia riperfusiva (vs 40% delle altre regioni italiane).

Confronti interregionali sulle strategie organizzative della Rete

Nella compilazione di strategie specifiche d'intervento, è stato interessante il confronto con le altre realtà viciniori: lo stato della Rete in Puglia (P. Caldarola), in Basilicata (B. D'Alessandro), in Sicilia (A. Ajello) in Campania (G. Gregorio). In particolare sono stati presentati i risultati della terapia trombolitica preospedaliera realizzata da almeno tre anni in Puglia, ove è stato ottenuto un valido tempo sintomi - fibrinolisi (79 minuti - 65 - 96). Il ristretto numero di Centri Hub distribuiti nella nostra regione (circa uno in ciascuna delle tre principali Province) e la presenza in alcune aree geografiche di tragitti stradali montuosi a viabilità ridotta, costituiscono alcune cause specifiche del ritardo preospedaliero in Calabria. La trombolisi preospedaliera potrebbe fornire una valida alternativa per una precoce strategia riperfusiva. Nel panel interattivo, la presenza del Direttore Generale dell'Assessorato Regionale alla Sanità e dei Direttori Generali Aziendali ha reso possibile una conoscenza delle problematiche in essere per una corretta implemen-

campagna educativa nazionale

Sede dell'Incontro
Hotel Holiday Inn
Via Panebianco • 87100 Cosenza

Comitato Esecutivo
Francesco Chiarella (Pietra Ligure) Coordinatore
Matteo Cassin (Pordenone)
Leonardo De Luca (Roma)
Antonio Di Chiara (Tolmezzo)
Giuseppe Di Pasquale (Bologna)
Giuseppe Fradella (Firenze)
Giovanna Geraci (Palermo)
Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania)
Zoran Olivari (Treviso)
Luigi Oltrona Visconti (Genova)
Giuseppe Palazzo (Catania)
Gennaro Santoro (Firenze)

Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria
Antonio Butera (Lamezia Terme) Presidente
Federico Battista (Cosenza)
Roberto Ceravolo (Catanzaro)
Michele Comito (Vibo Valentia)
Nicola Cosentino (Cariati)
Massimo Elia (Crotone)
Virgilio Pennisi (Reggio Calabria)

Coordinatori della Campagna
Antonio Butera (Lamezia Terme)
Maria Teresa Manes (Cosenza)

Segreteria Organizzativa
Aristea Genova
Salita di Santa Caterina, 4 • 16123 Genova
Tel. 010.583224 • Fax 010.5531544
genova@aristea.com • www.aristea.com


GRUPPO
aristea

Sezione Regionale
ANMCO Calabria



RITARDO EVITABILE

Salvare il miocardio dei Pazienti
con Sindromi Coronariche Acute
ottimizzando i tempi e le modalità
di soccorso e intervento medico

Cosenza, 25 Novembre 2008

L'iniziativa è stata realizzata grazie al supporto di

 A.N.M.C.O.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDILOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 • 50121 FIRENZE
Tel. 055.51011 • Fax 055.5101350
www.anmco.it • e-mail: segreteria@anmco.it

tazione della Rete: l'aspetto amministrativo - politico sanitario e l'aspetto assistenziale. La discussione si è accentrata su un'analisi abbastanza dettagliata degli ostacoli attualmente esistenti in ambedue i settori. Siamo venuti a conoscenza del fatto che quasi il 100% delle ambulanze dedicate all'emergenza sono medicalizzate e che sono stati acquistati i sistemi per la trasmissione telematica dell'elettrocardiogramma. Vedremo.

Riflessioni sull'evento

La Campagna Educazionale ANMCO sul Ritardo Evitabile in Calabria ha avuto molta visibilità e quindi una penetrazione in vari settori, questo grazie anche allo sforzo ed all'entusiasmo degli organizzatori. Innanzitutto l'iniziativa ha visto una numerosissima partecipazione da parte di tutti i

protagonisti della Rete per le emergenze: operatori responsabili del 118, del Pronto Soccorso, delle Medicine d'Urgenza e dei Cardiologi di tutto il territorio calabrese. Sono state invitate anche le Associazioni di volontariato operanti per il soccorso mobile (Croce Rossa, Pionieri del Soccorso, Associazioni convenzionate). In particolare ogni Associazione ha partecipato con la propria divisa (tuta di colore rosso per i soccorritori volontari, blu per i pionieri, arancione per il 118) a sottolinearne quasi l'appartenenza pluridisciplinare (ad ogni anello della catena della sopravvivenza). Questa audience variegata ha creato le basi per una partecipazione attiva, ricca di osmosi e spunti di lavoro. Sicuramente la modalità molto accorata e sentita con la quale Francesco Chiarella ha presentato la finalità della Campagna

Educazionale ha catturato l'attenzione di tutti, esplicitando più volte il concetto dell'importanza dell'azione di ognuno per la realizzazione degli obiettivi prefissati. In una strategia complessiva del trattamento dell'infarto miocardico, il coordinamento del dipartimento d'emergenza territoriale ed ospedaliera appare - ha sottolineato il Dott. Chiarella - come il nucleo centrale: a poco valgono discussioni monotematiche tra Cardiologi, che rischiano di rimanere asfittiche e poco produttive. Da parte dei colleghi del 118 è emersa l'esigenza di protocolli condivisi, chiari e semplici ed una collaborazione costante con l'UTIC e l'Emodinamica di riferimento.

Si sono svolti con successo gli eventi legati alle Campagne Educazionali Nazionali su Cardiologie Sicure e Ritardo Evitabile ed il Seminario di Aggiornamento sul paziente ad alto rischio cardiovascolare

a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Campania

Il 31 ottobre 2008 a Vietri sul Mare, il 19 novembre e il 18 dicembre 2008 a Napoli, si sono svolti con ampia partecipazione i due Eventi regionali collegati alle Campagne Educazionali Nazionali su Cardiologie Sicure e il Ritardo Evitabile ed il Seminario di Aggiornamento sul paziente ad alto rischio cardiovascolare.

Cardiologie Sicure: gestione del rischio clinico

L'evento sulle Cardiologie Sicure si è articolato in sette Sessioni dedicate al rischio clinico e ai principi del risk management, alla documentazione sanitaria, alla responsabilità professionale, alla gestione del rischio clinico in Terapia Intensiva, in Cardiocirurgia, in Cardiologia interventistica, in Aritmologia interventistica, ed infine alle problematiche legate

alla consulenza cardiologica. Ampio spazio è stato dedicato alle problematiche relative alla interlocuzione con i soggetti istituzionali e all'esame delle criticità in Campania. Giovanni Gregorio, Presidente ANMCO della Regione Campania ha aperto i lavori. Sono intervenuti: Costantino Astarita (Sorrento), Quinto Tozzi (Roma), Aldo Celentano (Napoli), Enzo Capuano (Mercato San Severino), Margherita De Cristofaro (Oliveto Citra), Pio Caso (Napoli), Domenico Gabrielli (Ancona), Giuseppe Vergara (Nola), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia), Gennaro Bellizzi (Ariano Irpino), Paolo Ferrara (Avellino), Claudio Buccelli (Napoli), Gaetano Siscaro (Catania), Luciano Fattore (Santa Maria Capua Vetere), Gerolamo Sibilio (Pozzuoli), Giovanni D'Angelo (Eboli), Giuseppe Di Benedetto (Salerno), Aurelio Caruso (Napoli),



Lloyd's Baia Hotel di Vietri sul Mare dove si è svolto l'evento "Cardiologie Sicure: gestione del rischio clinico"



La Baia di Napoli - il 19 novembre 2008 e 18 dicembre 2008 si sono svolti gli eventi relativi all'Alto Rischio e al Ritardo Evitabile

Gino Piazza (Caserta), Carmine Riccio (Caserta), Nicolino Esposito (Napoli), Eduardo Bossone (Cava dei Tirreni), Gennaro De Marco (Aversa), Giovanni Stanco (Avellino), Francesco Silvestri (Salerno), Cesare Baldi (Salerno), Pier Sandro Giudice (Salerno), Nicola Capuano (Nocera Inferiore), Giuseppe Rosato, Direttore Generale dell'A.O. San Giuseppe Moscati di Avellino, Raffaele Calabrò, Componente Commissione Sanità Senato, Tonino Pedicini Direttore Generale ARSAN, Silvano Baldi (Scafati), Rossano Battista (Piedimonte Matese), Luigi Di Lorenzo (Sessa Aurunca), Vincenzo Messina (Sarno), Domenico Prinzi (Giugliano), Genny Rinaldi (Agropoli), Raffaele Rotunno (Roccadaspide), Sansone Aniello (Ischia), Francesco Turturiello (Polla).

Seminario di Aggiornamento "Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia"

Il Seminario di Aggiornamento sul paziente ad alto rischio cardiovascolare si è svolto a Napoli il 19 novembre 2008. All'evento, aperto da Giovanni Gregorio Presidente regionale ANMCO Regione Campania, sono intervenuti Gennaro Santoro (Firenze), Vincenzo Capuano (Mercato San Se-

verino), Tonino Lanzillo, (Avellino), Luigi Di Lorenzo (Sessa Aurunca), Giuseppe Vergara (Nola), Aldo Celentano (Napoli), Paolo Capogrosso (Napoli), Paolo Silvestri (Benevento), Osvaldo Silvestri (Napoli), Ernesto Murena (Pozzuoli), Sergio Severino (Napoli), Nicola Capuano (Nocera Inferiore), Gerolamo Sibilio (Pozzuoli), Giovanni D'Angelo (Eboli), Paolo Golino (Caserta), Raffaele Rotunno (Roccadaspide), Gennaro De Marco (Aversa), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia), Rosario Farina (Salerno), Matteo Cassin (Pordenone), Vincenzo Messina (Sarno), Giuseppe Rosato (Avellino), Carmine Riccio (Caserta), Bruno Villari (Benevento).

Ritardo Evitabile. Salvare il miocardio dei Pazienti con Sindromi Coronariche Acute ottimizzando i tempi e le modalità di soccorso e intervento medico

L'evento legato alla Campagna Educazionale Nazionale si è svolto a Napoli il 18 dicembre 2008. Ai lavori della giornata aperta da Giovanni Gregorio, Presidente regionale ANMCO Campania, sono intervenuti Luigi Raffaele Elia (Napoli), Emilio Di Lorenzo (Avellino), Gennaro De Marco (Aversa), Ernesto Murena (Pozzuoli), Rosario Farina (Salerno), Gerolamo Sibilio (Napoli), Michele Di Muro (Salerno), Gennaro Ratti (Napoli), Vincenzo

Capuano (Mercato San Severino), Margherita De Cristofaro (Oliveto Citra), Marino Scherillo (Benevento), Federico Piscione (Napoli), Francesco M. Bovenzi (Lucca), Eduardo Bossone (Cava dei Tirreni), Rossano Battista (Piedimonte Matese), Nicolino Esposito (Napoli), Giovanni Stanco (Avellino), Bernardino D'Alessandro (Policoro), Antonio Butera (Catanzaro), Alessandro Vitella (Lucera), Giuseppe Rosato (Avellino), Franco Rotondi (Avellino), Paolo Silvestri (Benevento), Domenico Di Girolamo (Caserta), Sergio Severino (Napoli), Gaetano Quaranta (Nocera Inferiore), Gennaro Bellizzi (Ariano Irpino), Antonio Aloia (Vallo della Lucania), Gennaro Santoro (Firenze), Costantino Astarita (Sorrento), Silvano Baldi (Scafati), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia), Nicola Capuano (Nocera Inferiore), Aldo Celentano (Napoli), Giovanni D'Angelo (Eboli), Luigi Di Lorenzo (Sessa Aurunca), Luciano Fattore (Santa Maria C.V.), Vincenzo Messina (Sarno), Domenico Prinzi (Giugliano), Genny Rinaldi (Agropoli), Raffaele Rotunno (Roccadaspide), Sansone Aniello (Ischia), Francesco Turturiello (Polla), Pietro Giudice (Salerno), Giuseppe Vergara (Nola).

Incontri di Casistica Clinica

di P. Maras e T. Morgera

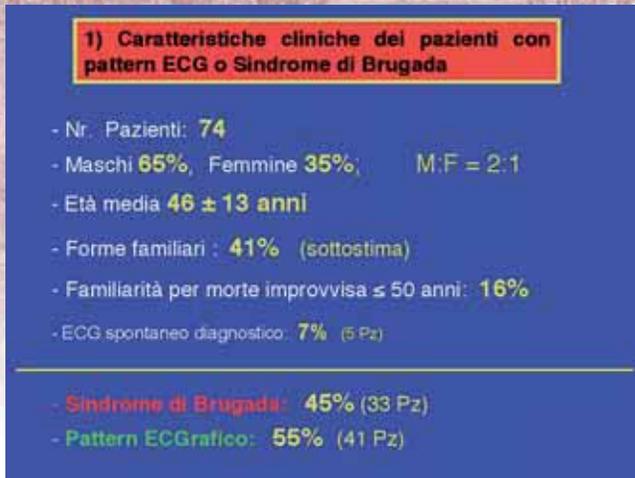


Figura 1

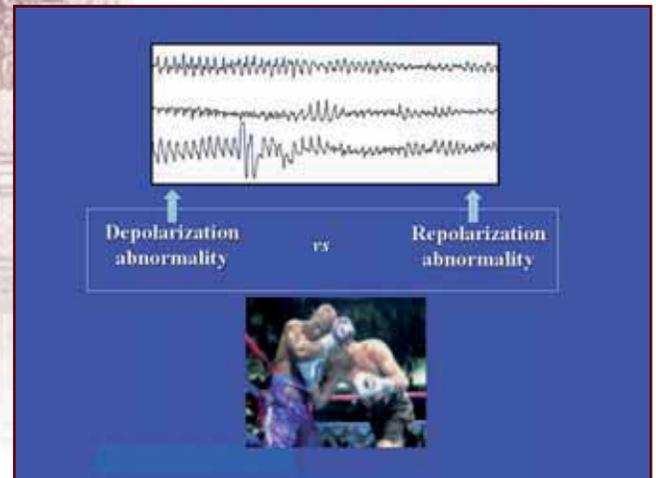


Figura 2

Si è svolto a Palmanova il 29 novembre 2008 il primo degli incontri di Casistica Clinica organizzati dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia per i prossimi due anni.

Obiettivo dell'iniziativa

L'obiettivo dell'iniziativa è stato quello di coinvolgere i Cardiologi e gli Infermieri delle Cardiologie sul piano che maggiormente ci accomuna e cioè quello clinico. L'altro obiettivo strategico è quello di far crescere nei giovani Cardiologi e negli Specializzandi il desiderio di appartenere ad una Associazione Scientifica che è vitale, dove esiste un desiderio di confronto e crescita continua. Loro infatti saranno il futuro della Cardiologia ma anche dell'ANMCO.

Il contenuto scientifico

Il primo incontro organizzato è stato sul tema della Sindrome di Brugada, una patologia meno infrequente di quanto si possa pensare, che ha avuto già negli anni 80 e 90 delle segnalazioni provenienti proprio dalla nostra

regione prima della pubblicazione di Brugada. I colleghi di Monfalcone e Pordenone hanno portato dei Casi Clinici molto interessanti, ben studiati e che hanno sollecitato da parte dei presenti un vivace dibattito. In particolare il Dott. Ermanno Dametto, della Cardiologia di Pordenone ha portato una casistica ben raccolta e studiata (Figura 1).

Dopo l'esposizione dei Casi Clinici abbiamo dato spazio ai dati epidemiologici ed all'aspetto diagnostico terapeutico. Con un contributo impeccabile, il Dott. Alessandro Proclemer ha saputo, pur in assenza di Linee Guida in letteratura, focalizzare alcune problematiche diagnostiche e prognostiche, ricordando soprattutto l'importanza di fare una corretta diagnosi e l'esistenza di falsi positivi all'ECG (Figure 2, 3, 4). Ne è uscito un messaggio di tipo pratico sui percorsi diagnostico - terapeutici. Tutti gli atti dell'evento sono visibili sul Sito WEB ANMCO alla pagina www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/calendario/Palmanova29_11_08.

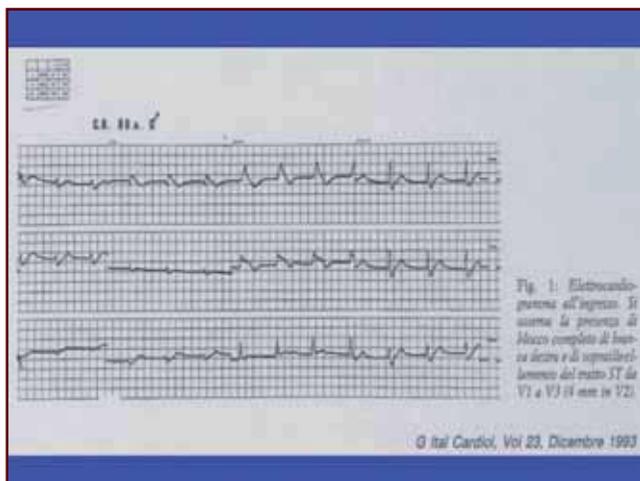


Figura 3

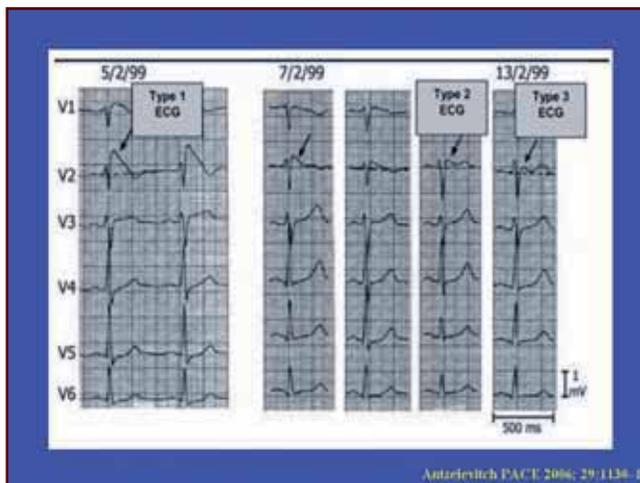


Figura 4

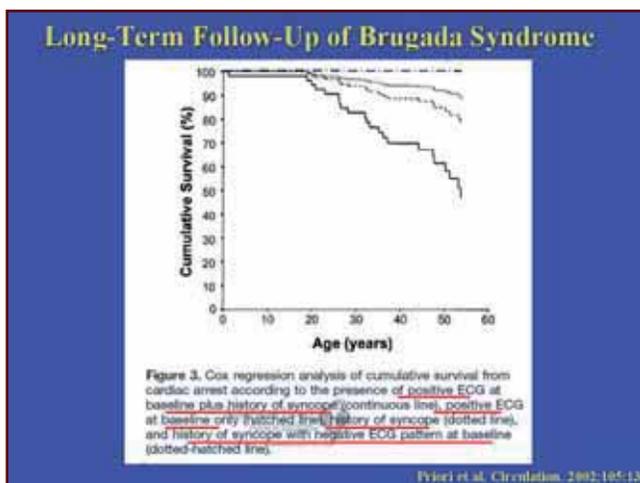


Figura 5

La partecipazione

Infine è stato dato ampio spazio alla Tavola Rotonda alla quale abbiamo invitato a partecipare, con ulteriori contributi della loro esperienza, i Cardiologi dell'Ospedale Infantile Burlo Garofolo di Trieste che hanno presentato un caso di Brugada familiare (Figura 5). Per la Medicina dello Sport un intervento del Dott. Auro Gombacci ha messo in evidenza come durante le visite sportive questo problema clinico deve venir riconosciuto, affrontato ed infatti esistono dei Protocolli di Consensus nazionale in merito (Figura 6, 7, 8).

La genetica

L'apporto della Dott.ssa Serena Zacchigna è stato sicuramente molto apprezzato. Avevamo chiesto infatti al Prof. Mauro Giacca ed alla Dott.ssa Serena Zacchigna dell'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB) dell'Area di Ricerca, di aiutarci con le loro competenze. In particolare l'interesse era rivolto ad impostare, con noi Cardiologi, un'analisi genetica per i pazienti



**PROTOCOLLI CARDIOLOGICI
PER IL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLO
SPORT AGONISTICO 1**

- Caratterizzata da sopraslivellamento >2mm in V1-V2 (V3) con morfologia "a tenda" o "a sella", associato o meno a ritardo di attivazione destra (BBD).
- Rischio di morte improvvisa per aritmie ventricolari maligne (tachicardia ventricolare sostenuta, fibrillazione ventricolare).
- I soggetti a maggior rischio sono quelli con storia familiare di **morte improvvisa o sincopi**, il valore predittivo dello SEE nei soggetti asintomatici è controverso.

Figura 6



**PROTOCOLLI CARDIOLOGICI
PER IL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLO
SPORT AGONISTICO 3**

I **familiari asintomatici** di soggetti affetti, anche se con ECG a riposo normale, non possono essere fatti idonei se non dopo l'effettuazione di test provocativi (flecainide), che escludano la presenza della BS.

Il comportamento nei **soggetti asintomatici** con **pattern ECG BS**, senza consanguinei con BS accertata e/o storia di morte improvvisa, non è al momento codificata.

Figura 7



**PROTOCOLLI CARDIOLOGICI
PER IL GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLO
SPORT AGONISTICO 2**

Malgrado non vi sia correlazione tra sforzo fisico ed aritmie, poiché la morte improvvisa avviene prevalentemente nel sonno salvo sporadici casi.



Si ritiene che NON debba essere concessa l'idoneità all'attività sportiva nella *Brugada Syndrome* sintomatica!

Figura 8

riconosciuti affetti da Sindrome di Brugada. La relazione ha percorso con estrema chiarezza le conoscenze finora raggiunte (Figure 9 e 10). La Dott.ssa Zacchigna che ha illustrato come poter studiare i pazienti ed ha dato inoltre il suggerimento di creare una banca del DNA per una possibilità futura di ulteriori ricerche in un campo tanto affascinante quanto ancora da esplorare (Figura 11).

La discussione

L'argomento ha creato forte interesse ed entusiasmo anche da parte di un non più giovane Cardiologo, il Prof. Camerini, che con la forza intellettuale, l'occhio attento alle novità ed il bisogno di conoscenza che da sempre lo hanno contraddistinto, ha coinvolto l'uditorio ed i Relatori in un dibattito molto vivace.

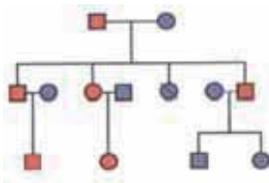
La proposta operativa

Alla fine della riunione il Dott. Tullio Morgera ha illustrato la proposta di creare un Registro Regionale dei pazienti affetti da Sindrome di Brugada raccogliendo anche i campioni per l'analisi genetica grazie alla collaborazione molto importante con l'ICGEB. Il Registro dovrebbe coinvolgere tutte le Cardiologie per la parte comune di raccolta dati clinici ed esami non invasivi e raccolta DNA; per le indagini invasive i pazienti verranno inviati ai Centri con elettrofisiologia ed emodinamica di riferimento.

La partecipazione è stata quantitativamente e qualitativamente molto elevata, ben 124 le presenze in sala. Quando leggerete queste pagine del giornale saremo alle prese con l'incontro del 14 marzo 2009 ... alla prossima!

EREDITARIETA' della SINDROME DI BRUGADA

La sindrome di Brugada è una condizione che si trasmette con ereditarietà autosomica dominante. E' perciò opportuno considerare l'estensione del counseling genetico anche ai familiari:



- **genitori** di un probando: la maggior parte dei soggetti affetti da sindrome di Brugada ha ereditato la mutazione responsabile da un genitore: la proporzione di casi che originano come mutazioni de novo è <1%. La valutazione dei genitori di un probando dovrebbe includere un ECG, la ricostruzione di casi di morte improvvisa nella storia familiare e, nel caso la mutazione nel probando sia diagnosticata, il test genetico.

- **fratelli** di un probando: il rischio dei fratelli dipende dall'assetto genetico dei genitori. Se un genitore è malato o porta una mutazione del gene SCN5A, il rischio di ogni fratello di aver ereditato la mutazione è del 50%; se la mutazione non viene riscontrata nei genitori, è possibile ipotizzare un caso di mosaicismo germinale o di mutazione de novo

- **figli** di un probando: ogni figlio di un individuo affetto da sindrome di Brugada ha il 50% di rischio di aver ereditato la malattia

Appare estremamente utile generare una banca di DNA per possibile uso futuro, in quanto è verosimile che le conoscenze sulle cause genetiche della malattia aumentino progressivamente (questa considerazione si applica particolarmente a quelle condizioni, come la sindrome di Brugada, per cui la sensibilità dei test attualmente disponibili è di molto inferiore al 100%).

Figura 9

NIH Public Access
Author Manuscript

Published as final edited version in:
Heart Rhythm, 2007; 6(6): 756-757.

Genetic basis of Brugada syndrome

Charles Antzelevitch, PhD, FHRIS
Masonic Medical Research Laboratory, Utica, New York

SCN5A: oltre 100 mutazioni associate alla sindrome di Brugada (15% dei probandi)

Il gene è lungo più di 100 kb e comprende 28 esoni

Nuovi geni implicati:

- CACNA1C
- CACNB2
- GPD1L
- SCN1B
- KCNE3
- Polimorfismi nel promotore del gene SCN5A: aploptio B, che consiste in 6 polimorfismi, da solo non causa sindrome di Brugada ma verosimilmente contribuisce ad un'incidenza maggiore in alcune popolazioni (ad esempio Asiatici), in combinazione con altri fattori sconosciuti
- Mutazioni introniche di SCN5A che determinano siti critici di splicing

Figura 10

Proposta di creare un REGISTRO e una BANCA di DNA per la sindrome di Brugada nel FVG

DNA BANK: any facility that stores DNA for future analysis
(American National Bioethics Advisory Commission)

Arruolamento di pazienti e famiglie con ECG tipico della sindrome Brugada (spontaneo o indotto); ogni individuo sarà inviato al seguente protocollo:

1. Incontro con medico cardiologo che provvederà informazioni relative al progetto, modalità e obiettivi
2. Raccolta del consenso informato (separatamente per l'inclusione nel registro e per il prelievo di DNA)
3. Prelievo di sangue e congelamento del buffy coat (per l'estrazione del DNA) e del siero (?)
4. Analisi genetica: ricerca di mutazioni e polimorfismi noti
sequenza del gene SCN5A
ricerca di associazione con polimorfismi nuovi?



Figura 11

Il Governo Clinico: una nuova prospettiva per il Cardiologo ospedaliero

54

di Furio Colivicchi

La professione medica attraversa un momento di particolare difficoltà. Nel Sistema Sanitario del nostro paese è in corso un profondo e rapido cambiamento dello scenario culturale, sociale ed economico. Le istituzioni tradizionali, i consolidati e certi punti di riferimento dell'agire clinico quotidiano sembrano meno validi, quasi evanescenti. Nell'insieme le prospettive appaiono incerte, mentre nuovi temi si affacciano e si affollano nell'arena clinica: efficacia ed efficienza delle cure,

Una risposta, ancora embrionale, incompleta, in parte confusa, sembra tuttavia emergere nel panorama sanitario contemporaneo: il Governo Clinico.

Cosa è il Governo Clinico (dall'inglese Clinical Governance)

L'idea del Governo Clinico (GC) nasce in Gran Bretagna, come frutto di una riflessione lunga e sofferta legata al duro cambiamento attraversato dal National Health Service britannico

La Cardiologia ospedaliera affronta una nuova sfida per il cambiamento del Servizio Sanitario Nazionale

Il Governo Clinico è un intervento articolato e complesso, che prevede un indirizzo univoco dei processi assistenziali in una visione di insieme, condivisa da tutti i diversi attori: management sanitario, medici, altre figure professionali, rappresentanze dei pazienti.

Questo modello si propone come alternativa alla visione del Sistema Sanitario come semplice analogo delle strutture industriali manifatturiere.

appropriatezza prescrittiva, indicatori di qualità delle cure, audit clinico, clinical governance, risk management, ospedali per intensità di cure. Di fronte a questi temi nuovi e complessi i medici sembrano confusi, stentano a trovare un percorso chiaro e condiviso. Come spesso è accaduto in passato, i singoli gruppi (universitari, ospedalieri, specialisti del territorio, medici di medicina generale) tentano iniziative isolate, autoreferenziali, quasi sempre velleitarie. Al contrario, solo una consapevolezza comune e proposte autorevoli e chiare potranno portare la professione medica al pieno superamento delle gravi difficoltà presenti. Eppure il medico è spesso disattento ai temi del management, forse a causa dei pressanti impegni clinici, ed ha grande difficoltà nel "leggere" e comprendere l'inevitabile processo di cambiamento in corso.

negli ultimi quindici anni. Questo approccio rappresenta una nuova strategia complessiva e di sistema, attraverso la quale le organizzazioni sanitarie nel loro insieme si adoperano per:

1. il continuo miglioramento della qualità delle cure erogate;
2. il raggiungimento ed il mantenimento di elevati standard assistenziali;
3. la creazione di un ambiente lavorativo che favorisca l'eccellenza professionale.

Il GC è quindi un intervento articolato e complesso, che prevede un indirizzo univoco dei processi assistenziali in una visione di insieme, sostanzialmente condivisa da tutti i diversi attori: management sanitario, medici, altre figure professionali, rappresentanze dei pazienti. Questo modello si propone come alternativa alla visione del Sistema Sanitario



Figura 1
Le aree di sviluppo del Governo Clinico

come semplice analogo delle strutture industriali manifatturiere. La visione industrialistica della sanità occidentale ha, infatti, dominato la scena negli ultimi anni, anche nel nostro paese, producendo distorsioni ed evidenti paradossi. Il GC vuole quindi favorire il superamento del modello imposto dall'alto ("top - down") della cosiddetta medicina "prestazionale" e delle "filieri produttive".

La definizione, la verifica ed il costante mantenimento di una elevata qualità per le cure erogate rappresenta il perno centrale, attorno al quale dovrebbe ruotare l'intero Sistema Sanitario. Il volume delle prestazioni non può più essere l'unico metro di giudizio e l'unica finalità operativa. In pratica, volendo uscire dall'astrazione, il GC pone al centro del Sistema Sanitario il paziente, con tutta la sua complessità clinica ed umana. L'obiettivo è l'erogazione tempestiva di cure sicure ed efficaci, fondate sull'evidenza scientifica, con costi sostenibili e piena soddisfazione dei pazienti. Il GC rilancia con forza concetti di grande rilevanza non solo organizzativa, ma anche etica:

1. centralità del paziente;
2. riconoscimento di bisogni reali di salute;
3. presa in carico;
4. alleanza terapeutica.

Obiettivi tanto ambiziosi possono essere realizzati solo con la convinta partecipazione di tutti i professionisti. Tutti gli operatori sono infatti chiamati ad una partecipazione attiva e consapevole, con piena condivisione degli obiettivi generali. Il medico specialista, il Cardiologo in particolare, dovrebbe quindi uscire dal suo

isolamento ed operare in un contesto integrato, favorendo con la propria professionalità la crescita delle altre figure.

In questo processo quindi, diversamente dal recente passato in cui le decisioni sono state imposte dall'alto, da un management aziendale, regionale e ministeriale inconsapevole e disattento, i clinici, che operano sul campo, devono recuperare un ruolo centrale. Il loro contatto quotidiano con il paziente li rende, infatti, consapevoli del reale bisogno di salute e gli permette di individuare problemi e soluzioni efficaci, nell'interesse generale. Lo sforzo congiunto di tutti i professionisti nella ricerca di una qualità assistenziale orientata verso il paziente può rappresentare il vero centro del cambiamento.

Nella Figura 1 sono scomposte le diverse attività che concorrono al GC. Queste sono:

1. efficacia, intesa come capacità di selezionare e porre in atto interventi in grado di modificare favorevolmente l'evoluzione delle malattie, rispondendo al bisogno di salute del paziente;
2. efficienza, intesa come uso razionale, sostenibile ed equo delle risorse, che consenta il conseguimento del miglior rapporto possibile tra risultati ottenuti e costi complessivi sostenuti;
3. appropriatezza, intesa come uso di prestazioni sanitarie efficaci che vengono erogate solo per i pazienti in cui vi è chiara indicazione clinica, al momento giusto ed al livello organizzativo ottimale;
4. miglioramento continuo della qualità, inteso come programma strutturato dell'organizzazione sanitaria e come capacità di identificare e disse-

minare innovazione e buone pratiche;

5. risk management, intesa come capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori;

6. formazione, intesa come capacità del sistema di sviluppare programmi di formazione e valutazione del personale i cui risultati siano misurabili e monitorati;

7. comunicazione, intesa come capacità di sviluppare buoni sistemi di comunicazione all'interno dell'organizzazione e con i pazienti;

8. opinione del cittadino - utente - paziente, intesa come capacità del Sistema Sanitario di tenere in considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazioni dei cittadini e di imparare da queste per il miglioramento della pratica clinica.

Nella Regione Lazio l'ANMCO si propone come un punto di riferimento per concorrere alla comprensione del cambiamento e per creare una cultura regionale condivisa del "Governo Clinico". I Cardiologi ospedalieri sono, come quasi sempre in passato, un'avanguardia culturale, consapevole delle grandi opportunità che il cambiamento offre. In particolare, l'ANMCO Lazio ha promosso il confronto con l'Agenzia Regionale di Sanità Pubblica e l'Assessorato Regionale alla Sanità, che ha già dato alcuni risultati interessanti. La prossima, imminente creazione del network regionale per le Sindromi Coronariche Acute (Progetto NET.SCA Lazio) darà ulteriori opportunità di collaborazione e di analisi. Ancora una volta l'ANMCO offre ai propri associati un supporto ed un aiuto concreto per superare difficoltà oggettive e seguire l'evoluzione di una realtà complessa.

CIACC: si gira

Primo Congresso Interassociativo di Cardiologia Clinica: "Il paziente visto dall'Ospedale e dal Territorio"

di Antonio Mafri

È stata una scommessa. Nel settembre 2007, in qualità di Presidente Regionale dell'ANMCO Lombardia e col nulla osta del Consiglio Direttivo Regionale, ho contattato i rappresentanti regionali delle Società Scientifiche "generaliste" aderenti alla FIC proponendo di fare insieme il Congresso regionale annuale. La proposta è stata subito accettata da tutti con entusiasmo. Con una fitta rete di telefonate ed e-mail e con soli tre incontri plenari abbiamo varato il primo Congresso InterAssociativo di Cardiologia Clinica: CIACC, come acronimo, molto vicino per assonanza al ciak cinematografico. Ed in effetti voleva essere il primo atto di un percorso realmente federativo all'interno della Regione Lombardia. Grazie all'entusiasmo del Comitato Scientifico (Antonio Mafri, Vittorio Giudici e Claudio Cuccia per ANMCO, Marco Metra, Cesare Fiorentini e Jorge Salerno per SIC, Andrea Macchi per SICOA, Giovanna Pantaleo per ANCE e Maurizio Marconi per ARCA) è stato realizzato questo primo Congresso, dal titolo impegnativo: "Il paziente visto dall'Ospedale e dal Territorio", tenutosi a Milano il 21 e 22 novembre 2008. Ad aprire i lavori un ospite illustre: il Presidente della FIC, Dott. Giuseppe Di Pasquale, che ha voluto essere presente a questo primo nostro incontro.

La prima Sessione dal titolo "Il mio paziente ha avuto una Sindrome Coronarica Acuta ed ha vinto un DES..." ha avuto come moderatori A. Mafri e A. Margonato, che ha presentato un caso paradigmatico, ed ha visto il

Dott. A. Macchi discutere sulla scelta e le problematiche relative ai BMS ed ai DES, il Dott. S. Savonitto sulla doppia terapia antiaggregante, il Dott. S. De Servi sul "Nightmare" attuale dei Cardiologi: tra emorragia e trombosi nel paziente che deve essere sottoposto a

chirurgia non cardiaca indifferibile. Infine la Dott.ssa P. Moser, della ASL della Città di Milano, che ha illustrato il significato positivo, dal punto di vista organizzativo e della gestione delle risorse, del piano terapeutico che noi Cardiologi ospedalieri vediamo come



Congresso InterAssociativo di Cardiologia Clinica

Milano, Hotel Michelangelo
21 e 22 Novembre 2008

Il paziente visto dall'Ospedale e dal Territorio

Sotto l'egida della
FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA



FIC Federazione Italiana di Cardiologia
Italian Federation of Cardiology

Organizzato dalle sezioni regionali Lombardia di
ANMCO, SIC, SICOA, ANCE e ARCA







Il paziente visto dall'Ospedale e dal Territorio

Milano, 21 e 22 Novembre 2008

Da sinistra: Dott. Salvatore Pirelli, Presidente ANMCO, Prof. Marco Metra

un obbligo burocratico e limitativo. Tutti gli argomenti hanno destato interesse e innescato un vivace ma equilibrato dibattito, in particolare con la Dott.ssa Moser, che ha sottolineato come dobbiamo considerarci tutti dalla stessa parte e che se vi sono problematiche di interesse particolare la ASL è disponibile per un confronto serio, per arrivare ad identificare categorie di pazienti per i quali poter prevedere percorsi terapeutici concordati, anche al di fuori delle rigide regole dei piani terapeutici. Questo mi è sembrato, nelle conclusioni che mi spettavano, un elemento di novità interessante, in quanto, oltre alla ormai consolidata collaborazione con la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, si apre la porta per una collaborazione diretta e ufficiale tra Società Scientifiche e ASL.

La seconda Sessione, "Abbiamo davvero qualcosa di nuovo in diagnostica e terapia?" moderata dal Prof. C. Fiorentini e dal Dott. F. Casolo, ha visto il Dott. E. Colombo illustrare pregi e limiti dell'AngioTC coronarica, la Dott.ssa G. Tamburini illustrare le nuove possibilità offerte dall'ecocardiografia tridimensionale e il Prof. F. Lombardi fare una panoramica sulle nuove molecole terapeutiche da poco immesse sul mercato italiano (Fondaparinux, Ivabradina) o in fase finale di sperimentazione.

Il pomeriggio è iniziato con una Lettura, tenuta dal Prof. L. Tavazzi, dal

titolo "Dove va la Cardiologia" con la quale ha ripercorso il cammino organizzativo e culturale della Cardiologia italiana ed ha messo in guardia verso le nuove tendenze (ospedale organizzato per livelli di intensità di cure) che rischiano di frammentare ancora di più, ed in maniera irreversibile, la Cardiologia come branca autonoma della medicina, obbligando a collaborazioni che, in molti casi, potrebbero rivelarsi pericolose per la specificità non solo del ruolo del Cardiologo, ma per la qualità di cure erogabili ai pazienti cardiopatici.

Si è passati quindi alla prima Sessione pomeridiana, moderata dal Dott. A. Gavazzi che ha introdotto il Simposio, e dal Prof. M. Metra, che lo ha concluso, dal titolo "Trattamento farmacologico e non dello Scompensato Cardiaco". Il Dott. F. Morandi ha introdotto l'argomento, puntualizzando il discorso su cosa si fa e cosa si dovrebbe fare dal punto di vista farmacologico; il Dott. A. Curnis ha toccato, con molto equilibrio, il delicato argomento dei criteri di selezione per l'impianto di un ICD - CRT nei pazienti con FE depressa; il Dott. A. Mortara ha invece trattato il problema della telemedicina ("Telesorveglianza nel paziente scompensato: serve? A chi, come e per quanto tempo") che potrebbe risolvere una parte non indifferente della gestione extraospedaliera del paziente scompensato cronico. Infine il Dott. G. Marenzi ha affrontato con

efficacia il tema della terapia diuretica e dell'ultrafiltrazione.

Dopo il break di rito, abbiamo ricominciato con il Simposio, moderato dal Dott. V. Giudici e dal Dott. G. Inama, su un altro argomento di grande diffusione ed impatto: "Fibrillazione atriale: che fare?".

Il Prof. J. Salerno Uriarte ha discusso sull'opportunità di puntare al controllo del ritmo o della frequenza; il Dott. G. Mascioli ha sottolineato il ruolo della terapia antiaritmica, e il Dott. R. Cappato quello della terapia transcatteterale. Ha concluso il Dott. F. Doni su come preparare il paziente alla cardioversione elettrica. Vivace è stato il dibattito innescato dagli argomenti trattati, tutti di estremo interesse pratico; l'equilibrio e la preparazione dei Relatori, e gli interventi del pubblico e dei Moderatori hanno reso la Sessione molto costruttiva, con utili precisazioni per la gestione di questa frequente patologia.

A concludere la giornata, la presentazione - prima italiana - dei risultati dello Studio Jupiter. Il Dott. G. Sponzilli ha introdotto lo Studio e illustrati gli interessanti risultati (esposti qualche settimana addietro al Congresso annuale dell'American Heart Association) che potrebbero cambiare un certo tipo di approccio alla prevenzione primaria in ambito cardiovascolare. Sabato mattina erano previsti due interessanti Simposi, il primo dei quali moderato dalla Dott.ssa G. Pantaleo



Da sinistra: Dott. Giuseppe Di Pasquale, Presidente FIC, Prof. Luigi Tavazzi

e dal Dott. M. Marconi, aveva come titolo “Dalla prevenzione cardiovascolare alla prevenzione cardio - vascolo - metabolica”.

Il Dott. F. Negri, Medico di Medicina Generale, ha affrontato l'argomento “Il mio paziente diabetico ed iperteso: come (non) applichiamo le Linee Guida”, presentando interessanti dati desunti da una osservazione in larga scala fatta da Medici di Medicina Generale. Il Dott. M. Ferratini ha efficacemente discusso dell'importanza, da tutti ammessa ma difficilmente applicata, dello stile di vita e dell'attività fisica sia nel soggetto sano che in quello già cardiopatico, mentre la Dott.ssa A. Frisinghelli (“Dalla Polipill al Polimeal: mangiare per vivere”) ci ha ricordato come in prevenzione primaria, in via teorica, si possa ottenere un egual vantaggio da una dieta varia ed equilibrata, rispetto all'assunzione cronica di basse dosi di più farmaci, e con un gusto decisamente maggiore. Ha chiuso la Sessione il Prof. M. Cortellaro che ha trattato l'interessante problema del paziente a rischio intermedio, mal valutabile con le usuali carte del rischio e con l'utilizzo dei classici fattori di rischio, sottolineando l'emergente concetto dell'utilità di ricercare l'insorgenza precoce di segni di danno d'organo, in grado di meglio prevedere il rischio di eventi cardio - cerebro - vascolari in questa categoria di pazienti.

Anche in questo caso, grande inte-

resse e vivace dibattito che ha sottolineato l'importanza della prevenzione primaria, nelle sue forme tradizionali o più innovative.

Per concludere un Simposio sulle problematiche delle pazienti donna, moderato da uomini (Dott. Salvatore Pirelli, Presidente ANMCO che ha introdotto l'argomento, e il Prof. M. Metra, che ha dovuto sostituire il Prof. Dei Cas), ma con sole Relatrici.

La Dott.ssa C. Falcone ha presentato i dati epidemiologici relativi alla cardiopatia ischemica nel sesso femminile, la Dott.ssa D. Trabattoni i risultati a medio e lungo termine della PTCA nelle donne; la Prof.ssa S. Nodari ha parlato dell'epidemiologia e le caratteristiche dello scompenso e la Dott.ssa G. Masciocco dei risultati della terapia medica e del trapianto cardiaco nel sesso femminile.

Anche in questo caso, le puntualizzazioni fatte nel corso delle interessanti e approfondite relazioni hanno consentito, nonostante fosse l'ultima Sessione di un sabato mattina, un proficuo dibattito.

Il primo CIACC è partito bene: questa esperienza (cinque Società Scientifiche insieme) si presentava con molte incognite ma alla fine è stata decisamente positiva; tutti i membri del Comitato Scientifico hanno espresso la loro reciproca soddisfazione, tanto da decidere di ripeterla nel 2009.

Il feedback, sia durante il Congresso che in seguito, è stato molto positivo,

da parte di tutti: partecipanti, relatori e Moderatori, sponsor. La partecipazione nel corso delle diverse Sessioni è stata sempre elevata (aula da 200 posti sempre piena); la discussione è stata sempre vivace e interessata, i messaggi diffusi, specie in alcune relazioni “tecniche” sono stati sempre improntati alla moderazione e all'equilibrio, come si conviene ad un Congresso indirizzato a professionisti con differente background ed esperienza lavorativa. È stata inoltre aperta una possibilità di confronto ed interazione con la ASL della Città di Milano. L'organizzazione dell'evento è stata impeccabile, grazie anche alla generosità degli sponsor, e questo ha reso più gradevole il tutto.

Crediamo, pubblicizzando questa nostra esperienza, di poter dare un fattivo contributo al processo federativo, dimostrando che, nel rispetto delle reciproche identità e finalità (sulla locandina erano presenti i loghi delle Società aderenti, assieme a quello della FIC) è possibile collaborare e percorrere strade comuni, soprattutto se teniamo in debita considerazione che uno dei nostri obiettivi di Società Scientifica dovrebbe essere quello della diffusione e condivisione della cultura per curare meglio i nostri pazienti.

Nuovi scenari per la Cardiologia: dubbi e certezze sugli ospedali per intensità di cura

di Roberto Accardi

Ottima idea “tentare di prospettare una città del sole è sempre un rischio che però è morale correre”, ma ... con juicio

Partendo dagli snodi della qualità assistenziale in ospedale prospettati da Mario Chiatto e Francesco M. Bovenzi nel numero 166 (novembre - dicembre 2008) di *“Cardiologia negli Ospedali”*, vorrei proporre alcune brevi considerazioni.

Organizzazione, efficacia, efficienza e benessere percepito

Nel nuovo ospedale vedo la valorizzazione del Medico Internista, colonna della Medicina, e del Medico Intensivista nei livelli di assistenza più critica; però, in una organizzazione in cui il paziente viene ricoverato in un'area funzionale e dinamica la percezione del benessere da parte dell'utente potrà essere meno chiara: infatti non credo che riuscirà a comprendere quale specialista si “dedicherà” al “suo” cuore. Il paziente si troverà al centro del percorso diagnostico - assistenziale, ma rimane il dubbio che possa essere disorientato tra il Tutor e lo specialista. Inoltre non mi pare un progresso l'assegnazione del paziente al Medico da parte del Direttore della specialità di riferimento.

Appropriatezza, correttezza delle cure e dell'uso delle risorse

La correttezza diagnostico - prescrittiva sarà affidata a Medici Internisti e Rianimatori? Diminuirà il numero dei medici specialisti che potranno con

maggior cognizione di causa proporre esami del proprio settore, ma probabilmente aumenteranno le richieste di esami da parte di non specialisti, forse, non del tutto appropriati.

E ci auguriamo che non venga escluso il Cardiologo dell'UTIC, cardine della cura intensiva cardiologica, sia per esperienza che per bagaglio culturale. Altro punto da discutere se appropriatezza sia trasformare DEA e terapie intensive in efficaci “agenzie di viaggio” verso unità operative specialistiche (Università), mutuando l'espressione di Giuseppe Vergara.

Innovazione, diagnostica, terapeutica, tecnologica, informatica

Sicuramente lo specialista correrà il rischio di perdere le redini cliniche del paziente e diventare, quindi, un mero esecutore di esami o di procedure diagnostiche senza forse poter intervenire direttamente nel percorso clinico o, peggio, dimenticando la semeiotica classica. Un possibile vantaggio potrebbe essere l'auspicato rinnovamento delle apparecchiature, appannaggio attualmente di specialità più tecnologiche.

Interattività, completezza e continuità assistenziale

Senza dubbio la figura del Medico Tutor, con determinate caratteristiche (incaricato per un periodo lungo, dedicato, etc.) avvantaggerà l'assisten-

za, la sua continuità ed il rapporto Medico - Paziente, ma l'ANMCO ha da tempo valorizzato la Clinical Competence del Cardiologo, deputato a coordinare l'attività del reparto cardiologico e seguire il Paziente con l'obiettivo di favorire la “continuità” assistenziale in ambito cardiologico e nessun altro specialista credo possa avere altrettanta competenza.

Umanizzazione, centralità della persona

Sì all'individuazione di un Medico come punto di riferimento per Paziente e famigliari (ora non è così?), ma da chi avranno notizie: dal Tutor o dallo Specialista? Vedo, peraltro, uno sviluppo positivo della figura dell'Infermiere professionale, con compiti più ampi (case management), e maggior burocrazia.

Nuovo valore pertanto al concetto di gruppo, ma credo più difficoltoso per il “racordo dei saperi e delle pratiche”, a meno che in questo si possa ravvisare la possibilità che un Medico richieda esami e i Cardiologi li eseguano.

Socialità, appartenenza e solidarietà

Credo che l'appartenenza alla comunità cardiologica possa venire meno, in quanto potremmo essere interpellati (solo?) come Ecocardiografisti, Emodinamisti, Elettrofisiologi, o, come Cardiologi “invasivisti”

o “non invasivisti”, rischiando di ridurci a Medici con spiccato riflesso “oculostenotico”. Una non proficua frammentazione peraltro già in atto in alcune Aziende con la separazione dei Cathlab dalle Cardiologie.

Temo che i Cardiologi ospedalieri possano venir privati della parte clinica e assistenziale che verrebbe, mi pare di capire, salvaguardata nei Centri Universitari.

Affidabilità, sicurezza e tranquillità

Termini che stenteranno a convivere concentrando la responsabilità, sia pur condivisa con lo specialista, della diagnosi e delle cure al Medico di riferimento, a cui potranno afferire pazienti con diverse patologie, in un momento in cui l'evoluzione delle conoscenze mediche appare come non mai veloce e specialistica.

Urbanità, integrazione con il territorio e la città

Il nuovo tipo di ospedale, a cui accennava Mario Chiatto (zona periferica, in vetro, 400 posti letto, etc.) potrebbe invece essere il nuovo concetto dell'ospedale tradizionale, attorniato da ospedali più piccoli, ma dedicati a riabilitazione, lungodegenza, di cui tutti noi abbiamo necessità, e con maggior legame con le strutture territoriali, con il risultato di una diminuzione dei ricoveri, un più rapido turnover di posti letto negli ospedali per acuti e l'inutile ripetizione di esami diagnostici.

Ricerca, impulso all'approfondimento intellettuale e clinico - scientifico

Il Cardiologo, nella tradizione della nostra specialità, una volta liberato della assistenza diretta, potrebbe dedicarsi forse con maggior tranquillità alla ricerca ed all'approfondimento scientifico relativo al proprio campo di interessi.

Formazione, aggiornamento professionale e culturale

Fondamentale per tutti i Medici, sarà obbligatorio e vorticoso per il Medico Tutor, che dovrà tenersi aggiornato in diversi campi, a discapito però dell'approfondimento delle diverse tematiche.

A questo punto mi viene il dubbio se sia giusto correre un rischio simile, o prematuro; è da chiedersi se questi nuovi modelli siano conseguenze di filosofie futuristiche a cui non siamo preparati, o semplicemente siano il risultato di una prevedibile carenza di figure di specialisti Cardiologi per errata programmazione cui si cerca di mettere un rimedio con un modello organizzativo “funzionale”.

Nella difesa non corporativa, ma culturale della Cardiologia italiana, credo che non ci resti che concordare con Francesco M. Bovenzi sulla necessità dell'implementazione: dei Dipartimenti Cardiovascolari (da decidere se strutturali, funzionali, extra oppure ospedalieri, aziendali, interaziendali); del concetto di Rete cardiologica sia

per acuti che per i cronici.

Nel Dipartimento ritroveremo la spinta propulsiva nel campo assistenziale (migliori percorsi diagnostico - assistenziali), in quello formativo e didattico, nel coordinamento dell'attività di ricerca e nell'organizzazione di programmi di informazione sanitaria. Nella Rete, modello peraltro già di notevole successo, trova forma definitiva l'integrazione e la funzione complementare delle diverse strutture ospedaliere e territoriali, tramite l'adozione di protocolli comuni e condivisi. Penso che dovremmo essere positivamente critici nei riguardi di questo ulteriore tentativo di disgregazione cui potrebbe andare incontro la nostra Cardiologia.

Il nostro compito sarà quello di essere protagonisti con la volontà di rinnovamento dimostrata dalla vivace ricerca e dalle proposte di aggiornati modelli di cura per acuti e cronici, confermando come la Cardiologia ospedaliera rappresenti un modello culturale valido e competitivo, da tenere in considerazione nella programmazione sanitaria locale e nazionale.



Implementazione regionale della “Consensus Conference sui Percorsi Assistenziali del Paziente con Scompenso Cardiaco”

di Gianni Gaschino

Dopo la pubblicazione nel 2006 della “Consensus Conference” sullo Scompenso Cardiaco e l'avvio del progetto di implementazione locale, divenuto poi progetto FIC, ogni Consiglio Direttivo Regionale ha identificato un Referente per coordinare un tavolo di lavoro intersocietario coinvolgente le Società Scientifiche firmatarie del documento di Consensus, per effettuare un'analisi della situazione locale relativa alla gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco e per elaborare proposte operative da sottoporre alle Istituzioni Sanitarie Regionali. In Piemonte il tavolo intersocietario, a cui hanno partecipato i rappresentanti di 12 Società Scientifiche (T. Orlando per l'AIMEF, L. Fontana per l'ANCE, G. Gaschino per l'ANMCO, D. Casalucci per l'ARCA, C. Norbiato per la FADOI, G. Macchia per il GIRC, S. Bergerone per la SIC, L. Corsinovi per la SIGG, F. Mecca per la SIMEU, A. Pizzini per la SIMG e A. Mazzillo per la SNAMID), si è riunito periodicamente nel 2007 ed ha prodotto un

documento con indicazione di percorsi diagnostico assistenziali ispirato alle indicazioni della Consensus ma con impronta originale codificando dei parametri minimi di gestione in base allo stadio di malattia (stadio A - B - C - D secondo la classificazione della AHA - ACC ed universalmente accettata).

A seconda del crescente stadio e del relativo impegno gestionale il ruolo di “case manager” passa dal Medico di Medicina Generale (MMG) allo Specialista Cardiologo dotato di specifica esperienza e di supporto strumentale adeguato, pur con un feedback continuo con il MMG per la gestione delle fasi di stabilità e con altri specialisti per il trattamento delle patologie concomitanti. La richiesta di confronto con l'interlocutore istituzionale è stata accolta in quanto nello stesso periodo l'Assessorato alla Salute della Regione aveva dato mandato all'Agenzia dei Servizi Sanitari ARESS di elaborare percorsi diagnostico assistenziali per le principali patologie croniche tra



cui lo Scoppio Cardiaco. Il gruppo intersocietario è quindi confluito in un Comitato Operativo e nel 2008 ha elaborato due percorsi che in seguito ad una delibera regionale verranno proposti alle ASL: un percorso intraospedaliero del paziente con Scoppio Cardiaco de novo e/o instabilizzato ed uno ospedale/territorio con gestione prevalentemente territoriale dei pazienti in stadio A, B e C stabili con programma di follow - up secondo i parametri minimi del documento intersocietario.

Sono stati inoltre individuati degli indicatori di processo e di risultato che l'Assessorato Regionale intende monitorare nel tempo.

Per presentare alla Comunità Scientifica ed ai responsabili aziendali questo progetto sono stati previsti quattro eventi formativi nei quattro quadranti della Regione (Torino, Cuneo, Novara ed Alessandria) previsti nel corso del 2009. Ogni corso ha lo scopo di fare una puntualizzazione aggiornata degli aspetti clinici diagnostico - terapeutici dello Scoppio Acuto e Cronico e presentare le due proposte di percorso elaborate.

Si concluderà così la fase progettuale che ha visto una collaborazione tra clinici e decisori istituzionali definita unica dagli stessi funzionari dell'Assessorato. Rimane da applicare "sul campo" quanto programmato identificando in ogni ASL (o probabilmente in fase sperimentale soltanto in qualche situazione locale) figure di riferimento e potenziando strutture esistenti o creandone di nuove. È a questo punto che si metterà alla prova la possibilità di applicare i nostri progetti ed il sogno nato ormai tre anni fa con il Documento di Consensus.

Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia

di *Teresa Pascente*

Cardiologi, Diabetologi, Neurologi, non solo pugliesi, si sono incontrati e hanno discusso circa l'approccio più corretto da mettere in atto di fronte al paziente ad alto rischio cardiovascolare nell'attuazione della prevenzione primaria e secondaria e nella diagnosi e cura delle sindromi cardio - cerebrovascolari acute

È stata messa in risalto l'utilità di attenersi alle Linee Guida delle Società Scientifiche in materia

Il 30 ottobre 2008 si è svolto a Bari, il Seminario di Aggiornamento sul paziente ad alto rischio cardiovascolare, che ha fatto seguito all'evento "Start up" che si è tenuto a Firenze il 30 maggio 2008. È stata una giornata full immersion in cui il soggetto con alto rischio cardiovascolare è stato esaminato a fondo nel profilo di rischio basale e in corso di eventi acuti cardio o cerebrovascolari. Il Seminario, rivolto a Cardiologi e Internisti e Neurologi, è stato disegnato come un mix tra un "back to school", con la trattazione di argomenti di fisiopatologia tradizionale ed un aggiornamento degli approcci diagnostici e terapeutici in tema di malattia cardiovascolare acuta e prevenzione, condotto con metodica interattiva. L'intero processo di aterogenesi è stato presentato come un continuum, dalla formazione della placca alla sua progressione ed infine alla destabilizzazione con l'evento clinico della sindrome cardiovascolare acuta, sia coronarica che cerebrovascolare. Così le relazioni affidate a specialisti sia pugliesi che provenienti da altre regioni, si sono succedute affrontando gli argomenti secondo la consecutio temporum del processo, affrontando sia le tematiche cardiologiche sia neurologiche. L'organizzazione dell'even-

to è stata coordinata dal Dott. Pasquale Caldarola - Presidente uscente del Consiglio Direttivo ANMCO Puglia e attualmente Consigliere ANMCO - e dall'attuale Presidente ANMCO Puglia, Dott. Alessandro Villella. I Moderatori sono Cardiologi impegnati da tempo nell'ANMCO sia in ambito pugliese che nazionale. Sono intervenuti i Dottori Mario Chiatto (Cosenza), Alessandro Villella (Lucera), Antonio Butera (Lamezia Terme), Giovanni Battista Barone (Andria), Italo De Luca (Bari), Filippo Boscia (Monopoli), Francesco Magliari (Lecce). I Relatori, scelti tra i professionisti ospedalieri delle diverse province pugliesi, hanno dimostrato come ci sia anche in diverse realtà ospedaliere, omogeneità nella gestione clinica ed una comune forte ispirazione alle Linee Guida europee nella scelta della strategia più appropriata, nella valutazione del bilancio tra rischi e benefici di ogni trattamento e nel corretto utilizzo delle risorse anche in termini di economia sanitaria. Dopo la presentazione del Seminario e delle sue finalità da parte del Dott. Mario Chiatto (Cosenza), ha aperto i lavori il Dott. Vincenzo Lenti (Taranto) che ha relazionato sui meccanismi fisiopatologici di progressione del danno aterosclerotico e cardiaco e ha

sottolineato l'importanza di concentrare le risorse cliniche nella prevenzione primaria degli eventi cardiovascolari, cercando di trattare già dalle prime fasi, ancora non complicate e reversibili, il processo aterosclerotico. Al Dott. Sergio Pede (S. Pietro Vernotico) è stato affidato il tema della valutazione comparata tra rischio coronarico e rischio di stroke, che ha trattato approfonditamente i punti di convergenza tra i due eventi.

La seconda Sessione della mattinata ha visto i Relatori (Dott. Salvatore De Cosmo di San Giovanni Rotondo, Dott. Carlo D'Agostino di Bari, e Prof. Marco Matteo Ciccone di Bari) affrontare il tema della patologia diabetica, delle alterazioni del metabolismo lipidico e degli endpoint intermedi di aterosclerosi. La patologia diabetica, oramai considerata come equivalente di patologia cardiovascolare, è stata inquadrata sotto l'aspetto della stratificazione del rischio, degli algoritmi diagnostici e della gestione terapeutica più adeguata.

Il pomeriggio è stato dedicato alle sindromi cardiovascolari acute e alla prevenzione secondaria. È intervenuto il Prof. Francesco Federico (Bari) che ha presentato l'iter diagnostico della patologia cerebrovascolare acuta, della prevenzione secondaria e della terapia farmacologica e interventistica. Del trattamento farmacologico della aterotrombosi ha trattato il Dott.

Massimo Uguccioni (Roma) che si è soffermato in particolare sulla terapia antiaggregante e ipocolesterolemizzante, sulla loro farmacodinamica, sulle associazioni farmacologiche, facendo riferimento alle Linee Guida e ai più recenti trial clinici. Di Sindromi Coronariche Acute, stratificazione del rischio, opzioni terapeutiche, follow - up hanno trattato la Dott.ssa Tina Greco (Casarano) e il Dott. Gianfranco Ignone (Brindisi). In particolare dal Dott. Ignone è stato dato risalto all'importanza della chiarezza di informazioni da dare al paziente e al suo medico curante, al momento della dimissione dall'ospedale dopo una sindrome cardiovascolare acuta, con chiare e precise indicazioni circa la terapia farmacologica, la sua durata, i controlli e i test diagnostici indicati nel follow - up. Interessante è stato anche il tema della stratificazione del rischio dopo procedure di rivascolarizzazione, in particolare dopo recidiva di eventi ischemici (Dott. Alfredo Marchese, Bari). Molto è stata apprezzata la presentazione dei casi clinici che ha visto l'intervento interattivo dei partecipanti circa il corretto e ragionato iter diagnostico e terapeutico, ispirato alle Linee Guida e calato nella realtà quotidiana degli ambulatori medici e degli ospedali sparsi nel territorio. Con il primo caso clinico, presentato dalla Dott.ssa Tiziana Mazzella (Lecce), è stato affrontato il tema del pa-

ziente ad alto rischio cardiovascolare, e quindi della prevenzione primaria. Il secondo caso clinico è stato quello di una sindrome cardiovascolare acuta, in particolare di un infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento ST presentato dalla Dott.ssa Teresa Pascente (Taranto), che ha coinvolto in modo attivo la platea circa la corretta impostazione diagnostica, la stratificazione del rischio e il più appropriato approccio terapeutico. L'evento si è concluso con la percezione di apprezzamento da parte dei medici che sono intervenuti, per la rilevanza del tema affrontato, per la chiarezza degli argomenti e la modalità interattiva, che ha consentito in un clima di "professional friendship", l'intervento di ognuno che volesse esporre dubbi, domande, suggerimenti o proprie personali esperienze. L'auspicio è stato quello di organizzare nuovi eventi con questa impronta, già peraltro programmati, su tematiche cardiovascolari di grosso impatto e interesse clinico, per richiamare l'attenzione sulle Linee Guida delle Società Scientifiche internazionali.

Progetto sperimentale per la ricerca di nuovi percorsi nella continuità assistenziale e gestione integrata territoriale dei pazienti con Scompenso Cardiaco

di A. Mauric, P. Teclème, G. Pintor

L'obiettivo generale del progetto è quello di costituire una rete assistenziale, diffusa nel territorio, con l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri che permetta la diagnosi e cura permanente dei pazienti con Scompenso Cardiaco (SC). Lo SC è la "favorevole" evoluzione nella maggioranza dei processi patologici che colpiscono il cuore. La prevalenza dello SC nella popolazione generale delle società occidentali è intorno al 2%, se a questa si somma la disfunzione asintomatica del ventricolo sinistro si arriva al 4%. La prevalenza dello SC cresce rapidamente con l'aumentare dell'età, tanto che nell'intervallo compreso tra 70 e 80 anni la prevalenza si attesta tra il 10% ed il 20%. L'aumentata aspettativa media di vita con il conseguente invecchiamento della popolazione, la ridotta mortalità per cause cardiovascolari (in particolar modo in seguito ad eventi coronarici) ed il notevole miglioramento delle opportunità terapeutiche dello SC, che permette a molti di questi pazienti di raggiungere età avanzate, rendono facilmente prevedibile un enorme aumento dell'incidenza e della prevalenza dello SC nella nostra popolazione.

La popolazione di riferimento della nostra Azienda è quella del Nord - Est della Sardegna. L'Area in cui è attiva la ASL 2 della Regione Autonoma della Sardegna è suddivisa in due distretti, Olbia e Tempio, che hanno una struttura demografica molto differenziata. La Figura 1 ed il Grafico 1 evidenziano i dati di popolazione del territorio di riferimento (Dati ISTAT al 01.01.2007).

Gli ambulatori ospedalieri dedicati alla cura dei pazienti con SC non riescono ad evadere, in tempi ragionevoli, le aumentate richieste di esami e consulenze, con l'inevitabile formazione di lunghe liste di attesa per pazienti estremamente fragili, il cui rischio di instabilizzazione è spesso talmente alto, che anche il ritardo di pochi giorni di una revisione terapeutica o comportamentale può portare ad un notevole peggioramento del quadro clinico ed ad un nuovo ricovero ospedaliero: il ricorso al ricovero ospedaliero per la soluzione di questi problemi non è appropriato ed ha dei costi insostenibili per qualsiasi sistema sanitario. Nell'ambito del territorio sopra descritto i ricoveri per codice ICD9 428xx, ovvero ricoveri aventi come diagnosi principale di

| | DISTRETTO DI OLBIA | DISTRETTO DI TEMPIO | ASL 2 | SARDEGNA |
|----------------|-----------------------|------------------------|---------|-----------|
| POP TOTALE | 116.792 | 30.595 | 147.387 | 1.659.443 |
| POP 0-14 ANNI | 15.856 | 3.792 | 19.648 | 210.155 |
| POP 15-64 ANNI | 82.730 | 20.580 | 103.310 | 1.150.831 |
| POP 60-74 ANNI | 17.070 | 5.181 | 22.251 | 257.611 |
| POP ≥75 ANNI | 7.689 | 2.882 | 10.571 | 136.060 |

Figura 1

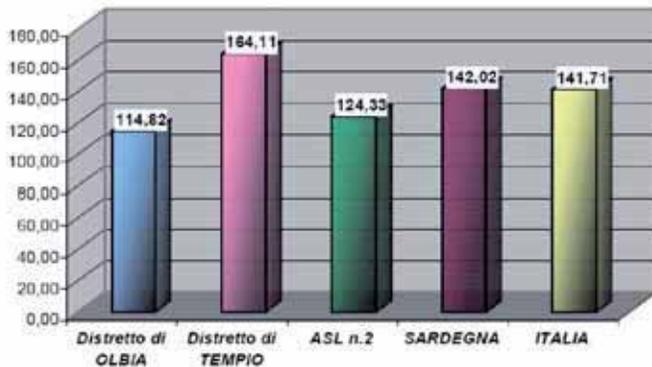


Grafico 1
 Confronto dell'indice di vecchiaia nella popolazione del Distretto di Olbia, del Distretto di Tempio, della ASL 2, della Sardegna e dell'Italia

dimissione lo Scompensato Cardiaco sono cresciuti in modo notevole negli ultimi anni (considerare le sole dimissioni con DRG 127 sottostima il fenomeno).

Le difficoltà insormontabili incontrate dagli ambulatori ospedalieri sono, fondamentalmente, causate dallo scollamento e mancanza di comunicazione tra le varie figure sanitarie, che intervengono nella gestione dei pazienti fragili e dalla scarsa abitudine a trattare lo scompensato cardiaco da parte dei medici del territorio, che li porta a richiedere frequenti consulenze specialistiche aumentando così le già lunghe liste di attesa. Lo scopo del nostro progetto è:

- costruire una rete territoriale che preveda la continuità assistenziale;
- realizzare "uno stato" di comunicazione/formazione continua ed integrazione culturale ed operativa tra le diverse figure sanitarie coinvolte:

Medici di Medicina Generale (MMG)

Specialista Cardiologo ospedaliero (CO)

Infermiera di comunità (IC)

Familiari

Personale Volontario Formato (PVF) inteso genericamente come Care - Giver;

- prevedere dei percorsi preferenziali per la gestione intra - ospedaliera degli accessi, non programmati, dei pazienti con SC (in particolare per quelli reclutati nella gestione integrata) FastTrack intra - ospedaliero.

L'impossibilità di applicare modelli predefiniti, a causa dell'estrema variabilità delle realtà socio - familiari, economiche e territoriali della ASL

Olbia 2, ha reso necessaria una prima fase del progetto limitata a pochi comuni durante la quale si sta cercando di elaborare un progetto definitivo: passare dalla teoria alla pratica. Si sono individuate delle "aree primarie" di intervento, caratterizzate da una certa omogeneità di popolazione ed accessibilità viaria che, per maggiore coerenza con le finalità del progetto, sono state fatte coincidere con gli ambiti territoriali della assistenza primaria della programmazione regionale. I comuni scelti per l'inizio del nostro progetto sono stati San Teodoro (circa 4.000 abitanti) e Budoni (circa 5.000 abitanti). Nel mese di luglio 2008 nel corso di brevi incontri tra il CO ed i MMG del comune di San Teodoro è stato presentato il progetto ed è stato chiesto ai MMG di selezionare tra i propri assistiti coloro che presentavano criteri diagnostici per SC o che avessero avuto recenti ricoveri ospedalieri per SC, di richiedere loro una serie di esami ematochimici (Tabella 1) e di indirizzarli alla visita di arruolamento. Contemporaneamente sono stati organizzati dei brevi corsi per la formazione dei volontari sulle problematiche dello SC nei comuni di San Teodoro e Budoni (formazione/comunicazione continua). Tali pazienti sono stati visitati dal CO (continuità assistenziale) in un ambulatorio nel comune di San Teodoro (rete territoriale) nella maggior parte dei casi assieme ai loro rispettivi MMG (gestione integrata e formazione/comunicazione continua) ed arruolati nel progetto. Durante la visita di arruolamento venivano inserite le informazioni tramite un sistema informativo web

based (tuttora in continua evoluzione) e quindi, in un prossimo futuro, fruibile da tutti i soggetti coinvolti nella assistenza in base al profilo di accesso attribuito. L'applicazione consente il caricamento di vari parametri (Tabella 2) e permette una automatica programmazione delle successive visite, in base alla gravità del quadro clinico, per ottimizzare la terapia e stabilizzare il paziente. Nei tre mesi successivi (agosto, settembre e ottobre 2008), dopo aver titolato i farmaci, eseguito gli ulteriori ed appropriati esami ematochimici che alcuni farmaci per lo SC necessitano, stabilizzato clinicamente i pazienti e fornito loro una serie di consigli comportamentali (soprattutto dietetici) è stato stilato un programma di interventi periodici personalizzato in base alla gravità del quadro clinico dei pazienti. Sostanzialmente è stata seguita la classificazione della New York Heart Association (NYHA), solo in pochi casi quando la classe NYHA era I ma la frazione di eiezione era inferiore a 40% abbiamo scelto di inserire quei pazienti insieme ai pazienti in classe II, nella quale il livello di attenzione era un po' più elevato. L'unico criterio di esclusione è stato rappresentato da assenza di certezza della terapia.

Gruppo 1 (Pazienti in classe NYHA I con EF > 40%)

- ECG e consulenza cardiologica con update del database ogni 12 mesi;
- ecocardiogramma ogni 24 mesi;
- esami ematochimici (Tabella 1) ogni 6 mesi;
- compilazione di una scheda (a distanza di 6 mesi da ogni ECG e consulenza cardiologica) da parte di

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------|-------|-------|-------|------|-------|--------------|
| N. ricoveri | 170 | 165 | 199 | 342 | 351 | 420 stima |
| Tasso x mille abitanti | 134,2 | 128,7 | 153,5 | 232 | 238,1 | 277,5 |

Gli abitanti sono quelli residenti all'1 gennaio di ogni anno
La stima dei ricoveri 2008 è stata fatta raddoppiando i ricoveri dei primi 6 mesi dell'anno 2008

Figura 2

| Obiettivi | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | L'individuazione del distretto come sede strategica per l'attuazione, all'interno di strutture poliambulatoriali, del percorso integrato di cura; |
| 2 | L'individuazione di risorse specialistiche in ogni presidio in grado di garantire la gestione del paziente assicurando la continuità assistenziale all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera anche con il coinvolgimento del medico di medicina generale e dello specialista ambulatoriale; |
| 3 | La predisposizione di Linee Guida per la formazione del personale, l'organizzazione aziendale, i percorsi diagnostico - terapeutici. |

Figura 3

PVF con misurazione di vari parametri (Tabella 3) da consegnare all'IC;

- valutazione delle schede da parte del MMG e IC (formazione/comunicazione continua) e decisione su eventuali interventi ogni volta che la scheda viene compilata.

Gruppo 2 (Pazienti in classe NYHA II e I con EF \leq 40%)

- ECG e consulenza cardiologica con update del database ogni 12 mesi;
- ecocardiogramma ogni 24 mesi;
- esami ematochimici (Tabella 1) ogni 6 mesi;

- compilazione di una scheda (ogni 3 mesi dopo ogni ECG e consulenza cardiologica) da parte di PVF con misurazione di vari parametri (Tabella 3) da consegnare all'Infermiera di Comunità;

- valutazione delle schede da parte del MMG e IC (formazione/comunicazione continua) e decisione su eventuali interventi ogni volta che la scheda viene compilata.

Gruppo 3 (Pazienti in classe NYHA III)

- ECG e consulenza cardiologica con

update del database ogni 6 mesi;

- ecocardiogramma ogni 12 mesi;
- esami ematochimici (Tabella 1) ogni 3 mesi;

- compilazione di una scheda (ogni 3 mesi dopo ogni ECG e consulenza cardiologica) da parte di personale volontario formato con misurazione di vari parametri (Tabella 3) da consegnare all'Infermiera di Comunità;
- valutazione delle schede da parte del MMG e Infermiera di Comunità (formazione/comunicazione continua) e decisione su eventuali interventi ogni volta che la scheda viene compilata.

Gruppo 4 (Pazienti in classe NYHA IV)

- ECG e consulenza cardiologica con update del database ogni 3 mesi;
- ecocardiogramma ogni 6 mesi;
- esami ematochimici (Tabella 1) ogni 3 mesi;

- compilazione di una scheda (ogni mese dopo ogni ECG e consulenza cardiologica) da parte di PVF con misurazione di vari parametri (Tabella 3) da consegnare all'IC;

- valutazione delle schede da parte del

MMG e IC (formazione/comunicazione continua) e decisione su eventuali interventi ogni volta che la scheda viene compilata.

La radiografia del torace (che in molti ambulatori dello SC è presente nel programma di follow - up) è stata da noi un po' accantonata ed inserita solo in poche situazioni (sospette infezioni polmonari) per ridurre l'esposizione a radiazioni ionizzanti ed i disagi organizzativi per i pazienti. Il MMG è stato fortemente invitato a contattare telefonicamente o via e - mail il CO ogni volta che lo ritenga necessario ed incoraggiato a proporre modifiche al progetto, inoltre sono stati previsti degli audit ogni 3 mesi per confrontarsi sulle criticità eventualmente rilevate da ognuna delle figure operative coinvolte (formazione/comunicazione continua).

Qualora si assista ad un peggioramento della classe NYHA il percorso assistenziale da noi previsto è il seguente:

1) da I a II classe

- controllo MMG con ricerca di cause

scatenanti, controllo della compliance terapeutica e colloquio telefonico con il CO per eventuali variazioni terapeutiche;

- consulenza CO (insieme al MMG) se il problema non viene risolto entro 15 giorni.

2) *da II a III classe*

- consulenza CO (insieme al MMG) con approfondimenti diagnostici, variazioni terapeutiche (eventuale terapia infusiva domiciliare);

- ricovero in Day Hospital se il problema non viene risolto entro 15 giorni.

3) *da III a IV classe*

- in assenza di chiare cause scatenanti e risolvibili a domicilio si impone il ricovero ospedaliero.

Poiché la storia naturale dello SC prevede (purtroppo) il peggioramento graduale delle classi NYHA, dobbiamo, dopo aver escluso cause risolvibili, accettare che il paziente precedentemente assegnato ad una classe possa, da quel momento in poi appartenere ad una classe successiva.

Il progetto è stato ideato in stretta collaborazione con il Dott. Francesco Mazzuoli (Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze) e concepito con l'intento di perseguire gli obiettivi di Piano previsti dal PSR 2006 - 2008 della Regione Sardegna.

Benefici attesi

La gestione integrata del paziente fragile con SC e le problematiche legate alla continuità assistenziale, come sopra descritto, rappresentano temi emergenti e di grosso impatto per il SSN. La continuità assistenziale e la gestione integrata rappresentano gli

strumenti indispensabili per assicurare sostenibilità ai sistemi sanitari e prestazioni di eccellenza ai cittadini. I benefici attesi dal progetto sono di diversa natura.

Benefici soggettivi: miglioramento della qualità della vita del paziente con SC; riduzione degli episodi di instabilità clinica.

Benefici organizzativi: miglioramento della organizzazione territoriale aziendale con l'individuazione di aree territorialmente omogenee che possano costituire un modulo/modello organizzativo estensibile all'intera azienda e ad alla gestione integrata di altre patologie croniche ad alta incidenza; accrescimento della collaborazione tra le professionalità mediche e accrescimento culturale.

Benefici di appropriatezza: riduzione dei costi, prevalentemente legata alla riduzione dei ricoveri e degli accessi ospedalieri, sia in PS sia ambulatoriali; definizione di profili diagnostico terapeutici assistenziali con miglior gestione dei percorsi sia territoriali sia intraospedalieri e miglior uso dei farmaci.

Gli Indicatori di percorso

- n° di pz arruolati/n° pz attesi per area territoriale definita (>50%);
- n° di pz che completano gli incontri di gruppo/pz arruolati (>70%);
- n° di pz che portano a termine il follow - up/pz arruolati (>70%).

Indicatori di risultato:

- riduzione delle giornate di degenza (DRG 127) nei pz arruolati/giornate di degenza (DRG 127) nell'anno precedente all'arruolamento;

- numero dei reingressi anno (DRG 127) pz arruolati/numero dei reingressi nell'anno precedente (DRG 127);

- miglioramento della qualità di vita valutato attraverso strumenti di misurazione della percezione dello stato di salute da parte del paziente (Questionario specifico per lo scompenso cardiaco).

Si ringraziano la Dott.ssa Gavina Cui-leddu, il Dott. Domenico Mannironi ed il Dott. Antonio Meloni (MMG di San Teodoro) che hanno collaborato con entusiasmo a questo progetto. Si ringrazia il Dott. Cesare Delussu (informatico ASL Olbia) che con infinita e notturna pazienza ha numerose volte modificato la struttura del sistema informatico (e non è ancora finita!).

Tabella 1

Esami ematochimici richiesti dal MMG prima della visita di arruolamento

| |
|---------------|
| Emocromo |
| Glicemia |
| Creatininemia |
| Sodiemia |
| Potassiemia |
| ALT |
| AST |
| Esame urine |

Tabella 2

Sezioni del data base

| |
|-------------------------------------|
| Anagrafica |
| Anamnesi |
| Esame obiettivo |
| ECG |
| Ecocardiogramma |
| Esami laboratorio ed RX torace |
| Terapia |
| Accessi a strutture ASL 2007 / 2008 |

Tabella 3

Parametri presenti sulla scheda del PVF

| |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| Peso corporeo |
| Pressione arteriosa |
| Frequenza cardiaca |
| Saturazione O2 in AA |
| Accessi a strutture ASL |
| Questionario sulla qualità della vita (Minnesota Living With Heart Failure) |
| Esami ematochimici |



“Abbiamo scelto la speranza sulla paura”

a cura del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana

Negli Ospedali della Toscana è grande il disagio dei Cardiologi, in particolare nei reparti dove il nuovo modello per intensità di cure viene sperimentato. Al di là delle riflessioni critiche su questa trasformazione dell'assistenza ospedaliera, che merita buon governo a garanzia di elementari principi come l'irrinunciabile guardia cardiologica, percorsi assistenziali accreditati, auspicabili Dipartimenti Cardiovascolari e nuove Clinical Competence, concetti del resto già espressi nelle pagine dell'ultimo numero di *“Cardiologia negli Ospedali”*, in tanti Colleghi c'è stata grande delusione nel leggere alcuni contenuti espressi dell'allegato B alla nuova delibera regionale n. 1010/2008. La delibera è stata portata all'attenzione del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale dell'ANMCO perché, parlando dei flussi dei pazienti intraospedalieri che originano dal Pronto Soccorso, dice espressamente:

“Pazienti con necessità di supporto generale ai parametri vitali, con utilizzo di ventilatore o di apparecchiature di monitoraggio continuo,

dopo una prima stabilizzazione nella shock room vengono trasferiti nel più breve tempo possibile alle strutture assistenziali del livello 1 (intensivo e sub - intensivo) la cui responsabilità afferisce alle strutture professionali di Anestesia e Rianimazione; in questo livello di alta intensità assistenziale devono essere trasferiti i pazienti cardiologici acuti, nei moduli UTIC, evitando soste inutili e dannose anche per lo stesso paziente.”

Così facendo, realmente la Cardiologia in Toscana rischia un'implosione nei prossimi anni, lasciando nelle corsie solo specialisti (“i Cardiologi”) capaci di fare consulenze ed erogare prestazioni? Se costruire è difficile, distruggere è facile, basta minare alla base la specifica identità culturale della disciplina. Alla prima reazione di sconforto, l'ANMCO Toscana ha cercato di far valere la forza dell'evidenza, richiedendo immediate e dovute precisazioni ai vertici istituzionali della Regione. La risposta non si è fatta attendere. In data 22 gennaio 2009 questa nota che segue è stata inviata a tutti i Direttori Generali della Regione.

Oggetto: Precisazioni in merito ad alcuni contenuti dell'Allegato B alla Delibera n.1010 del 01 - 12 - 2008: interventi ed iniziative per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività del Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane secondo i modelli della discharge room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale - territorio. Pervengono a questa Direzione richieste di precisazione in merito ai contenuti della delibera n. 1010 del

01 - 12 - 2008, "Interventi ed iniziative per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività del Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane secondo i modelli della Discharge room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale - territorio", in particolare sul significato autentico da attribuire ad alcune affermazioni contenute nell'Allegato B della stessa, in tema di "Agenzie/Servizi per la continuità ospedale - territorio".

Nel precisare che gli allegati alla delibera in esame altro non rappresentano che esperienze di fatto già realizzate in alcune Aziende Sanitarie, proposte come riferimento orientativo, e certamente non dispositivo, per la redazione dei Progetti richiesti alle Aziende, l'espressione contenuta nell'Allegato B "... in questo livello di alta intensità assistenziale devono essere trasferiti i pazienti cardiologici acuti, nei moduli U.T.I.C, evitando soste inutili e dannose anche per lo stesso paziente" posta in continuità discorsiva, solo un punto e virgola separa le due proposizioni, con l'attribuzione della responsabilità del livello intensivo multiorgano agli specialisti Anestesisti ha generato, comprensibilmente, il dubbio interpretativo che il comune livello assistenziale, ad alta intensità sia per i moduli U.T.I.C che per le Terapie intensive multiorgano, determinasse una comune responsabilità.

In realtà, il documento "Agenzie/Servizi per la continuità ospedale - territorio",

allegato alla delibera, mutuando una terminologia propria all'ospedale organizzato per intensità di cure, esprime la specificità del percorso del paziente cardiologico acuto anche nell'ospedale organizzato per intensità di cure e conferma il modulo U.T.I.C. come setting assistenziale appropriato per questa condizione clinica.

La conseguente attribuzione della responsabilità gestionale e professionale del modulo U.T.I.C agli specialisti Cardiologi è sottaciuta, non omessa, nella delibera n 1010 semplicemente perché il Piano Sanitario Regionale 2008 - 2010, confermando nel merito i precedenti Piani sanitari, attribuisce la responsabilità della funzione operativa U.T.I.C. alla struttura organizzativa complessa di Cardiologia e al Dipartimento Cardiovascolare ove presente; se la delibera n. 1010 avesse perseguito una diversa finalità, avrebbe opportunamente omesso il termine U.T.I.C, poiché è noto che una determinazione della Giunta Regionale non può modificare una decisione del Consiglio Regionale, quale il Piano Sanitario Regionale.

Credo sia comunque sufficiente, al di là delle evidenze normative, ricordare la profonda coerenza che sempre ha caratterizzato l'operato di questa direzione nel rispettare e riconoscere, anche sul piano prettamente organizzativo, le competenze e il generoso contributo che gli specialisti Cardiologi hanno dedicato alla salute dei pazienti cardiologici e, soprattutto come, da questo orientamento, siano conseguiti risultati anche in termini di riduzione della mortalità, grazie alla specificità delle competenze ed alla loro unitaria applicazione, che ci convincono a confermare con decisione consapevole questa scelta. D'altra parte, non esistono ad oggi evidenze scientifiche che attestino l'efficacia di modelli assistenziali che non contemplino la specificità e unitarietà della Cardiologia.



Con grande piacere e speranza per la considerazione delle nostre ragioni esprimiamo un sincero ringraziamento per l'attenzione delle Istituzioni nei nostri confronti. In modo vigile e responsabile continueremo in Toscana a seguire questa vera rivoluzione nella organizzazione assistenziale sancita dalla LR 40/2005. Riferendoci a Barack Obama, ad uno dei suoi più stimolanti ed educativi principi espressi nel primo discorso da Presidente, potremmo affermare che anche noi "abbiamo scelto la speranza sulla paura". Crediamo, infine, che l'imminente pubblicazione del nuovo "Documento di Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia", rafforzerà il dialogo aperto con le Istituzioni, aiutandoci a ribadire ancora una volta che la Cardiologia non frammentata resta l'ambito assistenziale più appropriato ed efficiente per la diagnosi e cura di tutte le cardiopatie.

Il trattamento in Rete delle Sindromi Coronariche Acute in Umbria: la Rete T.O.S.C.A.

di M. del Pinto, A. Contine,
F. Angeli, G. Alunni, C. Cavallini

Le Linee Guida internazionali raccomandano da qualche anno la creazione di network regionali per il trattamento dello STEMI

Analisi dell'esperienza umbra a cinque anni dalla creazione della Rete T.O.S.C.A.

La Rete T.O.S.C.A. (Trattamento Ottimale delle Sindromi Coronariche Acute) nasce nel 2003 per ottimizzare il percorso del paziente con STEMI nell'area circostante la città di Perugia

La condivisione di un protocollo terapeutico tra un Centro Hub e 6 Centri Spoke, riduce significativamente i tempi di ripercuzione coronarica nel paziente con STEMI

Background

Le Linee Guida internazionali raccomandano la creazione di Reti regionali per il trattamento dello STEMI. Obiettivo: la riduzione dei tempi di ripercuzione coronarica. Dati di Registro mostrano che in molti pazienti con STEMI (> 50%) i tempi di ripercuzione, door to balloon e door to needle, sono spesso troppo lunghi. In Umbria abbiamo sviluppato, sin dal 2003, un modello di Rete territoriale, chiamato T.O.S.C.A (Trattamento Ottimale delle Sindromi Coronariche Acute), per ridurre tempi di diagnosi, ripercuzione e trasferimento del paziente con STEMI nella città di Perugia e aree circostanti. Nel territorio interessato vivono circa 400.000 abitanti, ci sono 6 ospedali territoriali non dotati di Cardiologia h 24 (Centri Spoke della Rete TOSCA: Ospedale di Assisi, Todì, Marsciano, Castiglion del Lago - Passignano, Città della Pieve) ed un Centro Hub con Cath Lab h 24 (Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia) (Figura 1).

I Centri Spoke distano tra 20 e 50 Km dal Centro Hub, con tempi di trasferi-

mento tra 50 e 100 minuti. I 6 Centri Spoke della Rete sono amministrati da un'unica Azienda ASL (Azienda ASL 2 di Perugia) mentre il Centro Hub è una Azienda Ospedaliera (Azienda Ospedaliera di Perugia). Al processo organizzativo della Rete interospedaliera hanno partecipato i referenti amministrativi delle Aziende, i responsabili dei Pronto Soccorso/118 territoriali e Aziendali, i responsabili delle Medicine territoriali, i rappresentanti infermieristici, i responsabili UTIC e dell'emodinamica del Centro Hub. Le riunioni operative sono iniziate nel giugno 2002. Nel gennaio 2003 è stato condiviso ed approvato il primo protocollo seguito dalle delibere amministrative delle due Aziende interessate. Il protocollo operativo prevedeva:

1. la teletrasmissione di ECG/scheda clinica paziente dai Pronto Soccorso Territoriali all'UTIC del Centro Hub;
2. la condivisione telefonica tra medici della strategia di ripercuzione coronarica in base ai tempi dolore - primo contatto medico e trasferimento, e variabili clinico - anagrafiche del paziente con STEMI (fibrinolisi



Figura 1

Il territorio in cui è stata creata la Rete in oggetto è situato in UMBRIA, nella provincia del capoluogo di regione Perugia. Comprende sei Ospedali territoriali non dotati di UTIC con un proprio Pronto Soccorso cui si riferiscono gli abitanti della zona. I vari presidi di PS sono gestiti da personale proprio e del 118. Tali Ospedali hanno sempre riferito i pazienti con problematiche cardiologiche acute all'Ospedale Regionale Santa Maria della Misericordia di Perugia. Tale sistema configura il classico schema HUB (Perugia) e SPOKE (Ospedali Territoriali) identificato nel documento della Federazione Italiana di Cardiologia. La popolazione assistita complessivamente è di circa 350.000 abitanti, con una età media dei pazienti con IMA di 70 anni, superiore dunque alla media nazionale. La distanza massima dal centro di Perugia, dotato di UTIC - Emodinamica interventistica H 24 e Cardiochirurgia, è di 50 Km, con tempi di trasferimento che vanno da 40 minuti a 100 minuti in presenza di una buona viabilità data dalla presenza della superstrada E 45 e di un raccordo autostradale che collega tutti i presidi, tranne Città della Pieve, con Perugia.

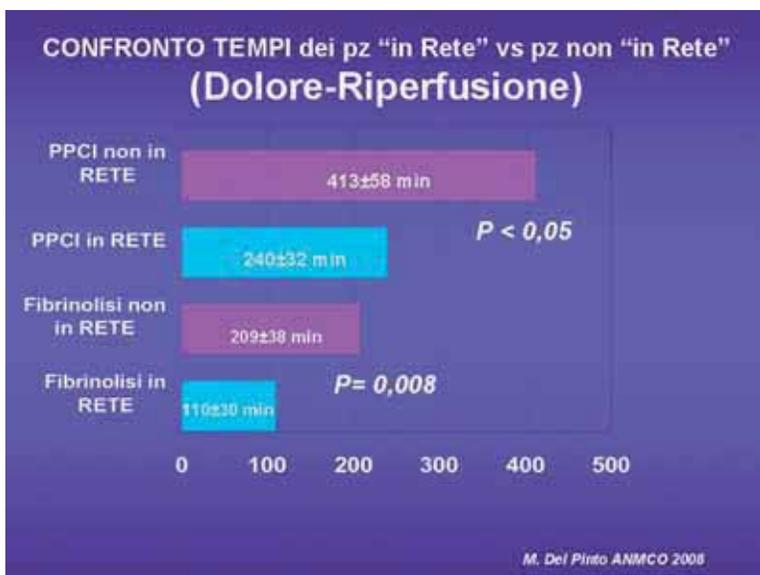


Figura 2

- decentrata per paziente < 75 anni, con tempo dolore - primo contatto medico < 3 ore e door - to - ballon > 60 minuti o trasferimento per PTCA primaria negli altri casi);
3. la programmazione di riunioni trimestrali tra operatori della Rete (medici ed infermieri) per discutere casi clinici, modifiche al protocollo di riperfusione e soprattutto le criticità operative incontrate;
 4. a partire dal gennaio 2005 il protocollo è stato implementato con la teletrasmissione dell'ECG dalle ambulanze sul territorio all'UTIC Hub con utilizzo della fibrinolisi pre - ospedaliera;
 5. registrazione in data base elettronico di tutti i pazienti trattati in Rete con audit regolare dei tempi e modalità di riperfusione.

Risultati

A 5 anni dall'attivazione della Rete, con oltre 400 pazienti trattati e in follow - up, possiamo affermare che rispetto al passato è notevolmente migliorata la performance riperfusiva nei pazienti trasferiti dai Centri Spoke al Centro Hub con riduzione dei tempi di riperfusione > 50% sia per la fibrinolisi che per la PTCA primaria. Inoltre confrontando la performance riperfusiva dei Centri aderenti alla Rete rispetto ad altri Centri limitrofi, situati a distanze simili dal Centro Hub, osserviamo come gli stessi tempi siano nettamente inferiori quando esiste un protocollo condiviso. (Figura 2)

Un progetto per la definizione di prevalenza, tasso annuo di ospedalizzazione, aderenza alle Linee Guida e costi sociali dello Scompensato Cardiaco

di R. Valle, E. Garelli, F. Sartori, D. Marchese

Lo Scompensato Cardiaco è ormai riconosciuto come un problema preminente di salute pubblica, la cui migliore gestione richiede forme innovative di programmazione sanitaria. Ciononostante,

un campione più che rappresentativo dell'intera ASL in cui fu realizzato (la n. 10 - Veneto Orientale), gettò le basi per un intervento strutturato, che consentì all'ASL 10 di raggiungere il tasso di ospedalizzazione più basso di

In una ASL del Veneto verranno identificati tutti i pazienti con Scompensato Cardiaco nel Territorio, mediante un'indagine che utilizzerà il sistema del "farmaco traccia"

a livello locale (di ASL ad esempio) frequentemente mancano tuttora dati precisi su prevalenza, ospedalizzazione, aderenza alle Linee Guida e costi sociali, dati fondamentali per avviare una qualsiasi programmazione sanitaria. Identificare i pazienti con Scompensato Cardiaco sul Territorio, non è tuttavia solo il primo tassello della catena assistenziale, ma una necessità resa stringente dalla capacità dei nuovi strumenti terapeutici di ridurre morbilità e mortalità, da cui una parte significativa dei pazienti scompensati rimane esclusa.

Un'esperienza pionieristica in tal senso, fu condotta nella Regione Veneto, quasi dieci anni fa, su un campione di 10.000 assistiti, utilizzando la furosemide come farmaco traccia, consentendo di ottenere la "fotografia" degli scompensati del Territorio¹. In breve fu possibile identificare i pazienti affetti da Scompensato Cardiaco sul Territorio, definendo precisamente prevalenza, tasso annuo di ospedalizzazione, aderenza alle Linee Guida e costi sociali. Questi dati, raccolti su

tutta la regione nel 2004.

Sul patrimonio di quest'esperienza, due Cardiologie dell'ANMCO Veneto reiterano una survey sullo Scompensato sul Territorio (sempre mediante lo strumento dell'indagine farmaco-epidemiologica), rilanciando questa volta, a livello di intera ASL (la N. 14 di Chioggia - Piove di Sacco > 130.000 abitanti), allo scopo di quantificare precisamente la prevalenza, ospedalizzazione, aderenza alle Linee Guida e costi sociali, in un campione rappresentativo della popolazione generale del Veneto.

Il progetto si è realizzato grazie alla costituzione di un Gruppo di Lavoro composto da: 1) Cardiologi dell'Ospedale di Chioggia; 2) Medici di Medicina Generale (MMG) operanti sul Territorio della ASL n. 14; 3) Statistici del locale Controllo di Gestione; 4) Farmacisti del locale Servizio Farmaceutico; 5) Medici del locale Distretto Socio Sanitario di Base (DSSB). La collaborazione multidisciplinare raggiunta è stata particolarmente apprezzata dal Presidente Regionale dell'ANMCO Veneto, Dott.

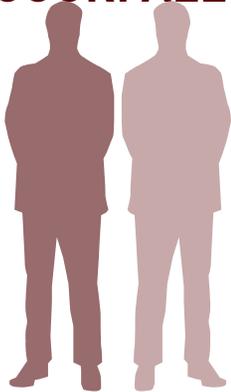
Nella ASL di Chioggia, un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da Cardiologi e Medici di Medicina Generale, identificherà tutti i pazienti con Scompenso Cardiaco, mediante l'utilizzo degli archivi del Servizio Farmaceutico e delle SDO

Successivamente sarà messo in atto un programma di implementazione di tutte le misure di provata efficacia

Domenico Marchese (Direttore della Cardiologia dell'Ospedale Civile di Piove di Sacco), che ne ha auspicato la diffusione ad altre realtà aziendali. Il reciproco scambio di informazioni e la partecipazione a periodiche riunioni di lavoro permetterà la messa a punto del progetto strutturato in cinque fasi. Nella prima fase si otterrà l'identificazione dei pazienti in terapia con furosemide o torasemide nel corso del 2008, nella popolazione generale della ASL n 14, mediante l'analisi del database informatico del Servizio Farmaceutico. Nella seconda fase, sarà definita la reale prevalenza di Scompenso Cardiaco in questi pazienti, mediante la consultazione degli archivi informatizzati di MMG, Cardiologia, Controllo di Gestione, DSSB. La diagnosi sarà posta in base a: 1) pregressa diagnosi strumentale di insufficienza cardiaca; 2) pregresso ricovero per ICD 9 - DM afferenti al DRG 127; 3) evidenza clinica. È prevista la verifica ecocardiografica dei casi dubbi. Nella terza fase sarà effettuata la rilevazione delle ospedalizzazioni, tramite la consultazione del database informatizzato del Controllo di Gestione. Nella quarta fase, sarà valutata l'aderenza della gestione della ASL 14 alle Linee Guida, mediante l'analisi degli archivi informatizzati già menzionati e la somministrazione di questionari ai MMG. Nella quinta ed ultima fase, rilevazione del costo sociale di malattia, con un approccio di tipo "bottom - up", retrospettivo, utilizzando lo stesso metodo. Successivamente i pazienti identificati saranno seguiti longitudinalmente, con visite cardiologiche periodiche, scadenzate in base alla classe funzio-

nale dei pazienti. In occasione delle visite sarà messa in atto una serrata opera di implementazione di tutte le misure farmacologiche, dietetiche e comportamentali, di provata efficacia. Da questa esperienza pilota, la Cardiologia veneta si attende due risultati fondamentali: 1) il miglioramento (su larga scala) della qualità della prestazione assistenziale, per i pazienti affetti da Scompenso Cardiaco, con un intervento di salute pubblica, sulla popolazione generale, mediante l'implementazione di misure di provata efficacia; 2) la validazione di un modello operativo efficace e facilmente implementabile ad altre realtà aziendali, in ragione della sua semplicità e della sua economicità.

1. Valle R, Baccichetto R, Barro S, Calderan A, Carbonieri E, Chinellato M, Chiatto M, D'Eri A, Corazza F, D'Atri M, Drigo R, Fabris S, Gelli GF, Lo Giudice A, Noventa F, Pollon A, Santin P, Zanardi F, Milani L. *Lo scompenso cardiaco nel Veneto Orientale: prevalenza, ospedalizzazione, aderenza alle linee guida e costi sociali*. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2006; 66(1): 63-74.



Francesco Chiarella intervista Luciano Onder



Il giornalista RAI Luciano Onder

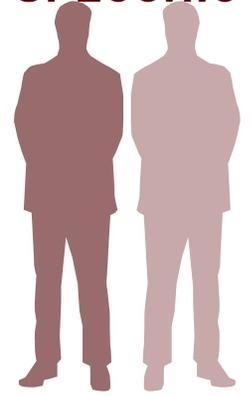
A tutti gli italiani il nome di Luciano Onder ricorda la comunicazione in tema di salute. Dottor Onder come è nato questo interesse per la medicina?

Io non sono medico, sono laureato in Lettere, mi sono laureato con Renzo De Felice, uno storico importante che negli ultimi decenni del dopoguerra aveva dedicato i suoi studi a comprendere le origini e le cause del fascismo. Entrato in RAI come consulente storico mi sono ritrovato ad occuparmi di medicina per una ragione contingente,

occasionale: avevo realizzato una trasmissione sugli anni del consenso al fascismo, durante e dopo la guerra di Etiopia. La trasmissione era stata violentemente contestata da tutta la stampa; ero rimasto molto male e il mio direttore di allora, Ugo Zatterin, mi disse: "senti, non è il caso che ti riproponi come autore di programmi storico - scientifici, dovresti occuparti di una cosa del tutto nuova per la televisione, occupati di medicina". È andata così, mi sono appassionato alla medicina, ho avuto successo e da allora, da più di trent'anni, tutti i giorni vado in onda sulla RAI con una trasmissione, che alle volte è più lunga alle volte più breve, ma insomma, sono trent'anni che vado avanti tutti i giorni a comunicare sui temi della salute.

In questi trent'anni lo scenario della comunicazione è cambiato, la consapevolezza dei cittadini è aumentata, ma è anche cresciuta l'influenza del marketing, che spesso prende a pretesto la salute per vendere e vendere bene. Come è cambiata la mentalità degli italiani in proposito?

Con il passare degli anni la sensibilità dei cittadini sui problemi della salute è molto aumentata, l'attenzione indirizzata a questo settore è cresciuta più che in tanti altri, perché ciascuno di noi si rende conto che è importante difendersi. Chi è bene informato si difende meglio di chi non lo è: la cultura serve anche in questo settore, forse più che in tanti altri. Io cito sempre un esempio: ho seguito fin dall'inizio la "sindrome dei gay" a partire dal 1982, quando se ne cominciò a parlare, perché conoscevo alcuni oncologi, alcuni immunologi ed allergologi dell'Università "La Sapienza", e dell'Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" di Roma, che mi dicevano di avere specializzandi negli Stati Uniti da cui ricevevano lettere intorno a questo nuovo strano morbo, chiamato a quel tempo "sindrome dei gay". Da allora mi sono occupato tantissimo di questa



malattia, a partire dagli anni in cui era ministro Donat Cattin, ho anche partecipato alla Commissione Nazionale AIDS. Tutto questo mi ha fortemente convinto che le campagne educative possono essere importantissime, nel caso dell'AIDS hanno contribuito a frenare l'espansione della malattia. Il messaggio, lo slogan che poi è stato diffuso in tutto il mondo era: "Non morire per ignoranza, se lo conosci lo eviti". La cultura, l'informazione servono a difendersi, non solo da una malattia virale come l'AIDS ma da tutte le malattie. Se uno ha la conoscenza ha già compiuto il primo passo verso scelte di vita più sane, verso la prevenzione, verso la diagnosi precoce.

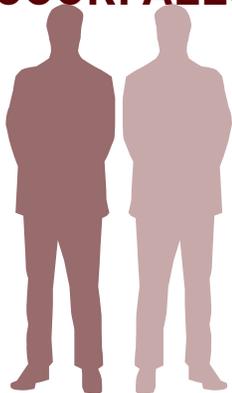
Che cosa ha fatto la RAI, che può fare la RAI, nel settore delle malattie cardiovascolari?

Ci sono tanti concetti qui da dire. Il primo e fondamentale è che le campagne educative di informazione corretta sono importantissime, per spingere i cittadini ad intraprendere uno stile di vita che tenga in conto la prevenzione. Ad esempio le campagne che il Ministro Sirchia fece a suo tempo furono campagne eccezionali. Ricordo la cosiddetta "campagna dei 10.000 passi", condotta perché i cittadini fossero spinti a percorrere 10.000 passi ogni giorno, ovvero a fare un po' di attività fisica a tutte le età: è un concetto attuale, importantissimo perché vuole ridurre la sedentarietà. L'altra campagna sempre spinta dal Ministro Sirchia, era stata chiamata "campagna delle mezze porzioni", e mirava a insegnare a mangiare in minor quantità, a limitare l'eccesso di assunzione degli alimenti, ed anche questa ha avuto ricadute molto positive. È questo il tipo di campagne che istituzioni come la RAI dovrebbero proporre con decisione. La RAI non può fare solo rubriche che esaltano il consumo di dolci, di pietanze, di piatti elaborati, non può continuare ad insistere con la cucina, che per molti suona come incoraggiamento ad un eccessivo consumo di alimenti. La RAI dovrebbe promuovere campagne educative per insegnare a distinguere, per insegnare la corretta alimentazione. La RAI in parte lo fa, i cittadini si sono sensibilizzati, oggi chi è il cittadino italiano che consuma tanto burro? Pochi, in sostanza. Chi sono i cittadini italiani che non stanno affatto attenti all'alimentazione? Però è pur vero che la TV veicola anche la propaganda a consumare bibite gassate e zuccherate,

a consumare dolci e merendine, dà spazio a pubblicità di consumi alimentari verso i bambini. Questa pubblicità è ancora molto presente e sarebbe opportuno limitarla. Guadagnare salute attraverso uno stile di vita presentato come il migliore in assoluto, questo è il primo concetto, il concetto fondamentale da comunicare a tutti.

Lo sviluppo delle conoscenze in Cardiologia in questi anni è stato importante, tuttavia restano molte zone d'ombra, aspetti patologici che non riusciamo a comprendere. La Cardiologia oggi ha bisogno di nuove conoscenze e di nuove chiavi interpretative, di una ricerca che getti ulteriore luce sui meccanismi attraverso cui le malattie si contraggono, si prevencono, si contrastano. Quale ruolo potrebbe avere la RAI per aiutare la ricerca scientifica ed in particolare la ricerca nell'ambito delle malattie cardiovascolari?

La RAI fa poco per la ricerca scientifica, preferisce programmi con l'oroscopo soltanto perché queste trasmissioni attirano l'attenzione e fanno ascolto, perché un programma con l'oroscopo è facile da fare. Invece lavorare per un'informazione corretta sulla ricerca scientifica, far capire che la nostra vita può cambiare sulla base di risultati scientifici e di ricerche serie e innovative, questo è più difficile da far passare. Sì, la RAI per la ricerca scientifica fa troppo poco. Non esiste in tutta la RAI un programma scientifico sullo sviluppo della ricerca, certo esistono le iniziative di Piero Angela, ma sono iniziative isolate, assai meritorie ma non rappresentano un programma scientifico fisso; gli stessi spazi con programmi di medicina sono relativamente pochi. La ricerca scientifica non è presentata nel suo giusto valore, nella sua importanza. Non viene veicolato il messaggio che dalla ricerca scientifica dipende la nostra economia, il nostro modello di sviluppo. Chi come me cerca di proporre queste cose è sovente in difficoltà, i programmi scientifici non passano, trovano un muro di gomma. Contenuti scientifici e ricerca scientifica vengono ritenuti difficili da veicolare al grande pubblico: non è così, il pubblico sente interesse per questi argomenti. Quanto al significato della ricerca, sono convintissimo che un paese con poca ricerca scientifica,



un paese poco attento al dibattito scientifico, sia un paese destinato ad avere poco sviluppo, parlo anche di sviluppo economico, perché si viene scavalcati da altri, da nuove tecnologie, da scelte di altri più svelti e più capaci. Senza ricerca si rimane indietro sotto tanti aspetti, compreso quello economico.

Io ricordo negli anni passati molti dibattiti, anche al Ministero della Pubblica Istruzione, sul come e sul perché i nostri giovani trovassero inutile iscriversi a facoltà scientifiche, alla facoltà di Matematica, di Fisica o di Ingegneria. Ricordo ancora un dibattito quando era Ministro della Pubblica Istruzione la Moratti sul perché la Facoltà di Ingegneria di Milano, con iscrizioni a numero chiuso, aveva meno iscritti dei posti a disposizione. Se da una parte a Milano non si raggiungevano i 200 iscritti a Facoltà scientifiche, viceversa a Roma erano 12.000 gli iscritti alla Facoltà di Comunicazione.

Nel mese di febbraio la RAI ha dato il suo patrocinio alla Campagna “Accendi il Tuo cuore per la Ricerca” promossa dalla Fondazione “per il Tuo cuore” Heart Care Foundation. Mi pare un gesto di grande significato, che cosa ne pensa?

È importantissimo che la RAI sia attiva su queste tematiche facendosi promotrice di Campagne per la raccolta fondi destinati a supportare la ricerca scientifica, come nel caso della Campagna promossa dalla Fondazione dell'ANMCO. Il ruolo della RAI è importante per sottolineare che l'Italia è in grado di realizzare grandi ricerche scientifiche su migliaia di persone, ricerche di ampio respiro e lunga durata, i cui risultati potranno modificare la cultura nel settore della Cardiologia. Ricordiamo che l'Italia è stato il paese dei GISSI, così importanti per la cura delle persone colpite da infarto. Ora occorre che l'Italia si apra alla domanda “cosa possiamo fare di nuovo? cosa c'è di nuovo ancora da scoprire, da analizzare, da studiare sulle malattie di cuore, sulla loro origine, sul loro perché?”. La risposta potrà venire da una ricerca scientifica tutta italiana, grazie alla rete delle Cardiologie presenti nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, diffuse in tutto il Paese, in tutte le città, in tutti gli ospedali.

Io avrei ancora una domanda. C'è oggi una grande attenzione verso i temi etici, il caso Englaro è un esempio importante. Lei pensa che la percezione dei problemi di carattere etico sia effettivamente ben veicolato dai media? Pensa che, considerata l'importanza e la delicatezza delle tematiche etiche, queste siano affrontate dai media in modo appropriato?

I nostri media si occupano di problemi bioetici in modo notevole, c'è un'attenzione enorme su questo, c'è la Commissione Nazionale di Bioetica, gli interventi sono numerosi. La comunicazione su questi temi può essere corretta a patto che su queste il confronto avvenga con veri esperti, in sostanza con coloro che si occupano seriamente di bioetica e che si sono occupati a fondo del settore in cui intervengono. Una professoressa di storia non può essere chiamata a esprimere un giudizio di bioetica sul problema dei trapianti e su come e quando eseguire un trapianto o un espianto, perché il giudizio che darà non sarà quello di una persona che lavora direttamente in quel settore, sarà un giudizio che proviene dalla sua cultura e dalla sua formazione. Molte volte la bioetica è usata a fini politici: questo è inimmaginabile. L'etica non può essere piegata alla scelta politica che uno ha fatto: l'etica, in sostanza, sta al di sopra delle parti. Questa è la prima cosa fondamentale, da esigere da parte delle istituzioni, anche da parte della RAI. Per concludere con un esempio, è etico, è al di sopra delle parti, promuovere campagne educative perché il cittadino, modificando i propri comportamenti, possa guadagnare salute.

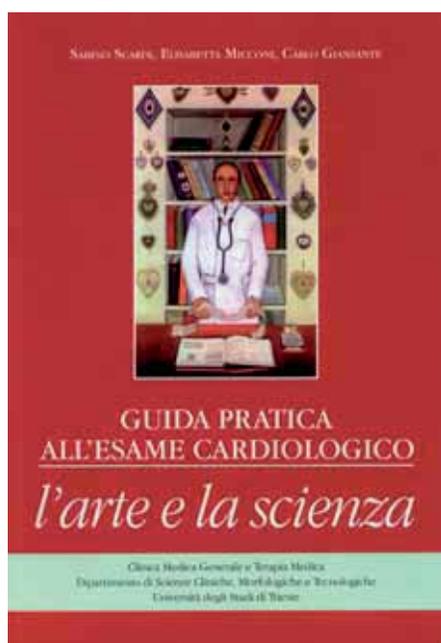


Francesco Chiarella e Luciano Onder

Guida pratica all'esame cardiologico: l'arte e la scienza

Un'iniziativa degli "Amici del Cuore" per gli studenti in Medicina ed i Cardiologi in formazione

di Mario Chiatto



Un ennesimo contributo dell' "Associazione Amici del Cuore" di Trieste per la formazione degli studenti in Medicina e degli specializzandi in Cardiologia dell'Università "giuliana" di Trieste.

Il Prof. Sabino Scardi in collaborazione con il Prof. Carlo Giansante e la Dott.ssa Elisabetta Micconi ha scritto questo agile manuale che, come scrive il Prof. Gianfranco Guarnirei nella presentazione descrive quelle "abilità" che permettono al Cardiologo di interagire al meglio con il paziente cardiopatico.

Infatti nelle sessanta pagine del booklet sono descritti i principi fondamentali dell'anamnesi, della valutazione dei sintomi e dell'esame obiettivo nei pazienti con cardiopatia certa o sospetta. L'opera in maniera agile e senza inutili divagazioni, cerca

di trasmettere al lettore le indispensabili "abilità" per salvaguardare l'arte dell'esame clinico come atto indispensabile per stabilire un razionale iter decisionale nella valutazione del cardiopatico. Pensiamo con Braunwald, che vi sono molte ragioni per promuovere l'insegnamento delle tecniche diagnostiche al letto del malato quali: l'esame obiettivo e l'auscultazione cardiaca, per il favorevole rapporto costo - efficacia, per la possibilità di fare osservazioni seriate non costose, per la scoperta precoce di segni clinici critici, per la scelta intelligente e ben guidata di tecnologie diagnostiche costose e sofisticate e, infine, per la possibilità di stabilire un rapporto medico paziente.

La riproduzione di alcune famose opere pittoriche dedicate alla Medicina, integra la scienza con l'arte della Cardiologia.

Mi piace riportare l'ultimo periodo del volume ispirato a William Osler, uno dei padri della moderna Medicina. Egli afferma correttamente che "studiare Medicina senza leggere libri e riviste scientifiche è come andar per mare senza carte nautiche; cercare di diventare Medico senza visitare i pazienti è come non andarci proprio".

Ci auguriamo che gli studenti di Medicina e gli specializzandi in Cardiologia possano trarre da questo volume utili informazioni per il loro training di formazione clinica nella gestione iniziale nei pazienti con cardiopatia nota o sospetta.

L'equivalenza tra farmaci cardiovascolari generici e "griffati" negli Stati Uniti

80

di S. Scardi e G. Ceschia

Da tempo in letteratura è stato sollevato un ampio dibattito sull'equivalenza tra farmaci cardiovascolari generici e "griffati". Numerosi editoriali ed alcune ricerche ad hoc hanno però convinto molti Cardiologi e gli stessi pazienti ad utilizzare i preparati "griffati" perché ritenuti più sicuri. Recentemente su JAMA [Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL et al "Clinical equivalence of generic and brand - name drugs used in cardiovascular disease. A systematic review and meta - analysis" JAMA 2008; 300:2514-2526] A. Kesselheim e alcuni collaboratori della Harvard School di Boston hanno affrontato in maniera sistematica questo problema analizzando i risultati di alcuni studi controllati e di alcuni abstract pubblicati fra gennaio 1984 e agosto 2008.

Finalità della ricerca

Il confronto dell'efficacia clinica e della sicurezza tra farmaco generico e l'omologo griffato. Per la qualità metodologica dei trial sono stati utilizzati gli score JADAD e Newcastle - Ottawa. Sono state identificate 38 ricerche randomizzate su 9 preparati cardiovascolari di largo impiego

(Tabella 1).

L'equivalenza è stata dimostrata nella maggior parte dei trial: nelle 7 ricerche sui betabloccanti, in 10 (91%) delle 11 ricerche sui diuretici, in 5 (71%) dei 7 trial sui calcioantagonisti, nelle 3 ricerche sugli antiaggreganti, nelle 2 sulle statine e perfino nei trial sui farmaci con stretto indice terapeutico come gli antiaritmici e il Warfarin. Da sottolineare infine come nel 49% degli studi presi in considerazione non sono riportati finanziamenti. In conclusione in base ai risultati di questo studio non esistono evidenze di una superiorità dei farmaci cardiovascolari griffati sui generici.

Limitazioni dello studio

Molte di queste ricerche sono state condotte su soggetti sani e relativamente giovani, in alcune classi di farmaci il numero delle ricerche è piccolo e per la valutazione della sicurezza è stato utilizzato un relativo breve periodo di osservazione. Gli autori suggeriscono che i commenti e gli editoriali negativi sull'uso dei farmaci generici hanno molte motivazioni: valutazione di trial non clinici, rapporti finanziari con le aziende, la non rigorosa valutazione da parte

*Tabella 1
Numero dei farmaci
che hanno dimostrato
equivalenza*

| Classe | N° di trials che hanno dimostrato equivalenza |
|-----------------------|-----------------------------------------------|
| Betabloccanti | 7/7 |
| Diuretici | 10/11 |
| Calcioantagonisti | 5/7 |
| Antiaggreganti | 3/3 |
| Statine | 2/2 |
| ACE-inibitori | 1/1 |
| Alfa-bloccanti | 1/1 |
| Antiaritmici classe 1 | 1/1 |
| Warfarin | 5/5 |

Uno studio condotto negli Stati Uniti sulla bioequivalenza tra farmaci cardiovascolari generici e "griffati" ha dimostrato che non esiste una superiorità dei "griffati" su quelli generici

della FDA che valuta solo la bioequivalenza biochimica e non sempre tale bioequivalenza può essere trasferita nella equivalenza clinica. L'uso di farmaci generici comporta un risparmio economico che può condizionare favorevolmente anche l'aderenza alla terapia cardioprotettiva a lungo termine.

Commento

Se questa è la situazione negli Stati Uniti, com'è quella italiana? Il risparmio sui costi della terapia farmacologica è un problema di estrema importanza e il farmaco generico rende disponibili alternative terapeutiche a costi contenuti (a volte fino al 50%), questo risparmio permette di destinare risorse per le terapie innovative ad alto costo. La vendita di farmaci equivalenti nel nostro Paese stenta a decollare perché molti medici (e anche i pazienti) sono dubbiosi sulla reale farmaco - equivalenza tra preparato generico e prodotto di marca, nonostante l'AIFA nel luglio 2008 abbia dedicato un intero numero speciale del Bollettino d'informazione ai farmaci equivalenti. Nell'introduzione Guido Rasi, Direttore Generale AIFA, afferma che "le fasi caratterizzanti il ciclo del farmaco comprendenti la registrazione, il controllo di qualità

pre e post - marketing e l'attività di farmaco vigilanza sono condotte in Italia con procedure di garanzia e di conformità ai criteri recepiti e condivisi a livello europeo...". Sarebbe perciò molto interessante che questi dati siano pubblicati su riviste italiane e confrontati con quelli dei prodotti di marca. Negli Stati Uniti la FDA approva i farmaci equivalenti in conformità a quattro criteri: 1) disponibilità del farmaco sul sito d'azione; 2) concentrazione serica massima del farmaco; 3) tempo in cui si raggiunge la massima concentrazione del farmaco o l'area della curva sotto la quale la concentrazione serica è in funzione del tempo. Sarebbe estremamente importante che il Direttore di "Cardiologia negli Ospedali" sollecitasse l'AIFA ad intervenire su questo argomento.



L'evoluzione del sistema SDO - DRG Adozione della ICD9 - CM 2007 e della versione CMS 24 del Grouper

F. Bux, G. A. Di Pietro, E. A. Graps, P. Caldarola, G. Scalera, A. Vilella

La Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD, International Classification of Diseases) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati in gruppi tra loro correlati. In essa i termini medici riferiti alle diagnosi di malattia, ai problemi di salute e alle procedure diagnostiche e terapeutiche sono espressi in codici numerici. Sottoposta periodicamente a revisione, nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29° Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità, è stata approvata la 9° revisione della Classificazione (ICD9).

Negli Stati Uniti, un apposito Comitato provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata del sistema ICD, la ICD9 - CM ("International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification"), la quale è stata utilizzata dal 1979. Il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte: rispetto alla ICD9, fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD9 - CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità.

Un DRG è il raggruppamento di patologie generalmente dello stesso

apparato o sistema, che necessitano di un identico consumo di risorse per essere adeguatamente trattate in regime di ricovero ospedaliero. Il sistema DRGs (Diagnosis Related Group system) è composto dall'insieme di questi raggruppamenti di patologie, numericamente diversi a secondo della versione in uso.

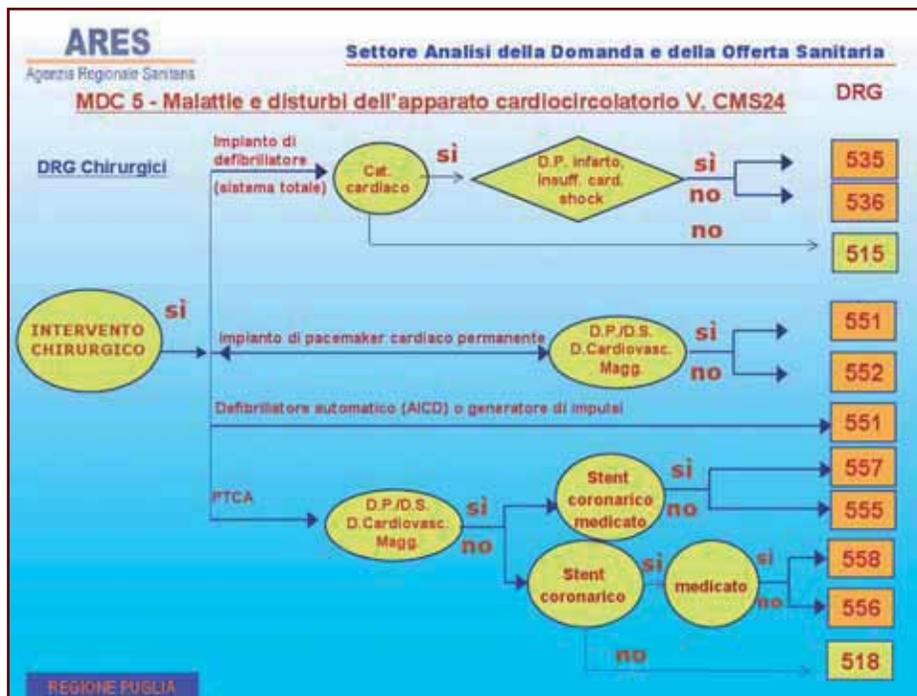
Annualmente l'Agenzia governativa Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) predispone una nuova versione di tale sistema. La versione CMS 24 è stata in uso negli Stati Uniti dall'ottobre 2006 al settembre 2007. Con Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 dicembre 2008 è stata adottata la versione italiana 2007 della ICD9 - CM per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera; per la remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero è stata adottata la versione CMS 24 del sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri "Diagnosis Related Group" (DRG). Le disposizioni del predetto Decreto sono entrate in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2009.

Mentre nella precedente versione ICD9 - CM 2002 erano previsti 11.745 codici diagnostici e 3.582 codici di

procedura, nella versione ICD9 - CM 2007 vi sono 12.436 codici diagnostici e 3.733 codici di procedura; nella versione CMS 19 erano presenti 506 DRG, nella CMS 24 vi sono 538 DRG. Le nuove versioni in vigore dal 1° gennaio 2009 presentano un discreto aumento delle diagnosi, delle procedure e dei DRGs consentendo quindi un miglior inquadramento di situazioni cliniche e di approcci terapeutici.

Il sistema cardiovascolare (Categoria Diagnostica Maggiore 5 - MDC5) è quello maggiormente interessato dalle variazioni con l'aggiunta, modifica ed eliminazione di codici e DRGs. Trattasi di un aggiornamento corposo e sostanziale, che permette di colmare diverse lacune non solo nell'ambito delle diagnosi ma anche delle procedure. Sarà possibile codificare per esempio lo scompenso diastolico, la Sindrome del QT lungo, la Sindrome di Tako - Tsubo, la procedura di imaging intravascolare dei vasi coronarici, la rivascolarizzazione transmiocardica endoscopica e percutanea, l'impianto di dispositivi protesici di supporto cardiaco. Di seguito viene riportata una Tabella contenente le variazioni dei DRGs relativi alle malattie cardiovascolari.

Figura 1



Vengono di seguito considerate, a scopo esemplificativo, alcune situazioni che rivestono una certa importanza, non fosse altro per la frequenza con cui si presentano.

Capitolo inerente l’impianto dei pacemaker

(Figura 1): l’attribuzione dei nuovi DRG 551 e 552 è in funzione della presenza o meno, in diagnosi principale o secondaria, di una serie di patologie cardiovascolari: oltre a infarto, scompenso e shock, diagnosi preesistenti che contribuivano all’attribuzione di un DRG complicato e di maggior peso, sono state aggiunte la cardiopatia ipertensiva, la cardiopatia ipertensiva, l’angina instabile, l’aneurisma del cuore, il cuore polmonare acuto, le pericarditi, l’endocarditi, la dissezione aortica, per citarne alcune. Il DRG 551 si ottiene anche nel caso in cui sono codificate in diagnosi secondaria patologie quali l’embolia polmonare, l’emorragia cerebrale, l’occlusione o stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali, le vasculopatie cerebrali acute, l’ateroembolismo del rene.

Mentre rimane irrisolta la possibilità di distinguere l’impianto di un pacemaker monocamerale da un bicamerale, con la nuova versione, l’introduzione dei codici 0050 - 0051 - 0052 - 0053 - 0054 permette di descrivere l’impianto o la sostituzione di un pacemaker biventriolare, anche se il DRG che verrà attribuito per la procedura dell’impianto sarà sempre il 551 o 552.

Per ciò che riguarda i defibrillatori (Figura 1 parte superiore) la versione 24 prevede la riconferma del DRG 515 e l’introduzione, nel caso in cui sia stato codificato anche il cateterismo

cardiaco, di due nuovi DRG, il 535 e 536, differenziati in base alla presenza o meno della diagnosi di infarto, scompenso o shock.

In definitiva non è stato introdotto un DRG specifico sia per i PMK che per gli AICD biventricolari; l’unico criterio discriminante è dato dalla presenza delle diagnosi sopra citate e, per gli AICD, anche dalla presenza o meno del cateterismo.

Loop recorder: il codice 3.779 identifica l’impianto del Loop recorder con l’attribuzione del DRG 117. Nella nuova versione non è ancora previsto un DRG specifico per la cardioversione elettrica esterna e non è prevista la possibilità di differenziare le procedure di ablazione semplici dalle complesse.

Capitolo inerente PTCA e STENT

(Figura 1 parte inferiore) nella nuova versione è prevista la differenziazione tra stent medicato e non con utilizzo dei codici 3.607 e 3.606. Per le procedure di PTCA (0066) sono previsti 5 DRG (Figura 1 parte inferiore):

- DRG 518: PTCA senza patologia cardiovascolare maggiore in diagnosi principale o secondaria e senza utilizzo di Stent;
- DRG 555: PTCA con patologia cardiovascolare maggiore in diagnosi principale o secondaria e Stent non medicato;
- DRG 557: PTCA con patologia

cardiovascolare maggiore in diagnosi principale o secondaria e Stent medicato;

- DRG 556: PTCA senza patologia cardiovascolare maggiore in diagnosi principale o secondaria e Stent non medicato;

- DRG 558: PTCA senza patologia cardiovascolare maggiore in diagnosi principale o secondaria e Stent medicato;

La nuova codifica consente inoltre la descrizione del numero di vasi, numero di stent e sede d’inserzione, senza però che questa influenzi l’attribuzione del DRG.

Questa pubblicazione, lungi dall’essere esaustiva, si propone di dare una prima informativa sulle recenti innovazioni in materia di codifica.

Sarà sicuramente necessaria un’analisi più approfondita sulle varie modifiche previste dalla versione ICD9 - CM 2007 e dalla versione CMS 24 del Grouper, in particolare sui codici di diagnosi e procedure - nuovi, modificati ed eliminati - che ci proponiamo di commentare in un successivo numero di “Cardiologia negli Ospedali”. Con questa finalità l’ANMCO Puglia in collaborazione con l’Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Puglia (ARES), ha organizzato per la prima decade di febbraio un corso di formazione sulle principali caratteristiche della versione CMS 24.

DRGs CMS 24 Riepilogo variazioni inerenti l'MDC 5

| M DC | DRG | Tipo | Descrizione | Variazione | VERSIONE |
|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 5 | 525 | C | Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca | nuovo | V24 |
| 5 | 535 | C | Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock | nuovo | V24 |
| 5 | 536 | C | Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock | nuovo | V24 |
| 5 | 547 | C | Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 548 | C | Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 549 | C | Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 550 | C | Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 551 | C | Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi | nuovo | V24 |
| 5 | 552 | C | Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 553 | C | Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 554 | C | Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 555 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 556 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 557 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 558 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore | nuovo | V24 |
| 5 | 107 | C | Bypass coronarico con cateterismo cardiaco | eliminato | V19 |
| 5 | 109 | C | Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco | eliminato | V19 |
| 5 | 115 | C | Impianto pacemaker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca e shock, o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi | eliminato | V19 |
| 5 | 116 | C | Impianto di pacemaker cardiaco permanente con altre patologie | eliminato | V19 |
| 5 | 478 | C | Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con CC | eliminato | V19 |
| 5 | 514 | C | Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco | eliminato | V19 |
| 5 | 516 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con IMA | eliminato | V19 |
| 5 | 517 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA | eliminato | V19 |
| 5 | 104 | C | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco | confermato | V24 |
| 5 | 105 | C | Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco | confermato | V24 |
| 5 | 106 | C | Bypass coronarico con PTCA | confermato | V24 |
| 5 | 108 | C | Altri interventi cardiotoracici | confermato | V24 |
| 5 | 110 | C | Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con CC | confermato | V24 |
| 5 | 111 | C | Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 113 | C | Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede | confermato | V24 |
| 5 | 114 | C | Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio | confermato | V24 |

| | | | | | |
|---|-----|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|
| 5 | 117 | C | Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione | confermato | V24 |
| 5 | 118 | C | Sostituzione di pacemaker cardiaco | confermato | V24 |
| 5 | 119 | C | Legatura e stripping di vene | confermato | V24 |
| 5 | 120 | C | Altri interventi sull'apparato circolatorio | confermato | V24 |
| 5 | 121 | M | Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi | confermato | V24 |
| 5 | 122 | M | Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi | confermato | V24 |
| 5 | 123 | M | Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti | confermato | V24 |
| 5 | 124 | M | Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata | confermato | V24 |
| 5 | 125 | M | Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata | confermato | V24 |
| | 126 | M | Endocardite acuta e subacuta | confermato | V24 |
| 5 | 127 | M | Insufficienza cardiaca e shock | confermato | V24 |
| 5 | 128 | M | Tromboflebite delle vene profonde | confermato | V24 |
| 5 | 129 | M | Arresto cardiaco senza causa apparente | confermato | V24 |
| | 130 | M | Malattie vascolari periferiche, con CC | confermato | V24 |
| 5 | 131 | M | Malattie vascolari periferiche, senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 132 | M | Aterosclerosi, con CC | confermato | |
| 5 | 133 | M | Aterosclerosi, senza CC | confermato | |
| 5 | 134 | M | Ipertensione | confermato | V24 |
| 5 | 135 | M | Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC | confermato | |
| 5 | 136 | M | Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 137 | M | Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni | confermato | |
| 5 | 138 | M | Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, con CC | confermato | |
| 5 | 139 | M | Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 140 | M | Angina pectoris | confermato | V24 |
| 5 | 141 | M | Sincope e collasso, con CC | confermato | V24 |
| 5 | 142 | M | Sincope e collasso, senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 143 | M | Dolore toracico | confermato | V24 |
| 5 | 144 | M | Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC | confermato | V24 |
| 5 | 145 | M | Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 479 | C | Altri interventi sul sistema cardiovascolare, senza CC | confermato | V24 |
| 5 | 515 | C | Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco | confermato | V24 |
| 5 | 518 | C | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA | confermato | V24 |

Tre casi per riflettere

Dalla caccia all'errore all'errore di chi caccia

di Ornella Mafrici

86

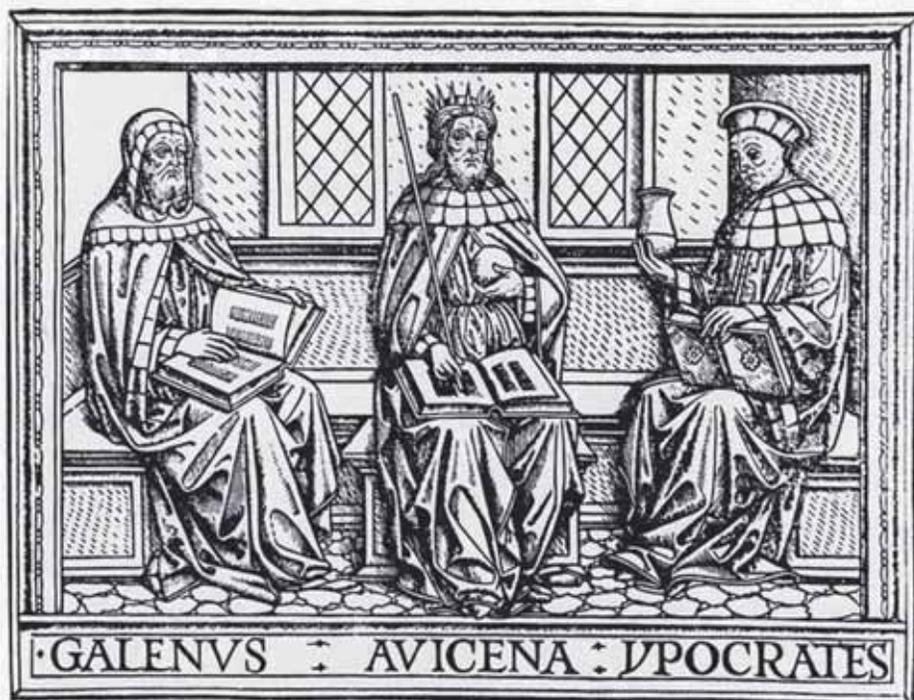
Vengono descritti tre casi esemplificativi ma reali, tutti giunti nelle aule dei tribunali, che testimoniano come la giurisprudenza affronta i casi di malpratica accertata o presunta e come alcuni fattori (completezza delle informazioni, possibilità di accertare le cause di morte, esperienza dei periti) possono influire sull'esito del giudizio in materia di responsabilità medica.

Studi statistici dimostrano che i casi di malpractice in Cardiologia sono rari. Il che non significa che il Cardiologo sia immune da denunce giudiziarie ma solo che sono sporadici i casi in cui un procedimento penale contro un Cardiologo sia giunto all'ultimo grado di giudizio. Anche le decisioni più recenti della Suprema Corte dimostrano che l'omessa diagnosi e/o l'errore diagnostico su patologie di interesse cardiologico, quali l'infarto del miocardio o l'aneurisma dissecante dell'aorta sono, di norma, attribuibili ai medici di pronto soccorso se il Cardiologo non viene coinvolto come consulente nelle decisioni clinico-terapeutiche.

Tra i casi da segnalare vi è quello tipico del medico che opera in pronto soccorso che, sottovalutando il quadro clinico, non si attiva e non dispone il ricovero del paziente che lamenta un forte dolore toracico nel reparto specialistico (Cass. Civ. n. 11969/2005). Come il caso di Caio che accusando dolore toracico in sede retrosternale ed avviato dalla guardia medica in ospedale, viene sottoposto ad ECG e alla determinazione degli enzimi serici cardiaci. All'atto di valutare il quadro clinico - strumentale, il medico di pronto soccorso, non attribuendo la adeguata importanza alla localizzazione e all'intensità del dolore, non tenendo conto dei rilievi effettuati dai sanitari della guardia medica e non valorizzando le alterazioni poco specifiche presenti all'elettrocardiogramma né l'incremento dell'enzima CK, posta diagnosi di ipertensione gastrica, con prescrizione di cure adeguate per tale affezione, licenzia

Caio che, rientrato a casa ed assunto lo scioppo prescritto, in poche ore muore per infarto del miocardio. La Corte sul punto, richiamando la ormai nota sentenza Franzese n. 30328/2002 (cit. in "Cardiologia negli Ospedali" n. 136 novembre/dicembre 2003 e n. 164 - 165, luglio/settembre 2008), ha confermato che il tempestivo ricovero in ospedale del paziente avrebbe consentito un adeguato trattamento terapeutico che, con un alto grado di credibilità razionale - in termini di "certezza processuale" e di "probabilità logica" - avrebbe migliorato notevolmente la prognosi ed evitato l'evento letale (Cass. Civ. n. 46359/2007).

L'esperienza quotidiana consente di affermare che sono in sensibile aumento i casi in cui il Cardiologo ospedaliero, a ragione o a torto, è coinvolto in vicende giudiziarie anche, e soprattutto, con riguardo a situazioni in cui la causa della morte del paziente non è stata accertata o presenta profili di incertezza. Con riguardo alla prima ipotesi (mancato accertamento delle cause di morte) posso citare, a mo' di esempio, il caso di Tizio (anni 70) che viene ricoverato presso una U.O. di Cardiologia per dolore toracico (dolore precordiale irradiato alla spalla sx che si accentua con gli atti del respiro), accompagnato da sudorazione ed astenia profonda, insorto da circa 30 minuti. Sottoposto ad esami di laboratorio e ad elettrocardiogramma, Tizio, dopo quattro giorni, viene dimesso con diagnosi di "Dolore toracico non specificato, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia pura, Policitemia", con terapia



Una raffigurazione di Galeno, Avicenna e Ippocrate da uno dei primi libri di medicina 1511

(Sotalex, Karvezide, Norvasc, Tiklid e Pariet) e con prescrizione di controllo dell'emocromo, della PCR e di visita ematologica. Tre giorni dopo, Tizio ottiene il ricovero in Day Hospital, presso una U.O. di Ematologia di un altro nosocomio, dove gli viene praticato d'urgenza un salasso per ridurre l'ematocrito; eseguito il salasso, il paziente viene dimesso, con diagnosi di poliglobulia verosimilmente secondaria a malattia mielo - proliferativa e con l'invito a tornare entro tre giorni. Il giorno successivo alle dimissioni Tizio decede per cause imprecisate. Il procedimento penale si apre nei confronti dei Cardiologi e degli ematologi. Il consulente d'ufficio, ritenendo di essere di fronte ad un caso di morte improvvisa, non potendo esprimere un giudizio di certezza per l'assenza di esame autoptico, ipotizza che Tizio, a fronte dei molteplici fattori di rischio cardiovascolari coesistenti, associati alla policitemia, sia verosimilmente deceduto per un evento coronarico acuto e, nel valutare la condotta dei medici ed in particolare dei Cardiologi, disconoscendo che il salasso non rientra nella terapia delle sospette sindromi coronariche acute, muove l'appunto di non avere salassato il paziente, precisando però che non vi erano elementi eclatanti da rendere indifferibile il salasso stesso.

Il GIP, investito della questione a seguito di opposizione all'archiviazione proposta degli eredi di Tizio, pur non escludendo profili di colpa (quelli indicati dal CTU), facendo buon uso dei principi di cui alla citata sentenza Franzese, ha disposto l'archiviazione del caso ritenendo che l'incertezza sulle cause della morte non avrebbe consentito di esprimere un giudizio sulla sussistenza o meno di nesso causale tra il comportamento dei sanitari e l'evento, "con elevato grado di probabilità logica o di credibilità razionale" e di stabilire, "oltre ogni ragionevole dubbio", se la condotta omessa poteva impedire l'evento. Altro caso interessante è quello di Sempronio (anni 50), già affetto da ernia iatale che, in preda a forti dolori al petto, sudorazione, formicolio alla spalla sinistra e senso di soffocazione in gola, alle ore 21:30, si reca in un pronto soccorso. Viene sottoposto a visita medica, ad esami ematochimici, elettrocardiogramma e visita cardiologica, gli viene praticata terapia per epigastralgia e posta diagnosi di "precordialgia atipica per coronaropatia", dopo tre ore viene dimesso. Alle 10:30 del giorno successivo decede. L'esame autoptico accerta la causa della morte in una intossicazione acuta da cocaina. A seguito di opposizione all'archiviazione degli eredi

di Sempronio, viene disposta una nuova autopsia che si conclude con esito tossicologico negativo e con un diverso accertamento della causa della morte, individuata dal CTU (con un ragionamento francamente poco chiaro) in una ipopotassiemia responsabile di crisi cardiaca, misconosciuta dai sanitari. Sulla base di tale seconda perizia, i medici del pronto soccorso ed il Cardiologo sono oggi sottoposti a procedimento penale e la decisione è sub iudice. Senza presunzione alcuna, ma con il conforto di un eloquente parere medico - legale, mi sento di potere sostenere che il caso offre ampi e fondati spazi difensivi, non essendo scientificamente condivisibili le conclusioni alle quali è pervenuto il secondo perito d'ufficio. Il che induce ad una riflessione: la professione sanitaria è una attività ad alto rischio di errore ma la perizia d'ufficio se priva di criteriologia medico - legale e del giusto "equilibrio valutativo tra conoscenze scientifiche e pratica clinica", può costituire una vera e propria caccia all'errore e colpire il medico anche quando di errore non c'è traccia.

Il suggerimento: la raccolta del consenso e la precisione nella compilazione della cartella, con la dettagliata descrizione delle azioni e del ragionamento clinico che sostiene le decisioni assunte, possono ridurre il contenzioso e sottrarre a periti inesperti ed a magistrati, inevitabilmente incompetenti in materia, spunti di presunta colpevolezza anche omissiva.



Mario Tobino psichiatra

di Franco Bellato

88



Mario Tobino durante il conferimento della cittadinanza onoraria del Comune di Forte dei Marmi nell'agosto del 1977



Mino Maccari con Mario Tobino

Tracciare un breve profilo di Mario Tobino è per me, suo allievo e amico, difficile perché i dati oggettivi sono condizionati dalle dimensioni affettive di un rapporto che si è strutturato per venti anni, dal 1971 quando neolaureato lo conobbi all'Ospedale Psichiatrico di Magliano, all'anno della sua morte, avvenuta l'11 dicembre 1991 ad Agrigento ove si era recato per ricevere il Premio Pirandello.

Tobino è stato medico psichiatra e scrittore e se come scrittore ha conquistato fama e notorietà, come medico è necessario - e questo processo è iniziato da qualche anno - rivalutare le sue posizioni e le sue idee in modo corretto e oggettivo, dopo le distorsioni e le aberrazioni che hanno smiunito negli anni Ottanta del Novecen-

to la sua figura, a causa di malintesi, fraintendimenti e vizi ideologici che come sempre alterano la verità. Senza entrare in questo scritto nell'analisi dello scrittore, una cosa si può affermare: la ispirazione più sentita e profonda della sua narrativa è quella derivante dalla professione di medico psichiatra o dei matti come lui si definiva.

La follia è rappresentata in molti testi tobiniani in varia misura, da "La gelosia del marinaio" (1942), a "L'angelo del Liponard" (1951), a "Il deserto della Libia" (1952) e diventa protagonista ne "Le libere donne di Magliano" (1953), "Per le antiche scale" (1972), "Gli ultimi giorni di Magliano" (1982).

Precedenti tematici abbiamo anche in una lirica ("Il Manicomio di Anco-

Franco Bellato

VENTI ANNI CON MARIO TOBINO

1971 - 1991

Ricordi di lavoro e di amicizia

Presentazione di Adolfo Pazzagli



Edizioni Fondazione Mario Tobino
Lucca 2008

OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE
DI LUCCA / LZZ

52000 Pragnola (Lucca) 11-5-1990

Caro Franco,

l'anno scorso hai preparato la
festa a Biorlano.
Ma tocca a me, mentre il Ma-
nicomi è abbandonato e i
malati sono soli e disperati.
Vado via irato e triste!
Il mondo sento sempre più
lontano.
Ma tu vuoi bene a questo
povero vecchio, da tutti
odiato perché ama i male-
tti di Magliano e li amerà
fino alla fine.

Il tuo Mario Tobino

na") della raccolta "Veleno e amore" (1942), in due capitoli de "Il figlio del farmacista" (1942).

Qui interessa sottolineare gli aspetti del medico psichiatra formatosi a Bologna, ove si laureò nel 1936, abilitato a Perugia, e dopo il servizio militare come Ufficiale Medico di complemento a Merano, avviato nella professione a Bologna nel 1938.

"Avevo fin da ragazzo predilezione e interesse a capire i pensieri altrui. Così per vivere e fare lo scrittore sono diventato psichiatra".

Nel 1939 è all'Ospedale Psichiatrico di Ancona e nel 1940 a Gorizia dove sperimenta lo shock insulinico, allora ritenuto valido nella terapia della schizofrenia, e pubblica uno studio su "La sindrome di Cotard".

Con l'entrata in guerra dell'Italia il 10

giugno 1940 è inviato in Libia e poi, a causa di una ferita all'anca sinistra, è rimpatriato invalido di guerra nel 1942.

Il 9 luglio dello stesso anno prende servizio all'Ospedale Psichiatrico di Lucca e alla fine dell'anno consegue la Specializzazione in Clinica delle malattie nervose e mentali a Bologna. Afferma subito che occorre avere una visione complessiva del paziente, oltre i sintomi, e pone riferimenti olistici nella valutazione della sofferenza psichica.

È voce discordante dal coro della cultura italiana, prevalentemente neurologica, che concepiva la Psichiatria, quasi ancella da relegare nei manicomi.

In quel tempo, a parte Tanzi e Lugaro - autori dell'unico vero trattato

di psichiatria della prima metà del Novecento - Cargnello, Morselli, Barison, è Mario Tobino che pone, come i francesi e i tedeschi Binswanger, Husserl, Minkowski, la metafora, le immagini, elementi importanti nell'anamnesi clinica per descrivere e cogliere il significato dei sintomi e del comportamento dei malati molto meglio delle vecchie categorie psichiatriche, logore e fredde.

Nella prefazione alla nuova edizione di "Le libere donne di Magliano", Mondadori 1964, (il capolavoro era uscito nel 1953 presso Vallecchi), diceva che aveva scritto quel libro "per dimostrare che i matti sono creature degne di amore... Si avesse maggiore sollecitudine per la loro vita spirituale, per la loro libertà".

Tobino aveva colto il dato fondamen-

VIAGGIO INTORNO AL CUORE



90

tale della relazione medico - paziente, oggi sempre più misconosciuta a tutti i livelli, compreso quello psichiatrico: l'empatia.

Atteggiamenti quali introspezione, intuizione, sensibilità, sono fondanti per ogni approccio con il paziente e per ogni conoscenza psicopatologica, ben oltre gli item riduttivi, standardizzati, dei vari D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) dell'A.P.A. (American Psychological Association) adottati anche in Europa malgrado una grande cultura psichiatrica francese, tedesca e inglese.

Ha delineato i confini sfumati tra follia e norma e che la follia è una esistenza altra, diversa, ma sempre degna di comprensione umana. Addirittura il delirio, sintomo cardine delle psicosi dissociative secondo i maestri Jaspers, Kraepelin e Bleuler, privo di affettività e di emozionalità, è da Tobino colto nella sua ricchezza anche di dimensioni timiche e descrive questo in pagine incomparabili di poesia che commuove; anche le allucinazioni sono esperienze vissute, modi di essere nel mondo, espressioni di una diversa relazione con gli altri.

Delinea tutto ciò in indimenticabili figure: la Canti, la Viola è una libellula, la Sbisà è un topo, la Alfonsa dalle gambe di cammello serve in Casa Medici, la Lella accudisce, la Pitti è un sarcofago, la Fernanda e i marinai, Oscar Pilli sadico paranoico.

Silvano Arieti, maestro fuggito in America da Pisa per le persecuzioni razziali del 1938, divenuto grande conoscitore della schizofrenia, clinico, psicopatologo e psicoanalista di fama mondiale, decodifica nei suoi mirabili

lavori scientifici, il linguaggio schizofrenico e coglie quegli aspetti che Tobino ha descritto nella sua lunga esperienza di lavoro e di vita con i sofferenti psichici.

Sono testimone anche in una recente pubblicazione di scritti autografi a me diretti, "Venti anni con Mario Tobino 1971 - 1991 - Ricordi di lavoro e di amicizia", del dolore e della rabbia di Tobino per le modalità con le quali in Italia si è passati da una forma, ormai superata di assistenza psichiatrica ad una nuova modalità nel 1978, secondo le Leggi 180 e poi 833, i cui principi generali apprezzava, ma non i termini, la superficialità, la demagogia, la carenza di mezzi finanziari e di strutture, propri del nostro Paese, raccomandando di continuare a curare e amare i pazienti negli ospedali psichiatrici "fino a che ve ne fosse uno solo".

Per questo è stato denigrato, attaccato come fascista, reazionario, aristocratico, etc. - ha invece testimoniato la Resistenza in un libro intenso e sofferto come "Il clandestino" (1962) -, alla fine del suo lavoro ospedaliero andando in pensione nel 1980 e soffrendo per l'abbandono dei malati, le fughe, le dimissioni selvagge, le deportazioni interne, i suicidi dei malati dell'Ospedale di Maggiano.

Oggi è iniziato, anche tramite la Fondazione che porta il suo nome, un nuovo tempo di sereno confronto, approfondimento e discussione sulla psichiatria, nelle sue varie e complesse componenti secondo quello che è canone della scienza e non delle ideologie che dovrebbero essere ormai tramontate e relegate al giudizio della storia.

La figura di Tobino come medico ritrova oggi tutto il suo valore e il suo significato di testimone clinico e appassionato attuale anche a indicare ai giovani le modalità della diagnosi e della cura fondate sull'ascolto della sofferenza mentale.

Storia dei valdesi di Calabria Il parte

Alcune considerazioni sul popolo di San Sisto dopo l'eccidio del 1561

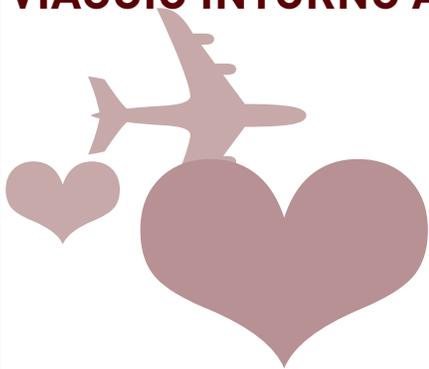
di Antonio Perrotta



Figura 1
Abitello giallo con una
croce rossa avanti ed una
dietro

Dopo il massacro del giugno 1561, nel mese di settembre, si diede inizio alla confisca dei beni appartenuti agli eretici. Il Viceré di Napoli autorizzò il Magnifico Giudice della Vicaria, Annibale Moles, ad incamerare i beni dei valdesi di San Sisto. Nel mese di ottobre, tramite lettera, informava il Viceré del suo operato e del fatto che alcuni "clerici" saccheggiavano le case e commettevano delitti atroci. Intanto, nelle carceri di Cosenza, gli eretici superstiti furono sottoposti ad ennesima abiura e quindi scarcerati; rientrati a S. Sisto chiesero ripetutamente al governatore i loro beni e, tra il 1563 e il 1564, gli averi confiscati furono restituiti, mentre i possedimenti dei valdesi morti venivano definitivamente incamerati e venduti dalla Regia Corte. Gli eretici che si erano riappropriati dei beni, avevano però l'obbligo di indossare l'abito della vergogna, "l'abitello" di colore giallo con una croce rossa avanti ed una dietro; inoltre erano tenuti a rispettare rigorosamente tutte le regole imposte prima dell'eccidio da Fra' Valerio Malvicino e dalla Santa Inquisizione.

La vigilanza sul rispetto di tali regole era affidata al parroco del luogo Fra' Bernardino Alimena, che però a causa dell'avanzata età e dei numerosi acciacchi trascurava quest'obbligo. All'inizio del 1563 Fra' Bernadino moriva e, nel mese di maggio, gli succedeva Galeazzo Elefantucci che destituito subito, veniva sostituito da Marco Antonio Carafa fino al 1568. In questo periodo la Santa In-



quisizione ebbe particolare attenzione per alcuni eretici ribelli tra cui Felice Pergola che per sfuggire agli inquisitori si rifugiò prima a Ginevra, poi in Piemonte ed infine a Lione dove nel 1567 fu arrestato. Anche la famiglia Giaimo fu perseguitata, primo fra tutti Marc'Antonio, "sindaco" di San Sisto prima dell'eccidio; Marc'Antonio abiurò definitivamente nel carcere di Roma (settembre 1564) e gli fu inflitta la pena di cinque anni di prigionia. Dal 1569 in poi i rappresentanti della Chiesa si interessarono alle abiure degli eretici sopravvissuti; anche il Vescovo di Muro, dalla Puglia venne in Calabria per indagare sul popolo valdese ed in particolare su Michele Tunda, Giovanni e Tommaso Gaudino ritenuti eretici particolarmente pericolosi. In questo periodo la convivenza tra parroco e valdesi fu molto difficile; verso la fine dell'anno 1584 fu nominato Sebastiano Schioppi, Abate di San Sisto e Vaccarizzo proprio con l'intento di ottimizzare la convivenza tra clero ed eretici. La situazione non migliorò: da alcuni documenti risulta che i valdesi vivevano nell'anarchia assoluta ignorando le regole della Santa Inquisizione.

I resoconti sul comportamento dei valdesi, da parte della Chiesa, divennero, sempre più rigidi e frequenti, ma i valdesi continuavano a rifiutare il matrimonio con gli italiani e seguivano a professare la loro fede. Dopo numerose lamentele e sollecitazioni, Don Sebastiano Schioppi ottenne dalla Santa Congregazione una nuova ordinanza stilata e sottoscritta dal Papa Clemente VIII datata 29 agosto 1592; questa fu espressamente emanata per il popolo di San Sisto e

successivamente estesa anche alle comunità di Vaccarizzo e di Guardia Piemontese. L'ordinanza imponeva ai valdesi di ascoltare la messa tutte le mattine prima di recarsi al lavoro e di partecipare anche alla messa festiva; chi mancava agli obblighi, superando le tre assenze, era soggetto ad un giorno di carcere o a castighi stabiliti e inflitti a discrezione del Rettore. I figli degli eretici, all'età di cinque anni, avevano l'obbligo di frequentare la scuola per apprendere la lingua italiana ed imparare la dottrina cristiana; per la mancata partecipazione, verificata tramite i registri dal maestro e dal Rettore, venivano debitamente puniti i genitori. Nei giorni di festa, dopo il pranzo, il maestro ed il Rettore, al suono di un campanello, radunavano i bambini in chiesa per l'insegnamento della dottrina cristiana e per la preghiera che doveva essere recitata giornalmente in classe, mattina e sera. Ai valdesi venivano imposti, inoltre, l'accoglienza dell'eucarestia ed un predicatore per i giorni di festa da pagare a loro spese. Per allontanarsi dal paese per più di cinque giorni, dovevano chiedere l'autorizzazione al parroco tramite una richiesta scritta, ma anche per chi faceva uso della lingua occitana,



*Figura 2
Valdese con collare di
ferro e correggia (disegno
di Franco Bitonti)*

le pene da scontare erano molto dure. I valdesi che trasgredivano una volta, scontavano un giorno di carcere, ma alla terza venivano costretti a recarsi a piedi alla chiesa di San Francesco di Paola per poi giustificare anche l'arrivo; quelli che per più di tre volte violavano le regole erano obbligati, in tre giorni di festa, ad ascoltare la funzione religiosa portando un collare di ferro, una candela accesa in mano, legati da una correggia all'ingresso della Chiesa. Giovanni Battista De Paola, Rettore a San Sisto per più di venti anni fino al 1618, non riuscì in alcun modo a far rispettare in pieno l'ordinanza e nel maggio del 1626 fu sostituito da un antieretico per eccellenza, Don Matteo Rocco, originario di Montalto. Questi, sin dai primi giorni, tenne un comportamento molto ostile con i valdesi del luogo. Nel casale iniziò un periodo di vera e propria esasperazione. Dalla numerosa corrispondenza rinvenuta negli Archivi del Sant'Ufficio, si desume come l'abate non rispettasse il contenuto dell'ordinanza del 1592, tanto che il comportamento di Don Matteo insospettì pure l'Arcivescovo di Cosenza che informò la Santa Inquisizione dei propri sospetti. Tale comunicazione non diede però gli esiti sperati poiché l'abate



*Figura 3
Valdese incatenato ed
inceppato (disegno di
Franco Bitonti)*



anche gli Arcivescovi di Cosenza Eligio Caracciolo ed Andrea Brancaccio, particolarmente coercitivi nel controllare il popolo valdese.

Da questo momento in poi la Chiesa ebbe, nei confronti dei valdesi di S. Sisto e Vaccarizzo, rapporti sempre più naturali, agli ultramontani venne anche offerto aiuto morale e spirituale. Nei due casali intanto giunsero numerosi frati di diversi ordini che si impegnarono per la sparizione quasi definitiva del culto e della cultura valdesi.

A San Sisto, oltre la memoria storica, si trovano ancora significative testimonianze del passaggio valdese: le tipiche costruzioni valdesi (anche se in buona parte ristrutturate), alcuni palazzi gentili e la stessa chiesa matrice edificata con manodopera valdese ed ultimata cinque anni prima della strage; nelle campagne circostanti, a testimonianza della loro presenza, si trovano ruderi, alberi secolari di gelso, castagni ed ulivi. Sono numerose le famiglie, presenti nel territorio sansistese e nei suoi dintorni, che conservano il cognome di origine valdese, come Ruà, Filippo, Arnone, Aurello, Bandino, Braino, Canale, Cardamone, Cesario, Conte, Coscione, Costanzo, Crispino, De Martino, Ferrante, Lombardo, Longo, Marotta, Migliaro, Milano, Muglia, Nigro, Ortino, Ragho, Re, Rizzo, Russo, Santoro, Traverso e molti altri. Di particolare interesse sono i cognomi Traverso e Migliaro perchè Orifina Traverso di San Sisto fu la madre del teologo scienziato montaltese Foscarini nato intorno al 1580 e Teresa Migliaro di Vaccarizzo, invece, diede alla luce il Beato Bernardo Maria Clausi

inviava a Roma numerose relazioni che giustificavano il suo operato, anzi otteneva poteri sempre più forti. Nel gennaio del 1637, però, l'Arcivescovo di Cosenza, acquisiti il memoriale del Duca di Montalto e l'indagine esperita nel casale, informava il Tribunale della Santa Inquisizione di tutti gli abusi che l'abate praticava a San Sisto.

Dopo la relazione il vescovo scrisse al Tribunale numerose lettere, dalle quali si apprende anche che Don Matteo si era spostato a Vaccarizzo per controllare meglio gli eretici che si erano trasferiti in quel luogo per sfuggire ai suoi ordini.

L'abate, coadiuvato da un gruppo di malviventi, sorto come guardia del corpo, seminava terrore, estorceva denaro, si appropriava indebitamente di animali, grano, ortaggi e abusava perfino di alcune donne. In un documento si apprende che una notte, Don Matteo ed i suoi banditi, entrarono con la forza nell'abitazione di M. Antonio Guarnirei, presero la moglie, la portarono via e la violentarono; Guarnirei e la sua famiglia, dopo questo episodio, abbandonarono definitivamente il paese. In seguito ai numerosi e frequenti abusi, ai danni dei valdesi di San Sisto e Vaccarizzo, nell'ottobre 1638 l'eretico Michelangelo

Muglia uccise l'abate, probabilmente consigliato dallo stesso Governatore di Montalto, Fran.co Fernandex Olimi. Dopo la morte di Don Matteo per San Sisto e Vaccarizzo, furono nominati cappellani Marcantonio Caruso e Matteo Cardilia, ma agli inizi del 1643, fu incaricato Abate di San Sisto, Don Paolo Canigliano.

Questi, ben presto si adeguò all'eredità comportamentale del suo predecessore e, sempre in nome e per conto della Santa Inquisizione perpetrava gli stessi abusi, con le medesime modalità. Anche Don Paolo, insieme al fratello ed al corpo di guardia, armati di "archibugetti", rapirono nottetempo Maria Ortina, donna onesta del casale di Vaccarizzo e la portarono nell'abitazione dell'Abate, dove per più giorni abusarono di lei. Dal 1650 in poi, i valdesi dei due casali, collaborati dal Governatore di Montalto, informarono dettagliatamente l'Arcivescovo di Cosenza ed il Tribunale della Santa Inquisizione di ciò che accadeva; dopo l'indagine e la relazione del Vescovo di San Marco, Don Paolo fu definitivamente destituito da tutti i poteri inquisitoriali.

Trascorso circa mezzo secolo, dalla destituzione di Canigliano, la Santa Inquisizione privò degli stessi poteri



L'amore per Montale: unico varco nel "male di vivere" tra la "divina Indifferenza"

di *Silvana Ruffolo*

"Io sono stato un poeta che ha scritto un'autobiografia poetica, senza cessare di battere alle porte dell'impossibile. Non oserei parlare di mito nella mia poesia, ma c'è il desiderio di interrogare la vita. Agli inizi ero scettico, influenzato da Schopenhauer. Ma nei miei versi della maturità ho tentato di sperare, di battere al muro, di vedere ciò che poteva esserci dall'altra parte della parete, convinto che la vita ha un significato che ci sfugge. Ho bussato disperatamente come uno che attende risposta"
(E. Montale, 1965)

È questa la sintesi che Montale fa del tema conduttore della sua poetica a cui resta sempre fedele: l'attesa di un varco che all'improvviso si apra, spezzando d'incanto l'opprimente sequenza di atti vuoti dell'esistenza. Il messaggio che il poeta dà attraverso i suoi versi non riguarda le regole antiche del sentimento, l'ordine degli affetti, le nitide descrizioni, bensì riguarda l'uomo di fronte alle estreme ragioni della sua esistenza e lo fa senza retorica, con un lessico "scabro ed essenziale". La parola di Montale è sempre compresa in un contesto intimo tra la sua fisicità (paesaggi

liguri dirupati ed aridi, bruciati dal sole, tragici eventi quotidiani) e la sua metafisicità del messaggio che ad essa è affidato: l'uomo è solo ed incerto in un mondo ostile e le cose ed i loro eventi non sono che simboli del "male di vivere".

La prima raccolta di versi, **Ossi di seppia**, rappresenta per Montale, la poesia "universalistica" della giovinezza, quando ancora l'individuo è privo di una propria storia apprezzabile.

Le Occasioni, invece sono la poesia della maturità, quando si profila l'unicità della storia personale: "Più andiamo lontano, e più personale, più unica si fa la vita". Si intravede la dimensione di un destino individuale che si presenta con il suo carico di segreti, di ombre, di profondità, di memorie.

Si giunge così in questa direzione a **La Bufera** e altro la raccolta in cui culmina e si esaurisce questa fase della ricerca poetica montaliana. Con le ultime raccolte (**Xenia I e II, Satura I e II**), le prospettive del discorso poetico cambiano radicalmente. Al "Tu" di un generico interlocutore si sostituisce la presenza della figura femminile (il poeta si rivolge per lo più alla moglie Drusilla Tanzi morta

nel 1963) che diventa il destinatario privilegiato all'interno del testo. I personaggi corrispondono a persone realmente esistite e care al poeta, ma anche qui la donna riveste una funzione emblematica di tramite tra la realtà fenomenica (le cose e la storia in cui sono inserite) e quella metafisica (il destino dell'uomo da compiersi altrove). Non a caso le donne sono cantate solo dopo la loro scomparsa: l'assenza diventa la condizione essenziale della loro presenza poetica. La donna, per Montale, ha quasi una funzione salvifica e diventa così una specie di "Beatrice" dantesca che accompagna il poeta nel suo viaggio.



Studio fotografico delle mani, appoggiate su una macchina da scrivere, del poeta Eugenio Montale

Merigiare pallido e assorto

Merigiare pallido e assorto
presso un rovente muro d'orto,
ascoltare tra i pruni e gli sterpi
schiocchi di merli, frusci di serpi.

Nelle crepe del suolo o su la vecchia
spiar le file di rosse formiche
ch'ora si rompono ed ora s'intrecciano
a sommo di minuscole biche.

Osservare tra frondi il palpitare
lontano di scaglie di mare
mentre si levano tremuli scricchi
di cicale dai calvi picchi.

E andando nel sole che abbaglia
sentire con triste meraviglia
com'è tutta la vita e il suo travaglio
in questo seguire una muraglia
che ha in cima cocci aguzzi di bottiglia.

Eugenio Montale, OSSI DI SEPPIA, 1920 - 1927

Spesso il male di vivere ho incontrato

Spesso il male di vivere ho incontrato:
era il rivo strozzato che gorgoglia,
era l'incartocciarsi della foglia
riarsa, era il cavallo stramazato.

Bene non seppi, fuori del prodigio
che schiude la divina Indifferenza:
era la statua nella sonnolenza
del meriggio, e la nuvola, e il falco alto levato.

Eugenio Montale, OSSI DI SEPPIA, 1920 - 1927

Non recidere, forbice, quel volto

Non recidere, forbice, quel volto,
solo nella memoria che si sfolla,
non far del grande suo viso in ascolto
la mia nebbia di sempre.

Un freddo cala...Duro il colpo svetta.
E l'acacia ferita da sé scrolla
il guscio di cicala
nella prima belletta di Novembre.

Eugenio Montale, LE OCCASIONI (Mottetti), 1928 - 1939

La casa dei doganieri

Tu non ricordi la casa dei doganieri
sul rialzo a strapiombo sulla scogliera:
desolata t'attende dalla sera
in cui v'entrò lo sciame dei tuoi pensieri
e vi sostò irrequieto.

Libeccio sferza da anni le vecchie mura
e il suono del tuo riso non é più lieto:
la bussola va impazzita all'avventura
e il calcolo dei dadi più non torna.
Tu non ricordi; altro tempo frastorna
la tua memoria; un filo s'addipana.

Ne tengo ancora un capo; ma s'allontana
la casa e in cima al tetto la banderuola
affumicata gira senza pietà.
Ne tengo un capo; ma tu resti sola
né qui respiri nell'oscurità.
Oh l'orizzonte in fuga, dove s'accende
rara la luce della petroliera!
Il varco é qui? (Ripullula il frangente
ancora sulla balza che scoscende ...).
Tu non ricordi la casa di questa
mia sera. Ed io non so chi va e chi resta.

Eugenio Montale, LE OCCASIONI, 1928 - 1939

I VERSI DEL CUORE



96 **Dicono che la mia...**

Dicono che la mia
sia una poesia d'inappartenenza.
Ma s'era tua era di qualcuno:
di te che non sei più forma, ma essenza.
Dicono che la poesia al suo culmine
magnifica il Tutto in fuga,
negano che la testuggine
sia più veloce del fulmine.
Tu sola sapevi che il moto
non è diverso dalla stasi,
che il vuoto è il pieno e il sereno
è la più diffusa delle nubi.
Così meglio intendo il tuo lungo viaggio
imprigionata tra le bende e i gessi.
Eppure non mi dà riposo
sapere che in uno o in due noi siamo una sola cosa.

Eugenio Montale, SATURA (Xenia I), 1962 - 1970

Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale

Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale
e ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino.
Anche così è stato breve il nostro lungo viaggio.
Il mio dura tuttora, né più mi occorrono
le coincidenze, le prenotazioni,
le trappole, gli scorni di chi crede
che la realtà sia quella che si vede.

Ho sceso milioni di scale dandoti il braccio
non già perché con quattr'occhi forse si vede di più.
Con te le ho scese perché sapevo che di noi due
le sole vere pupille, sebbene tanto offuscate,
erano le tue.

Eugenio Montale, SATURA (Xenia II), 1962 - 1970

Claude Monet, Gola a Varengeville, 1882



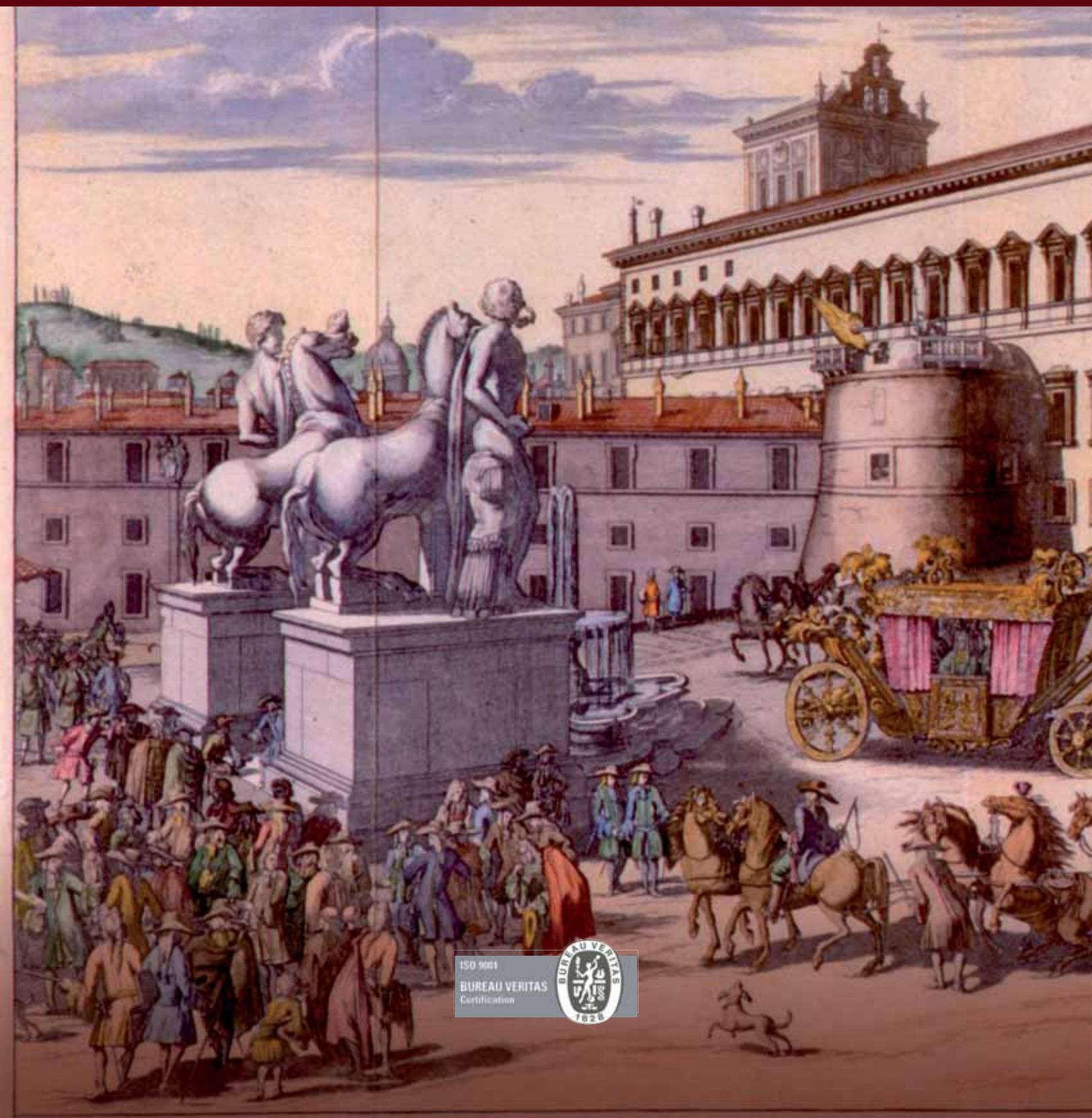


CENTRO FORMAZIONE
piano annuale formativo

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

2009

www.anmco.it



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

