

# Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

MARZO-APRILE 2009 N° 168

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

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



*Ricerca, innovazione e qualità*



# ANMCO 2009



Heart  
Care  
Foundation



In copertina opera di  
**Raffaello Sanzio**,  
*San Giorgio e il Drago*  
olio su tavola  
1505 - 1506



**N. 168 - marzo/aprile 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 Uguccioni**

Redazione  
**Simonetta Ricci, Luana Di Fabrizio**  
E-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

**ANMCO**  
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze  
Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350  
[segreteria@anmco.it](mailto:segreteria@anmco.it)  
[www.anmco.it](http://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**

## ANMCO E HCF AL QUIRINALE

Gli interventi integrali di  
*Attilio Maseri*  
*Roberto Ferrari*  
*Salvatore Pirelli*  
*Paolo Marino*  
*Giuseppe Di Pasquale*  
*Ferruccio Fazio*  
*Margherita Calcagnino*  
*Giorgio Napolitano*



Al Quirinale tra storia, presente e futuro  
*di Francesco Chiavella*

Dal Presidente Napolitano apprezzamento e stima alla Cardiologia Italiana  
*di Francesco M. Bovenzi*

Le Borse di studio "per il Tuo cuore": una grande opportunità per giovani ricercatori  
*di Margherita Calcagnino*

La ricerca in ANMCO: una proposta di mediazione tra ricerca tradizionale e innovativa  
*di Andrea Di Lenarda*

**HCF RISPONDE**  
La Presidenza di HCF: onore e piacere  
*di Attilio Maseri*

Il 5 per mille: un'occasione da non perdere  
*di Laura Bellicini*

Federazione Italiana di Cardiologia: ripartiamo da San Valentino  
*di Giuseppe Di Pasquale*

**DAL JCM**  
Adipochine: un legame tra obesità, aterosclerosi e malattie cardiovascolari  
*di M. Chiariello e P. Cirillo*

## DALLE AREE

**3 AREA ARITMIE**  
**5** Biennio 2009 - 2010: **28**  
**6** progetti da concludere e nuove idee  
**7** da sviluppare  
**8** *di Massimo Zoni Berisso*  
**9**

**11 AREA CHIRURGICA**  
**12** La Cardiochirurgia mininvasiva: **31**  
un'offerta innovativa per i casi complessi  
*di Luigi Martinelli*

**AREA EMERGENZA - URGENZA**  
Perchè una tastiera ed un mouse **34**  
in una moderna Unità di Terapia Intensiva Cardiologica?  
*di Paolo Trambaiolo*

**AREA INFORMATICA**  
**13** Le Ragioni Cliniche e **37**  
Professionali della Condivisione dell'Imaging Diagnostico  
*di Guido Giordano*

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE**  
Inchieste e verbali: **40**  
l'Area in commissariato?  
*di Andrea Rubboli*



**AREA MANAGEMENT & QUALITÀ**  
**22** Il progetto del nuovo **42**  
Comitato di Coordinamento  
*di E. Pasini, D. Pavan, P. Corsetti, G. Italiani, V. Lenti, G. Levantesi*

**AREA NURSING**  
**1°** Corso piemontese iterativo **44**  
per Infermieri per eseguire i controlli dei Pace Maker  
*di L. Plebani, M. Giammaria, E. Occhetta, V. Martinelli*

## DALLE REGIONI

### CALABRIA

La Calabria "per il Tuo cuore" **46**  
*di Roberto Ceravolo*



### EMILIA ROMAGNA

"Quando l'unione fa...  
la Cardiologia" **48**  
*di G. Piovaccari e N. Franco*

### LAZIO

La sfida della prevenzione  
secondaria nella regione Lazio **50**  
*di Furio Colivicchi*

### LOMBARDIA

Le Convention delle UTIC  
lombarde **52**  
*di Claudio Cuccia*

### MARCHE

Le Marche "per il Tuo cuore" **53**  
*di Roberto Accardi*



### PUGLIA

La Puglia "per il Tuo cuore" **55**  
*di Alessandro Vilella*



### SICILIA

La Sicilia "per il Tuo cuore" **57**  
*di A. Ajello e E. Mossuti*

### UMBRIA

L'Umbria "per il Tuo cuore" **58**  
*di G. Alunni, M. G. Sardone, D. Bovelli,  
R. Liberati, S. Mandorla, C. Martino,  
D. Severini, G. Ambrosio, G. Arcuri, E.  
Boschetti, C. Cavallini, M. Girelli, G.  
Maragoni, F. Patriarchi*

### VENETO

Riprese a pieno ritmo  
le attività del Consiglio Direttivo  
ANMCO Veneto **60**  
*di Giampaolo Paschetto*

### FORUM

Il pensiero debole  
in Cardiologia **62**  
*di Fabrizio Cellerini*

Prospettive terapeutiche  
per lo Scompenso Cardiaco Acuto **65**  
*di Mario Chiatto*

Individuare e trattare  
la dislipidemia nei bambini e negli  
adolescenti: le nuove Linee Guida  
dell'accademia americana di pediatria  
hanno una sufficiente evidenza? **67**  
*di S. Scardi e G. Ceschia*



### FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO

Contratto Collettivo **69**  
Nazionale di Lavoro 2006 - 2009  
della Dirigenza Medica e Veterinaria  
*di Giuseppe D'Auria*

### IL PARERE LEGALE

Consenso informato:  
stato e prospettive **71**  
*di Ornella Mafri*



LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI **73**  
Giovani Cardiologi  
e l'auscultazione cardiaca  
*di Rosa Pecoraro*



VIAGGIO INTORNO AL CUORE **75**  
Cuore e cardiopatie  
nelle ricerche di Erofilo di Calcedone  
*di Giuseppe Squillace*



## DETTO COL CUORE

### Signor Presidente della Repubblica,

desideriamo esprimere tutta la nostra gratitudine per aver accolto al Quirinale questa ampia rappresentanza della Cardiologia degli ospedali di tutto il territorio nazionale. Questa Cardiologia si è distinta già dagli anni '80, con il primo Studio GISSI (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico), un acronimo che è diventato celebre per tutta la Cardiologia mondiale ed è stato seguito da altri celebri Studi GISSI. I risultati delle ricerche del primo studio GISSI effettuato in 176 Cardiologie di tutt'Italia, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, hanno rivoluzionato la terapia dell'infarto del miocardio in tutto il mondo, ridu-

condone drasticamente la mortalità. Infatti hanno dimostrato che l'infarto acuto è causato da un trombo che occlude improvvisamente un'arteria coronaria (fatto allora non ancora accertato) e che la terapia è una lotta contro il tempo: prima si interviene maggiore è la riduzione del rischio, l'intervento entro un'ora riduce la mortalità del 50%. A quell'epoca ero Professore all'Università di Londra e, da spettatore lontano, questi risultati mi hanno fatto sentire orgoglioso di essere italiano. Gli straordinari risultati di queste ricerche sono stati resi possibili dalla collaborazione in rete di tantissime Cardiologie per la raccolta delle casistiche secondo proto-

colli condivisi, coordinanti dal Centro Studi della Fondazione a Firenze che accoglie già una banca dati di 100.000 casi. È stato proprio l'enorme potenziale di questa rete italiana di Cardiologie a convincermi non solo ad accettare l'invito dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) a presiedere la loro Fondazione HCF Onlus, ma anche a farvi confluire la Fondazione Onlus "per il cuore", che al mio rientro da Londra, avevo costituito a Roma con alcuni cari amici (che ringrazio ancora!) in particolare Susanna Agnelli, Andrea Monorchio, Fabiano Fabiani e Umberto Vattani. Ora questa rete di Cardiologie, sotto l'egida "per il

Tuo cuore”, si accinge a rispondere a quesiti fondamentali tuttora irrisolti, di nuovo prima al mondo:

- l'intervento precoce nell'infarto riduce la mortalità del 50%, come dimostrato dal primo studio GISSI, ma non è efficace nel rimanente 50%: perché?

- in molte persone lo sviluppo delle malattie cardiovascolari è molto diverso da quello predetto sulla base delle attuali conoscenze: perché?

Risposte a questi interrogativi possono solo venire da una ricerca clinica che selezioni i gruppi di pazienti che più si discostano dal comportamento previsto sulla base delle conoscenze attuali. È proprio su questi gruppi di casi che si deve poi focalizzare la ricerca di base per scoprire nuovi obiettivi terapeutici e personalizzare appropriatamente la terapia e la prevenzione.

La rete per la raccolta dei casi clinici è quella già collaudata del Centro Studi della Fondazione. Oltre 450 Cardiologie hanno già manifestato il loro interesse nell'iniziativa.

Le banche dati clinici sono già disponibili nella sede della Fondazione a Firenze e le banche biologiche presso l'Istituto Mario Negri, di cui saluto il Direttore, Professor Garattini, e l'Istituto Superiore di Sanità di cui saluto il Presidente, Professor Garaci.

Un Comitato strategico per la ricerca clinica innovativa è già stato costituito con sette membri italiani e cinque stranieri.

Lo scorso novembre è stato emesso un bando per cinque Borse di studio per la ricerca clinica innovativa al quale hanno risposto 19 candidati. Ai cinque vincitori, dei quali uno rientra in

Italia da Londra e uno è specialista in Cardiocirurgia, oggi verranno consegnate dal Presidente della Repubblica, le Borse di studio.

Il momento culminante di questa cerimonia sarà la consegna di due targhe come riconoscimento dei successi degli Studi GISSI a due pionieri di questa impresa originale, tutta italiana, il Professor Fausto Rovelli, in rappresentanza dei ricercatori clinici ed il Dottor Gianni Tognoni in rappresentanza dei ricercatori Mario Negri. Spronata dall'esempio di questa coraggiosa impresa e dal suo successo, ora la rete delle Cardiologie italiane si accinge a spostare lo sguardo dal paziente “medio” a quelli che dal comportamento medio più si discostano, segnalandoci che loro hanno meccanismi di malattie diversi, ancora da scoprire. Inizierà così una strategia di ricerca clinica innovativa, prima nel mondo, sulla cui necessità i “guru” della Cardiologia mondiale riuniti in Friuli a maggio scorso si sono trovati del tutto concordi. Apriamo quindi una nuova generazione di Studi GISSI: gli Studi GISSI OUTLIERS. Questi studi saranno aperti a tutti i Cardiologi e Ricercatori italiani, clinici e di base, dell'Istituto Superiore di Sanità, degli Ospedali, dell'Istituto Mario Negri, degli Istituti Universitari, e del CNR. Sono convinto, Signor Presidente, che l'apprezzamento per il successo mondiale degli Studi GISSI, che Lei oggi ha voluto manifestare in forma così solenne, sarà di forte incoraggiamento per i giovani di tutte le branche e Società Scientifiche della Cardiologia italiana a credere nel loro avvenire. Confido che i successi degli Studi GISSI diano ai giovani il coraggio di adoperarsi per

curare non solo le malattie secondo Linee Guida e protocolli standardizzati, ma anche l'ammalato con le sue peculiarità individuali. Di qui la nostra unione “spirituale” con le società di volontariato cardiovascolare, raggruppate in Cona CUORE e rappresentate oggi qui dal suo Presidente Professor Spinella.

A scuola abbiamo imparato che “fatti non foste a viver come bruti ma per seguir virtute e canoscenza”, e che, per questo, lo sprone ci viene dalle “urne dei forti”. È tempo che i fatti e l'esempio valgano più delle dichiarazioni di intenzioni.

*Attilio Maseri*

Presidente Fondazione

“per il Tuo cuore” - HCF Onlus

# Signor Presidente, cari Colleghi

la Società Europea di Cardiologia che rappresento è la più grande Società Scientifica del mondo, con più di 64.000 iscritti. È una Federazione di 52 Società cardiologiche nazionali. Abbiamo poi affiliato nel mondo ben 30 nazioni e 2 continenti. Con questi si superano 10 milioni di Soci! Organizziamo un Congresso annuale che riunisce 35.000 Cardiologi, produciamo Registri e Linee Guida, abbiamo ottenuto una risoluzione del Consiglio dei Ministri Europei per la prevenzione delle coronaropatie. La Sede è a Nizza, dove lavorano 120 persone. Abbiamo una Fondazione di Ricerca a Londra e stiamo istituendo una Fondazione Umanitaria "A European Heart for Children" allo scopo di aiutare bambini con cardiopatie congenite nei paesi più bisognosi. Tra una settimana, partirà la prima missione in Kosovo e mi auguro che la sua Presidenza, così come molte altre, voglia supportare questa iniziativa umanitaria. Lascio a voi immaginare la soddisfazione di guidare questa organizzazione. Oggi mi preme sottolineare, Signor Presidente, che mi sento orgoglioso di essere italiano perché so di rappresentare una delle Cardiologie migliori, se non la migliore d'Europa. La Cardiologia italiana è buona sotto tutti gli aspetti: politico, il nostro Servizio Sanitario Nazionale è criticato in patria, ma è invidiato in Europa. In pochi paesi il diritto alla salute è così ben tutelato come in Italia. Tra l'altro siamo stati i primi in Europa a fare la legge antifumo in concreto apporto alla prevenzione. La Cardiologia italiana è eccellente sotto il profilo operativo. Ogni cittadino da Aosta a Palermo ha a disposizione una

rete capillare di Cardiologi in grado di dare una risposta adeguata e all'avanguardia. Non solo, la stessa rete di Cardiologi si è "miracolosamente" unita circa 20 anni fa nell'intento di fare ricerca clinica cooperativa. Ne è nato un modello, quello degli Studi GISSI, Signor Presidente, che vari paesi del mondo tentano di copiare ma non ci riescono. Gli Studi GISSI sono e restano un fenomeno esclusivamente Italiano. Si tratta di una rete che ha coagulato la maggior parte dei Cardiologi del paese in studi di popolazione al fine di dare risposte concrete basate sull'evidenza ad approcci terapeutici innovativi. I primi Studi GISSI hanno rivoluzionato la terapia dell'infarto, altri ci hanno insegnato come prevenirlo ed altri ancora, più recenti, come trattarne le complicanze. Questa rete cooperativa non ha solo l'obiettivo di studiare nuove soluzioni terapeutiche, ma anche quello di contribuire alla buona pratica clinica quotidiana: lavorando insieme, confrontandosi, parlando, si migliora. Le pubblicazioni degli Studi GISSI tracciano la storia di un paese intelligente ed unito nella lotta delle malattie cardiovascolari. Tutto ciò è stato possibile grazie all'intuizione di due persone che oggi vengono giustamente premiate - Fausto Rovelli e Gianni Tognoni - ma indubbiamente essere qui con Lei, Signor Presidente, è un momento di festa e di soddisfazione per la Cardiologia Italiana. La storia della ricerca cooperativa non finisce qui. La rete GISSI, sotto la guida di Attilio Maseri, cercherà di capire non solo la cura ma anche i meccanismi fisiopatologici alla base delle malattie cardiovascolari producendo un osservatorio di quei

malati che fanno eccezione nel bene o nel male e attraverso indagini di ogni tipo: genetiche, molecolari cui parteciperà il paese intero. Speriamo si arrivi alla base del problema. E di questo, Signor Presidente, oggi, abbiamo bisogno. Se è vero che la comunità Cardiologica ha contribuito ai 10 anni di aumento della vita media per ben 6 anni e 7 mesi (contro i 2.4 mesi dell'oncologia) è anche vero che in Europa ogni 38 secondi si ha un attacco cardiaco ed ogni minuto una persona muore per infarto. Quindi, Signor Presidente, i Cardiologi non hanno risolto il problema. La mortalità cardiovascolare continua ad essere e sarà ancora per i prossimi 20 anni la maggior causa di morte nei paesi industrializzati e non solo. Abbiamo "rimandato" la mortalità cardiovascolare a spese di un numero crescente di recidive coronariche e casi invalidanti di scompenso con grave compromissione della qualità della vita e aumento della Spesa Sanitaria. La lotta continua. La Cardiologia italiana e quella europea sono in prima linea e sono certo che uniti ci riusciremo.

*Roberto Ferrari*

Presidente Società Europea di Cardiologia

## Illustrissimo Signor Presidente,

è per me un grande privilegio rappresentare, davanti a lei e alle altre Autorità presenti, in questa straordinaria cornice, l'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri. L'Associazione, che ho l'onore di presiedere, conta oltre 5.000 iscritti che operano nel Sistema Sanitario Nazionale ed è stata fondata agli inizi degli anni '60 da un gruppo di insigni maestri che fin da allora avevano chiaro l'impatto sulla salute delle malattie cardiovascolari. La finalità prioritaria dei Soci Fondatori era quella di sviluppare e diffondere la cultura Cardiologica e di entrare a far parte della organizzazione sanitaria ospedaliera con piena dignità di autentica specializzazione. A partire da allora i membri della Associazione si sono generosamente impegnati intervenendo nella programmazione sanitaria a vari livelli istituzionali, nella formazione e nell'aggiornamento degli specialisti, nella divulgazione dei risultati della ricerca scientifica, nel controllo della qualità e della appropriatezza delle metodologie diagnostiche e terapeutiche. La Associazione si articola in Sezioni Regionali che ne rappresentano il tessuto connettivo e la forza operativa. Il forte legame associativo

ha favorito tra i Cardiologi una nuova concezione e metodologia di lavoro, meno individualista e più corale, che ha consentito di "lavorare in rete" che è il vero segreto dei successi degli Studi GISSI che a partire dagli anni '80 hanno indicato alla comunità medica internazionale come migliorare la terapia dell'Infarto Miocardico e successivamente come gestire al meglio i pazienti sopravvissuti all'evento acuto. Dal 1992 l'Associazione si è dotata di un Centro Studi per acquisire dati sulla epidemiologia delle malattie cardiovascolari in Italia e gestire la ricerca clinica: sono oltre 100.000 i pazienti che abbiamo studiato, valutato, seguito strettamente. Abbiamo così potuto collezionare ed elaborare una massa considerevole di dati che ci hanno permesso di pubblicare interessanti osservazioni sulle più prestigiose riviste scientifiche internazionali. Nel 1998 l'ANMCO ha promosso la costituzione della Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari e dal 2008 la Presidenza della Fondazione è stata affidata al Prof. Attilio Maseri, che sta lavorando per sviluppare la ricerca clinica in modo innovativo. Noi, Signor Presidente, siamo convinti di avere avuto un ruolo

rilevante nel prolungare e migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti cardiopatici, contribuendo in modo significativo a collocare il nostro Sistema Sanitario Nazionale tra i più apprezzati nel mondo occidentale. Noi vorremmo continuare a lavorare con la stessa passione e lo stesso entusiasmo nei Dipartimenti di Cardiologia, perché abbiamo dimostrato che competenze e strutture dedicate contribuiscono in modo determinante a migliorare la evoluzione dei nostri pazienti. Noi continueremo a mantenere al centro della attenzione il paziente nella sua complessità ed unicità ed in primo piano la clinica intesa come sintesi delle conoscenze medico - scientifiche ed umane, in grado di guidarci al meglio ad impiegare le nuove tecnologie nel modo più efficace ed appropriato. Grazie ancora Signor Presidente per questo incontro di oggi che certamente rimarrà nella storia della nostra Associazione, ma soprattutto nei nostri cuori, per tanto tempo ancora.

*Salvatore Pirelli*

Presidente Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri







## Signor Presidente,

mi onoro di far parte di una Società, la Società Italiana di Cardiologia, che è la più antica tra le società Cardiologiche in Italia, essendo stata fondata nel 1936. Essa si identifica e rappresenta la Cardiologia Universitaria, è distribuita su 46 Cattedre, con 41 Scuole di Specialità. È in esse che si formano i Cardiologi italiani. Vanta un Congresso annuale con 4.000 delegati, una Fondazione ed un neonato Centro Studi. Mi fa piacere essere presente oggi, in nome della Società che rappresento, a questa celebrazione degli Studi GISSI, studi che hanno onorato la Cardiologia italiana nel mondo scientifico internazionale. Ricordi personali molti vivi mi legano in particolare al primo di questi. Ero allora, nel 1986, Fellow di ricerca presso l'Università Johns Hopkins di Baltimora, e rammento i commenti stupiti dei Medici del Dipartimento Cardiologico di una delle cattedrali del sapere medico mondiale di fronte ai risultati del primo di questi studi. Esso testava l'efficacia di un trattamento finalizzato alla risoluzione del trombo occlusivo intracoronarico come terapia precoce dell'infarto miocardico acuto. Per la prima volta, in uno studio molto esteso, la mortalità dei pazienti veniva drasticamente ridotta con tale trattamento, con un vantaggio che appariva tanto più significativo quanto più precoce ne era la somministrazione. Questo fondamentale studio, nato grazie all'impegno dei ricercatori dell'Istituto Mario Negri ed a quello della comunità

Cardiologica ospedaliera, riceveva da parte della componente universitaria significativi e qualificanti contributi. Uno tra questi fu quello del Prof. Zardini, Direttore allora della Cardiologia dell'Università di Verona, incaricato di sviluppare un sottostudio ecocardiografico finalizzato all'analisi degli effetti della terapia trombolitica sulle dimensioni e la funzionalità cardiaca nei pazienti arruolati. Ne venne fuori un articolo, che pubblicammo nel 1989 sul prestigioso Journal of the American College of Cardiology, nel quale si dimostrava per la prima volta, utilizzando un approccio non invasivo e in un contesto di trial multicentrico, un significativo effetto benefico sulla funzione del cuore che il farmaco esercitava rispetto al placebo. Come uomo di Scienza e di Cardiologia e come Presidente SIC, partecipo pertanto alla festa odierna organizzata al Quirinale, alla Sua presenza Signor Presidente. Sottolineo l'importanza inoltre, per la comunità Cardiologica, dell'iniziativa di fund raising condotta dal Prof. Maseri e finalizzata alla creazione di una grande banca dati della Cardiologia italiana e, a nome della SIC, esprimo la disponibilità a contribuire fattivamente al progetto destinato all'analisi delle variabili genetiche in grado di indurre comportamenti non attesi rispetto ad un trattamento terapeutico convenzionalmente ritenuto efficace. Le proposte di lavoro sul database che ne deriverà non potranno infatti prescindere da una profonda conoscenza dei possibili

meccanismi fisiopatogenetici coinvolti e da un know-how metodologico in scienza di base di cui i centri di Cardiologia universitaria sono tradizionalmente ed istituzionalmente in possesso. Mi auguro, per il futuro, che la comunità Cardiologica universitaria, insieme con la sua Fondazione ed il suo Centro Studi, possa essere coinvolta, sin dall'inizio, nella concezione e nella conduzione di studi analoghi, nella giustificata attesa di risultati che possano accrescere la conoscenza, amplificare l'immagine positiva nel mondo della Cardiologia italiana e garantire un miglioramento ed una finalizzazione delle cure nei confronti del cardiopatico fino ad oggi non prevedibile.

*Paolo Marino*

Presidente Società Italiana di Cardiologia



# Illustrissimo Signor Presidente della Repubblica, cari Amici e Colleghi

quella di oggi è una giornata storica e non solo per l'ANMCO e la sua Fondazione ma per tutta la Cardiologia italiana. Gli Studi GISSI promossi dall'ANMCO e dall'Istituto Mario Negri sono patrimonio di tutta la comunità Cardiologica nazionale (Ospedale, Università, Territorio). Il riconoscimento scientifico a livello internazionale della ricerca clinica Cardiologica avvenuta in questi anni è stato per tutti noi motivo di orgoglio e credo proprio che questo apprezzamento si possa riassumere nel titolo dell'editoriale scritto da un'autorità della Cardiologia mondiale, il Professor Peter Sleight dell'Università di Oxford, pubblicato per esteso sull'*American Heart Journal* nel 2004 dal titolo "We could all learn from the Italian Cardiologists" ("Noi potremmo tutti imparare dai Cardiologi italiani"). Ma sicuramente maggiore motivo di orgoglio è per tutti noi l'odierno riconoscimento istituzionale della ricerca Cardiologica da parte del nostro Presidente della Repubblica. La Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), che ho l'onore di presiedere, è stata costituita oltre 10 anni or sono per riunire l'ANMCO (l'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri) e la SIC (la Società Scientifica dei Cardiologi universitari), con le Società Cardiologiche del Territorio, dell'ospedalità privata accreditata e delle subspecialità di settore (emodinamica, aritmologia, imaging cardiovascolare etc.) oggi tutte rappresentate in questa sala

dai loro Presidenti, che hanno accolto l'invito. La Federazione Italiana di Cardiologia è nata nel 1998 per costituire una rappresentanza unitaria di tutti i 14.000 Cardiologi italiani nei confronti dell'Europa (la Società Europea di Cardiologia), ma anche e soprattutto delle Istituzioni Sanitarie a livello nazionale e regionale. Nelle prossime settimane presenteremo al Sottosegretario al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Professor Ferruccio Fazio, un Documento unitario della Cardiologia italiana in tema di "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia". È il frutto del lavoro intenso di un anno a cui hanno partecipato 90 professionisti in rappresentanza di tutte le Società Cardiologiche federative. Si tratta di un Documento propositivo di modelli organizzativi destinato alla comunità medica, ma soprattutto a chi ha compiti organizzativi e decisionali nella Sanità. I Cardiologi italiani auspicano che venga preservata la specificità della Cardiologia ed il suo patrimonio culturale e di buona qualità delle cure oggi erogate nelle 800 Strutture Cardiologiche e oltre 400 Unità Coronariche capillarmente distribuite su tutto il territorio nazionale. Il nostro auspicio è che la nuova generazione di Studi GISSI, per la quale è finalizzata la campagna della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus, possa costituire il catalizzatore per il consolidamento dell'unitarietà delle Società Scientifiche Cardiologi-

che italiane, sia nel campo della ricerca clinica che in quello della ricerca di base, focalizzando la sua attenzione su problemi mai prima affrontati. Siamo certi che i nostri sforzi congiunti nella ricerca e nella formazione professionale cardiologica produrranno un miglioramento progressivo dell'assistenza cardiologica fornita ai cittadini del nostro Paese.

*Giuseppe Di Pasquale*  
Presidente Federazione Italiana di  
Cardiologia



## Signore e Signori,

sono onorato di rappresentare il Governo in questa occasione, occasione che mi è particolarmente gradita per almeno tre ordini di motivi. Anzitutto conosco e sono amico di Attilio Maseri da quarant'anni, abbiamo anche più volte lavorato insieme, abbiamo pubblicato dei lavori insieme; ne ho sempre apprezzato il raro rigore morale e scientifico, la grande linearità, correttezza e trasparenza, ma anche il modo non convenzionale di affrontare i problemi. Queste qualità lo hanno fatto diventare il clinico italiano più noto e stimato all'estero. Il secondo aspetto positivo di questa iniziativa si colloca come il tassello centrale di un puzzle nel piano di interventi al Ministero nell'ambito della ricerca biomedica. Anzitutto nei mesi scorsi è stato riformato interamente il meccanismo di erogazione dei fondi per la ricerca sanitaria che a partire da quest'anno prevede bandi aperti a tutte le tematiche e a tutti i ricercatori italiani, operanti non solo negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ma in tutte le strutture convenzionate col Servizio Sanitario Nazionale. Per garantire l'assoluta trasparenza della valutazione le domande saranno valutate nei primi anni di applicazione dal sistema di revisione del NIH, National Institute of Health americano. Il 10 - 15 % dei finanziamenti verrà riservato ai ricercatori con meno di quaranta anni, proseguendo un'iniziativa lodevole del precedente Governo. Il risultato della valutazione sarà un elenco dei

progetti in ordine di qualità scientifica, di cui verranno finanziati i migliori e che comunque ci potrà fornire una mappa delle potenzialità scientifiche del Paese nel settore della medicina. Siamo in questi giorni passando alla seconda fase del riordino della ricerca biomedica e cioè alla costituzione delle Reti scientifiche monotematiche. È stato formato un Comitato Coordinatore di cui fa parte anche il Prof. Maseri per la Cardiologia, il Comitato coordinato dal Prof. Enrico Garaci, e che è incaricato all'inizio di costruire tre reti, una oncologica, una di neuroscienze, una cardiologica. Le reti dovrebbero - dico dovrebbero perché stiamo ancora meditando col Comitato la tipologia delle reti stesse - essere costituite da strutture scientifiche che potranno accreditarsi solo se in possesso di requisiti clinici, scientifici e di massa clinica di assoluta certezza. Le reti avranno una doppia funzione, consultiva e operativa, una funzione di alta consulenza per il Ministero per quanto riguarda i programmi di prevenzione, Linee Guida, individuazione di tematiche prioritarie di ricerca e modalità di interventi e di sostegno alla ricerca stessa, quali borse di studio o iniziative di formazione. Ma le reti avranno anche una funzione operativa per realizzare collaborazioni nazionali e internazionali con studi multicentrici e trial clinici controllati contribuendo così ad attrarre nel nostro Paese gli interessi dell'industria farmaceutica italiana e straniera.

Fissando le priorità per la ricerca nei vari settori una rete potrà quindi interagire, interagire nel senso di indirizzare e fungere da supporto con i meccanismi di erogazione dei fondi pubblici che saranno comunque in ogni caso separati dalle reti, proprio per assicurare la massima trasparenza. Il terzo motivo di apprezzamento, soddisfazione e speranza è lo specifico oggetto dell'attività della Fondazione di cui ci ha parlato il Prof. Maseri. Il Prof. Maseri avverte: se continueremo a pensare in modo convenzionale raggiungeremo obiettivi limitati perché continueremo a percorrere strade in qualche modo già percorse. Occorre ribaltare il problema, pensare in modo non convenzionale. La ricerca della Fondazione avverrà proprio sui pazienti che più si discostano dal comportamento previsto sulla base delle conoscenze attuali. Questo consentirà di trovare nuovi meccanismi di malattia e quindi nuovi obiettivi terapeutici che consentiranno di arrivare a quelle terapie personalizzate che già stanno diventando realtà in altri settori come l'oncologia, ma questo non potrà avvenire senza una forte interazione tra il mondo della ricerca, il mondo della sanità e il mondo dell'industria. Da mesi, da quando ci siamo insediati, abbiamo avviato e mantenuto un tavolo molto costruttivo con le Regioni per affrontare e risolvere insieme i problemi della Sanità Italiana. Tra questi è opinione nostra e delle Regioni che la ricerca debba sempre più diventare una attività istituzionale, delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale alla pari con Università e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. In questa

logica si collocano le reti, in questa logica si colloca la decisioni di aprire i bandi del Ministero per la prima volta a tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Nazionale.

Anche con l'industria il Ministero ha avviato un dialogo aperto e fattivo con le Associazioni e in particolare con Farmindustria, che vedo con soddisfazione anche qui oggi rappresentata in sala dal suo Presidente. Vorrei dunque ringraziare ancora il Prof. Maseri per aver dato una importante occasione, ancora una importante occasione, al nostro Paese e ringraziare il Signor Presidente per la sensibilità e attenzione dimostrate nell'aver voluto portare di persona a battesimo questa iniziativa e per il suo interesse nello sviluppo della ricerca scientifica nel nostro Paese.

*Ferruccio Fazio*

Sottosegretario di Stato al Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali




## Le aspirazioni di un giovane Cardiologo Signor Presidente, cari Colleghi,

sono contenta ed emozionata di avere oggi la possibilità di esprimere davanti a Lei, signor Presidente, le mie aspirazioni di giovane Cardiologo. Nel contempo desidero ringraziare di cuore il Professor Attilio Maseri e tutti i rappresentanti della Fondazione "per il Tuo Cuore"- Heart Care Foundation, anche a nome dei miei Colleghi qui presenti, che con me sono stati selezionati per partecipare come Ricercatori a questo importante Progetto. La possibilità di ricoprire un ruolo in un Progetto di Ricerca così innovativo rappresenta per noi borsisti un'opportunità di crescita, in un percorso formativo d'eccellenza. Inoltre la partecipazione a questo Studio mi darà modo di rientrare in Italia dall'estero e quindi di fornire un contributo alla Ricerca nel mio Paese. Fin da piccola ho sempre desiderato fare il Medico, avendo come esempio mio padre, che svolgeva la sua professione con passione e dedizione. Quando poi è mancato improvvisamente per problemi cardiaci, ho deciso che la mia strada sarebbe stata la Cardiologia, per poter capire le dinamiche delle malattie cardiache ed imparare a curarle e prevenirle meglio. Ho sempre concepito la professione del Medico come una missione al servizio del malato. La ricerca è uno strumento fondamentale per svolgere tale missione, ma la professione medica non può prescindere dall'osservazione clinica e dal rapporto con il paziente, in tutta la sua complessità. Per questo, la possibilità di fare ricer-

ca rimanendo a stretto contatto con l'oggetto della ricerca, vale a dire il malato, rappresenta per me la condizione ideale di lavoro. Pertanto, la mia più profonda aspirazione di giovane Cardiologo è quella di imparare a coniugare la ricerca di base alla clinica, in modo da indirizzare gli sforzi di ricerca "pura" verso ciò che più serve nella pratica medica di tutti i giorni. Io credo che il paziente debba rimanere sempre al centro della ricerca e che sia fondamentale non confondere mai il fine con il mezzo: a mio parere, il fine della ricerca medica non è pubblicare un lavoro scientifico brillante, ma riuscire a identificare i meccanismi delle patologie per curare al meglio i malati. Mi auguro infine di avere sempre la curiosità e la determinazione che dovrebbero caratterizzare lo spirito di ogni ricercatore, con la consapevolezza che a volte, da semplici intuizioni portate avanti con rigore, possano derivare importanti scoperte. Spero di riuscire a realizzare queste aspirazioni. Ciò sarà possibile anche con l'aiuto di tutti voi. Grazie di cuore, a tutti.

*Margherita Calcagnino*



Saluto cordialmente i rappresentanti del Governo, Prof. Fazio, e insieme con tutti i partecipanti, in modo particolarissimo i promotori e i protagonisti di questa cerimonia, che la ringrazio, Prof. Maseri, di averci proposto. Siamo sempre lieti di poter offrire un luogo di incontro a componenti significative del mondo sociale e culturale ed è 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. Sappiamo 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 a 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 dobbiamo oggi valorizzarne i grandi risultati e le nuove prospettive. Siamo dinanzi a risultati, a cominciare dai primi Studi GISSI, che come ci è stato ricordato sono stati condotti in collaborazione con l'Istituto Mario Negri - rappresentato dal Dott. Garattini che è qui e saluto cordialmente - studi e risultati che fanno onore all'Italia, e bisogna dirlo forte perché è ancora troppo presente la tendenza a non mettere in luce il molto di eccellente che presentano la ricerca italiana e la Sanità italiana, in particolare la Sanità ospedaliera. In quanto alle prospettive ce ne ha concretamente

parlato da parte sua il Prof. Maseri e importanti indicazioni di impegni sono venute dal rappresentante del Governo il Prof. Fazio con i suoi puntuali accenni, ad esempio alla collocazione dell'attività di ricerca anche in seno alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e alla metodologia di erogazione dei fondi pubblici per la ricerca sanitaria, perché se è importante non far mancare alla ricerca i fondi di cui ha bisogno non è meno importante garantire l'impiego selettivo e qualificato di queste purtroppo scarse, ancora, risorse. È in questo spirito che rendendo omaggio ai pionieri che sono stati or ora onorati io saluto i giovani che hanno ricevuto queste Borse di studio e che hanno vinto le prove per queste Borse di studio, auguro loro ogni ulteriore successo e mi compiaccio in modo particolare di chi ha potuto grazie alla Borsa di studio tornare dall'estero e sviluppare la propria attività di ricerca qui in Italia. Io vorrei prima di concludere rivolgere ancora un saluto cordiale a tutte le organizzazioni che sono qui rappresentate: la Società Italiana e la Società Europea di Cardiologia, la Federazione Italiana di Cardiologia, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione "per il Tuo cuore". Io non posso che augurarmi 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. Grazie.

*Giorgio Napolitano*  
Presidente della Repubblica Italiana

# Al Quirinale tra storia, presente e futuro

di Francesco Chiarella

**A**ripensarci a distanza di qualche settimana, l'incontro con il Capo dello Stato e le manifestazioni "per il Tuo cuore" del febbraio 2009 assumono i precisi contorni di un evento di importanza storica per l'ANMCO e per la sua Fondazione. Questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" riporta integralmente gli interventi che si sono succeduti nel Salone dei Corazzieri al Quirinale e li consegna ai Lettori e alla memoria di tutti gli Associati, anche se nessun resoconto può rendere adeguatamente le intense emozioni provate a Roma, che contribuiscono a rendere il ricordo indelebile: l'emozione per ritrovarsi insieme così numerosi ed eterogenei, la presenza di Fausto Rovelli, di Antonio Lotto, di Eligio Piccolo e di Luigi Tavazzi, simboli di una vita per la Cardiologia, la presenza di Cesare Proto e di Salvatore Zito, espressione della Cardiologia Accreditata e di quella del Territorio, di Giovanni Spinella, a rappresentare i tanti Volontari a sostegno della Cardiologia. L'emozione all'ascolto degli interventi di Attilio Maseri, di Roberto Ferrari, di Giuseppe Di Pasquale, di Paolo Marino, di Salvatore Pirelli, del Sottosegretario Ferruccio Fazio e, soprattutto, all'ascolto della conclusione che il Capo dello Stato ha scolpito in un clima di straordinario ed intenso silenzio.

A più riprese sono tornato a interrogarmi sul perché di quella giornata e della Settimana "per il Tuo cuore", ed ho cercato di mettere a fuoco il significato di quelle giornate e come si debba continuare.

## L'incontro al Quirinale

La strada che ci ha portato al Quirinale viene da lontano ed ha l'ambizione di andare lontano. Ci hanno aperto le porte del Quirinale il passato ed il futuro della ricerca clinica cardiovascolare, realizzata per iniziativa dell'ANMCO *non solo* dai Cardiologi Ospedalieri dell'ANMCO. Al Quirinale la più alta carica dello Stato ha incontrato *non solo* HCF, la Fondazione dell'ANMCO "per il Tuo cuore", ma anche i Ricercatori degli Studi GISSI, il Volontariato rappresentato da Conacuore, le Personalità delle altre Società Scientifiche Cardiologiche che hanno accettato di prendervi parte. Al centro della attenzione *non solo* i risultati ottenuti ma anche l'apertura di un nuovo fronte di ricerca clinica. L'incontro con il Capo dello Stato non si sarebbe potuto realizzare se il passato non contasse oltre 100.000 pazienti studiati e se per il futuro non fosse stata aperta una nuova, ambiziosa sfida conoscitiva. Poco più di un anno fa, tramontata l'ipotesi di una unica Fondazione federativa, il Consiglio Nazionale dell'ANMCO ha affidato la guida della propria Fondazione HCF ad una personalità di indiscusso prestigio internazionale, ad un Professore Universitario già Presidente della FIC. Si è trattato di una scelta coraggiosa, che contiene in sé elementi di superamento di storiche barriere. Senza questa scelta, senza la guida e l'instancabile lavoro di Attilio Maseri non ci sarebbe stato il ricevimento al Quirinale né gli altri eventi del Febbraio 2009. L'evento del

Quirinale è stato proficuo perché è andato ben oltre la commemorazione, ha guardato al futuro, ai Cardiologi giovani, meritori ed entusiasti, ha istituito e consegnato Borse di studio, ha autorevolmente lanciato il nuovo filone degli Studi GISSI OUTLIERS, sintesi tra genialità capace di precorrere i tempi, disponibilità del sodalizio ANMCO - Negri, attivabilità di una collaudata rete di ricercatori.

Se è vero che le parole pronunciate il 13 febbraio dal Capo dello Stato hanno dato un nuovo impulso alla ricerca clinica promossa da HCF, sorge spontanea la domanda se la strada che è stata aperta sia percorribile per tutti o preclusa a qualcuno. Ecco, è importante ripetere che si tratta di una strada aperta a tutti, che intende svilupparsi attraverso la costruzione di ampie e fruttuose collaborazioni. È importante che si sappia che nella Fondazione “per il Tuo cuore” la possibilità di lavorare c’è davvero, che non sarà esclusiva di qualcuno. Gli spazi che sono stati creati vogliono essere riempiti di contenuti, di serie ipotesi di lavoro. Come è stato detto il 26 maggio 2008 alla inaugurazione della nuova sede di via La Marmora a Firenze, le porte della Fondazione sono aperte proprio in quanto la Fondazione si qualifica per l’impegno ideale di portare vantaggio al bene comune, alla comunità cardiologica ed all’intera comunità nazionale. Heart Care Foundation vuole accrescere conoscenza e cultura, si muove nella direzione di sviluppare proficue collaborazioni, con il pragmatismo di chi cerca risultati utili, al di là di distinzioni che si possono superare proprio in quanto soggetti “no profit” al servizio

del bene comune (ospedaliero/universitario/pubblico/privatoaccreditato/territorio/generalista etc). Da anni l’ ANMCO si muove con questo intendimento, dimostrato dagli studi in collaborazione con altre Società Scientifiche, basti pensare allo studio DYDA con la Associazione Medici Diabetologi, o a RIACE con Mario Negri Sud, SIMG e SIC, basti riflettere sulla attribuzione del Fondo ANMCO per la Ricerca negli anni 2005 e nel 2006 a studi presentati da insigni universitari.

### “Accendi il Tuo cuore per la ricerca” e le iniziative di fundraising

La lotta alle malattie cardiovascolari, principale causa di morte nel nostro Paese, prima del febbraio 2009 non aveva neppure sfiorato i gradi di popolarità raggiunti dalle iniziative per contrastare tumori, AIDS o altre patologie più o meno rare. A partire dal 2005 la manifestazione Cardiologie Aperte proposta dall’ANMCO ha mobilitato nel migliore dei casi, quasi 300 Cardiologie, ottenendo la partecipazione di alcune migliaia di persone: si è trattato di un gesto importante, ma di una goccia nel mare. Mancava la capacità di individuare gli strumenti giusti e la capacità di impiegarli. La Settimana “per il Tuo cuore”, grazie al prestigio di Attilio Maseri, al forte sostegno dell’ANMCO in tutte le Regioni, alla diffusione del messaggio via Internet e sui grandi quotidiani, grazie alla esposizione di Poster e depliant nelle Farmacie, grazie al patrocinio della RAI ed alla maratona televisiva di San Valentino, ha ottenuto un risultato straordinario sensibilizzando milioni di persone,

come provano le donazioni via SMS da parte di centinaia di migliaia di cittadini. La RAI ha comunicato che il messaggio è stato ben compreso dal 64% della audience, percentuale elevatissima se confrontata con quella ottenuta da altre Campagne che hanno avuto grande visibilità in un gran numero di edizioni.

Sappiamo che il grande pubblico facilmente dimentica, e che ciò non avviene se le Campagne vengono riproposte, rinforzando le immagini ed i messaggi già lanciati. Lo slogan “Accendi il Tuo cuore per la ricerca” e il carisma di Attilio Maseri hanno creato un legame tra la Fondazione ed i cittadini che deve essere consolidato, utilizzando ogni occasione, a partire dall’invito di donare il 5 per mille. Occorre fin da subito cominciare a lavorare per fare meglio nella edizione del prossimo anno.





## Dal Presidente Napolitano apprezzamento e stima alla Cardiologia Italiana

di Francesco M. Bovenzi

**L**a consapevolezza di incontrarsi al Quirinale, il simbolo più significativo della Repubblica Italiana, ha riempito di gioia, orgoglio e velata deferenza il cuore dei numerosi Cardiologi italiani che per la prima volta varcavano il portale del Palazzo. Dopo l'attesa del tradizionale cambio della guardia tra militari dell'esercito e della marina, sul piazzale del Quirinale abbellito dalla Fontana dei Dioscuri con l'obelisco egizio, è cominciato l'ingresso in piccoli gruppi preceduto dai necessari controlli di sicurezza.

Attraversato il vuoto e maestoso cortile del Palazzo reso vivace solo dallo sventolio sul campanile delle tre bandiere: tricolore italiano, vessillo europeo e stendardo presidenziale (mentre di sera suggestivi giochi di luce tagliavano i grandi spazi bui), si raggiungeva una sobria scalinata illuminata da una bella vetrata a balcone aperta sui giardini, tra lo sguardo severo e fisso dei corazzieri di guardia, rigidi, sull'attenti, pronti al saluto militare. Meno di cento facili gradini per raggiungere le poche stanze in cui era consentito sostare.

Un incrocio di sguardi rapidi e incantati lasciavano trasparire in molti una sorta di disagio simile a una sindrome

di Stendhal, generata in parte dal timore, dal rispetto, dall'attesa, dal rigido protocollo, in parte dal cospetto di tanta straordinaria bellezza; una maestosità in tutto: drappaggi, damascati rossi, statue, dipinti, specchi e porcellane. Lasciata la sala rossa del guardaroba, ordinati in fila si entrava nell'imponente Salone dei Corazzieri, patrimonio storico dai soffitti lignei a cassettoni dorato su fondo azzurro, abbellito da grandi arazzi, da luminosi affreschi e da arredi di ogni tempo. Alcuni addetti accoglievano i presenti, sollecitando a prendere posto vincendo le incertezze, le curiosità e gli imbarazzi. Tra flash e telecamere di cineoperatori sparsi qua e là sedevano giornalisti, guardie presidenziali e ospiti d'onore invitati per quel giorno di festa della Cardiologia Italiana. Nell'attesa del Presidente dai volti sorridenti di ciascuno dei Colleghi, durante i saluti e le poche battute di convenienza, traspariva sommessamente la soddisfazione di appartenenza all'anima associativa, privilegiata protagonista dell'evento. Un incontro preparato con una ritualità personale certamente diversa dagli abituali eventi congressuali. Un'atmosfera insolita al cospetto del Capo dello Stato e un tempo che si immaginava sarebbe sta-

to breve, ma sufficiente per assistere alla consacrazione di una parte assistenziale decisiva del progresso civile di una Nazione: migliorata assistenza, maggiori risultati conseguiti nella cura con minore mortalità, prevenzione cardiovascolare a tutto campo come prioritaria sfida futura, grande progresso nella ricerca clinica e costante impegno nella formazione continua. Un evento di alta rappresentanza, scandito da interventi programmati in una scaletta definita da un consueto protocollo. Il primo del Prof. Attilio Maseri, straordinario tessitore dell'incontro e ispiratore dell'annunciata ricerca innovativa sugli outliers. Il costante sorriso illuminava il suo volto, orgoglio di tanti presenti. Poi il saluto del Presidente della Società Europea di Cardiologia Prof. Roberto Ferrari, cui seguiva quello del Dott. Salvatore Pirelli, Presidente dell'ANMCO. Pirelli ringraziando il Capo dello Stato ha ricordato come "lavorare in rete" ha rappresentato l'essenza del successo degli Studi GISSI, poi carico di emozione ha sognato di affidare alla storia associativa quei momenti intensi e così significativi. Sono seguiti i saluti del Presidente della Società Italiana di Cardiologia Prof. Paolo Marino, del Presidente della Federazione



*I Cardiologi varcano numerosi il bellissimo portale del Palazzo del Quirinale*

Italiana di Cardiologia Dott. Giuseppe Di Pasquale, il ringraziamento della Dottoressa Margherita Calcagnino vincitrice di una delle cinque Borse di studio offerte a giovani Cardiologi dalla Fondazione “per il Tuo cuore”- HCF e la visione lucida del Sottosegretario di Stato al Lavoro, Salute e Politiche Sociali On. Ferruccio Fazio, molto attento e sensibile alle problematiche della moderna Cardiologia.

Il Presidente della Repubblica ha preso la parola per ultimo e ha consegnato le Borse di studio e due targhe di riconoscimento a due pionieri del primo Studio GISSI: il Prof. Fausto Rovelli e il Dott. Gianni Tognoni. Un affettuoso e intenso discorso, autorevole stimolo all’impegno comune, che ha trattato di costituzione, di ricerca, di bioetica, senza far mancare in un accorato passaggio un particolare ringraziamento ai Cardiologi Ospedalieri italiani, interpretando così il sentimento di un’intera Nazione. “Sono sempre lieto - ha detto il Presidente - di poter offrire un luogo di incontro a componenti significative del mondo sociale e culturale, è 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 - sottolinea - è diritto fondamentale della persona, sancito nella nostra Costituzione. I progressi della scienza e della tecnica applicate 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”. Ha poi sottolineato, quanto al suo ruolo di capo dello Stato: “nella mia veste istituzionale sono tenuto a osservare il più rigoroso riserbo”. Dopo avere espresso la necessità di una “riflessione comune” sulle implicazioni dei progressi scientifici sanitari, ha affermato: “Qui parliamo di un campo della ricerca biomedica, quella della Cardiologia, circondato indiscutibilmente dal generale consenso e del quale dobbiamo oggi valorizzare i grandi risultati e le prospettive”.

Il Presidente ha rimarcato anche il “molto di eccellente” della ricerca italiana, auspicando “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 sen-

si, 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”. Poi 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”. Si è così complimentato con i giovani ricercatori vincitori delle Borse di studio da Lui consegnate che, ha auspicato, “sono potuti tornare dall’estero e sviluppare una propria attività in Italia”, e ha poi osservato come, “gli studi e i risultati della ricerca medica fanno onore all’Italia. Troppo spesso è presente una tendenza a non mettere in luce le molte eccellenze che ci sono in Italia nel campo della ricerca e della Sanità ospedaliera”.

Resta il ricordo di un discorso carico di sensibilità, di gentilezza, di garbo, di disponibilità; parole amiche che erano state precedute da un lungo applauso - testimonianza del reciproco affetto dei Cardiologi presenti - che era seguito alle toccanti parole conclusive pronunciate dal Prof. Roberto Ferrari: “Mi permetta di dire che sono onorato che Lei sia il mio Presidente, specialmente in questi momenti” (alludendo al tragico e controverso epilogo della vicenda di Eluana Englaro, che aveva segnato i giorni che precedevano la visita al Quirinale). Un pomeriggio ormai archiviato come pezzo di storia dell’ANMCO da raccontare, un ricordo reso intenso dalle parole del Presidente che resterà per sempre nel cuore e nella memoria della Cardiologia Italiana.



Venerdì 13 febbraio 2009 è la data di un evento destinato a cambiare il futuro lavorativo dei giovani ricercatori che sono stati premiati con le Borse di studio “per il Tuo cuore” e, potenzialmente, anche della stessa Cardiologia italiana. Da un punto di vista personale, la cerimonia al Quirinale ha rappresentato un momento davvero indimenticabile. Lascio a tutti immaginare l’emozione, per una giovane neo - specialista Cardiologa, di trovarsi nel prestigioso Salone dei Corazzieri, al cospetto del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano e del Sottosegretario di

ha ulteriormente rafforzato il mio desiderio di partecipare a tale progetto: avere la possibilità di collaborare con alcune delle più eminenti personalità della Cardiologia internazionale ed essere da loro guidata nel futuro lavoro per lo Studio GISSI - Outliers avrebbe rappresentato una grandissima opportunità di crescita, unica nel suo genere.

Penso di essere stata davvero molto fortunata, insieme agli altri borsisti, ad aver incontrato nel mio percorso lavorativo un maestro quale il Prof. Maseri. Sono infatti convinta che la maggior parte dei giovani Medici,

## Le Borse di studio “per il Tuo cuore”: una grande opportunità per giovani ricercatori

*di Margherita Calcagnino*

Stato al Lavoro, Salute e Politiche Sociali Ferruccio Fazio, insieme a una folta rappresentanza di Colleghi e alle massime autorità nel campo della Cardiologia italiana! E, nella stessa occasione, ricevere direttamente dalle mani del Presidente della Repubblica la Borsa di studio. Avevo conosciuto il Prof. Attilio Maseri e il Dott. Aldo Pietro Maggioni a Firenze poche settimane prima, in occasione del colloquio per la selezione. Pur essendomi trasferita a Londra, l’attrattiva dell’opportunità di contribuire ad un progetto di Ricerca così innovativo ed ambizioso mi aveva spinto a fare domanda per la Borsa di studio. L’incontro con il Prof. Maseri ed il Dott. Maggioni a Firenze

anche dopo aver terminato la propria esperienza all’interno della Scuola di Specializzazione, sentano fortemente la necessità di continuare a studiare, approfondire, indagare i meccanismi fisiopatologici di malattia e quindi, in altre parole, di dedicarsi alla ricerca, auspicabilmente guidati da “Senior” che possano indirizzare la loro vivace curiosità, che della ricerca è lo stimolo primario. Purtroppo ciò non sempre è possibile, sia perché non è facile coniugare l’attività puramente clinica con quella di ricerca scientifica, sia perché è difficile trovare il tempo e, soprattutto, le risorse economiche da dedicarvi. Di conseguenza, nell’ambito degli impegni lavorativi dei giovani

Nel caso della Fondazione “per il Tuo cuore”, invece, proprio i giovani desiderosi di dedicarsi alla ricerca clinica sono stati chiamati a dare impulso in prima linea al nuovo Progetto GISSI - Outliers

Medici, la ricerca scientifica passa spesso in secondo piano.

Il rischio che si corre, di conseguenza, è di avere a disposizione informazioni e strumenti scientifici molto sofisticati per curare i malati, senza riuscire ad utilizzarne appieno le potenzialità.

Ciò avviene anche perché, purtroppo, non vengono incoraggiate e spronate abbastanza le forze giovani, ma competenti, che rappresentano “un patrimonio in cui investire al fine di raggiungere un vero progresso nella ricerca” - come ha ricordato il Professor Paolo Marino durante il suo intervento alla cerimonia al Quirinale.

Nel caso della Fondazione “per il Tuo cuore”, invece, proprio i giovani desiderosi di dedicarsi alla ricerca clinica sono stati chiamati a dare impulso in prima linea al nuovo Progetto GISSI - Outliers. Ciò rappresenta per noi borsisti non solo la possibilità di continuare a fare ricerca, ma anche l’opportunità di avviare ed imparare un tipo di ricerca molto innovativo, quasi “rivoluzionario”, rispetto agli studi scientifici tradizionali. Essi infatti, come dice il Professor Maseri, da troppo tempo “sono focalizzati su dettagli all’interno di paradigmi dati per scontati, piuttosto che sulla verifica dei loro limiti”.

Questo approccio estremamente nuovo ed originale alla ricerca scientifica focalizzerà infatti l’attenzione non più soltanto sui comportamenti e sulle risposte terapeutiche prevalenti, ma sugli “outliers”, vale a dire i pazienti che, pur essendo fenotipicamente omogenei sulla base delle conoscenze attuali, si discostano profondamente dai comportamenti attesi. Ciò sarà possibile anche grazie ad una rivalu-

tazione dell’importanza dell’osservazione clinica, elemento fondamentale della professione medica, che permetterà di selezionare i casi “inusuali”, chiave di volta per suggerire ipotesi fisiopatologiche finora inesplorate. A mio parere, uno degli elementi più stimolanti ed interessanti di questa iniziativa è proprio questo: porre il malato nella sua unicità e con tutte le sue peculiarità al centro della ricerca, al fine di scoprire nuovi meccanismi di patologia o di protezione e giungere di conseguenza ad una “personalizzazione” delle terapie.

Tutto ciò sarà reso possibile grazie alle Borse di studio istituite dalla Fondazione “per il Tuo cuore”, che permetteranno a giovani come me di continuare il loro percorso di ricercatori e, nel mio caso specifico, di tornare dall’estero per continuare la mia attività di Cardiologo dedicandomi nel contempo alla ricerca clinica nel mio Paese.



# La ricerca in ANMCO: una proposta di mediazione tra ricerca tradizionale ed innovativa

di *Andrea Di Lenarda*

**D**opo avere vissuto con emozione il ricevimento al Quirinale da parte del nostro Presidente della Repubblica è il momento di alcune riflessioni e di passare alla fase operativa del programma scientifico della nostra Associazione.

Il Presidente ha sottolineato l'eccellenza della Cardiologia italiana ed auspicato "la massima sinergia tra tutti i soggetti interessati". Questo è un aspetto molto importante su cui la nostra Associazione ha in questi mesi lanciato messaggi chiari, non sempre recepiti dalle altre componenti cardiologiche del nostro paese. Una volta di più mi preme sottolineare quanto sarebbe importante lavorare insieme, almeno in alcuni grandi progetti di ricerca, in un biennio di presidenza italiana della Società Europea di Cardiologia. Non solo da un punto di vista politico, per l'immagine che una Cardiologia nazionale alleata almeno su alcuni progetti può dare all'esterno, ma anche dal punto di vista sostanziale e pratico, per "garantire l'impiego selettivo e qualificato di queste risorse purtroppo ancora scarse".

Un sincero grazie al Prof. Maseri, senza il quale non sarebbe successo nulla di tutto questo. Il suo carisma ed impegno incessante sono stati determinanti nel decretare il successo della Campagna "per il Tuo cuore". E' riuscito a motivare migliaia di Cardiologi, Infermieri, personalità di diversa estrazione e cultura, gente

comune, personale del volontariato. Era diverso tempo che non assistevo ad una partecipazione così numerosa, motivata e capillare nel nostro paese. E per la percezione che ho ricevuto è stata una iniziativa molto apprezzata dalla gente, a parole e con i fatti. Una bellissima Campagna che potrà solo migliorare con l'esperienza acquisita quest'anno, nelle prossime edizioni.

## La ricerca

Il Prof. Maseri ha istituito alcune Borse di studio che sono state consegnate ai più meritevoli giovani Ricercatori. I determinanti di sviluppo precoce di una aterosclerosi e dello sviluppo di una Sindrome Coronarica Acuta in presenza di una patologia coronarica, il contributo della Cardiochirurgia in diversi progetti, l'identificazione precoce di coronaropatia in pazienti sottoposti a coronarografia pre-intervento chirurgico valvolare, lo studio biopistico endomiocardico nello scompenso idiopatico de novo, i determinanti del rimodellamento vs post-infartuale sono progetti di grandissimo interesse, che il Prof. Maseri ha identificato come tematiche su cui questi eccellenti giovani Ricercatori potranno cominciare a lavorare con il supporto di Tutor esperti dei rispettivi campi di ricerca. Per questi giovani Ricercatori sono progetti molto stimolanti e formativi, che sottolineano l'importanza dell'osservazione clinica, dell'importanza di essere "curiosi", di essere investigatori alla Sherlock Hol-

mes nello scoprire i casi “inusuali”, quelli che non si comportano come dovrebbero, quelli in ultima analisi che potrebbero darci informazioni uniche per capire i meccanismi di alcune malattie e di alcuni comportamenti clinici. Parallelamente il Comitato Scientifico ANMCO ha ripreso la discussione che era stata avviata nello scorso autunno con la richiesta alle Aree di farsi avanti per assumere un ruolo centrale, attivo e propositivo sulla ricerca della nostra Associazione. In due intense audioconferenze tra febbraio e marzo è stato dai più sottolineato come i progetti proposti dovranno mediare ed integrare aspetti organizzativi, per la qualità e di implementazione delle Linee Guida con la ricerca innovativa sugli outliers. Tutte le Aree hanno portato il loro contributo, alcune per il loro ruolo trasversale (Informatica, Management & Qualità e Nursing), altre per il loro ruolo specifico. Su quattro tematiche si è concentrata l'attenzione.

### Lo Scompenso Acuto

Tematica di grandissima rilevanza che unisce aspetti organizzativi, di implementazione delle Linee Guida e scientifici. Trova l'interesse di diverse Aree (Scompenso Cardiaco, Emergenza - Urgenza e Chirurgica). In una fase critica di riorganizzazione di molti ospedali “per intensità di cure” l'interesse di questa tematica è elevatissimo e trasversale. Il sottogruppo con Sindrome Coronarica Acuta associata ha implicazioni specifiche. Quello con shock cardiogeno è sempre di grande interesse. I pazienti con Scompenso de novo potrebbero fornire il materiale necessario per lo

studio proposto dal Prof. Maseri sulla biopsia endomiocardica nello Scompenso idiopatico.

### Defibrillatore in prevenzione primaria

L'Area Scompenso Cardiaco ed Aritmie hanno in corso un Questionario sui percorsi di questi pazienti nelle diverse realtà. Anche questo argomento può coniugare l'interesse per la gestione e organizzazione delle cure con la ricerca su sottogruppi con comportamento ben differenziato. La disponibilità di database ampi e ben condotti potrebbe permettere una prima analisi dei pazienti impiantati che dal punto di vista aritmico si comportano in modi diametralmente opposti (nessun intervento del defibrillatore a lungo termine da un lato, multipli e continui dall'altro).

### Soggetti giovani con eventi cardiovascolari senza fattori di rischio coronarico

Studio di grande interesse e coerenza con il disegno generale della ricerca innovativa. Area Prevenzione Cardiovascolare, Aritmie, Emergenza - Urgenza potrebbero avere un ruolo attivo. Rientra molto bene nella tematica proposta da Maseri sull'identificazione precoce e sui determinanti della malattia aterosclerotica.

### Studio sulla bicuspidia aortica

Altra patologia abbastanza trascurata ma di grande impatto clinico per i giovani affetti. Recenti segnalazioni sugli inibitori del sistema renina - angiotensina aprono anche una strada alla terapia farmacologica. Proposta

in linea con il ruolo importante che il momento cardiocirurgico può avere nell'ambito della ricerca innovativa (anche per la agevole disponibilità di materiale biologico da analizzare). Dobbiamo in sintesi puntare su pochi progetti, fattibili, di interesse trasversale a diverse Aree, coerenti con il disegno generale proposto, che possano includere alcune tematiche specifiche con il supporto dei giovani Ricercatori, ma anche aspetti più generali, di tipo organizzativo e gestionale, di sicuro grande interesse per la rete e necessari per il suo coinvolgimento. Il coniugare questi due aspetti appare la metodologia più convincente ed efficace da seguire per “fare rete” anche su argomenti più specifici, fisiopatologici, e “fuori dalla normalità”. La rete va coinvolta partendo dai suoi naturali interessi e motivandola ad una nuova e più attenta osservazione del paziente e dei suoi comportamenti anomali. Chiedo quindi al Prof. Maseri ed al Consiglio Direttivo di fare proprie queste proposte delle Aree e del Comitato Scientifico ANMCO e di dare mandato ai Chairmen ed ai loro rappresentanti in Comitato Scientifico di portare avanti, all'interno di un gruppo di lavoro di esperti identificati, un numero ristretto di progetti che ritengono prioritari e realizzabili, definendo a priori gli obiettivi, per una prima analisi di fattibilità e per una prima stesura di un protocollo.

# La Presidenza di HCF: onore e piacere

di Attilio Maseri

**È** già trascorso un anno da quando ho avuto l'onore ed il piacere di essere invitato alla presidenza di Heart Care Foundation. È stato per me un anno molto stimolante che ha ripagato l'entusiasmo con cui ho accettato l'invito dell'ANMCO, entusiasmo che ho condiviso con il CdA di HCF e con il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale ANMCO. Sono entrato in un mondo nuovo che non conoscevo affatto; una posizione che permette di vedere le cose da lontano, con il grande angolare, ma senza conoscere le storie ed i percorsi, il che può essere fonte di "gaffe" involontarie, ma mi sono sentito assistito e consigliato nelle decisioni critiche.

Ho rivisto questo primo anno della mia presidenza rileggendo gli articoli che avevo scritto per *"Cardiologia negli Ospedali"*.

Nel numero 161 di gennaio - febbraio 2008 ho espresso l'entusiasmo con il quale avevo accettato l'incarico e ne ho spiegato le ragioni. Ho manifestato la convinzione del ruolo della clinica nella pratica quotidiana e nella ricerca vista nella realtà della rete delle Cardiologie italiane e del Centro Studi. Avevo infine espresso l'opinione che era necessario, che HCF avesse una sede per poter lanciare una Campagna di raccolta fondi ed iniziare a sviluppare le sue potenzialità che già intravedevo, in particolare per una ricerca clinica innovativa italiana.

Nel numero 163 di maggio - giugno 2008 ho riportato che la Sede HCF era stata inaugurata e che un gruppo di autorevoli rappresentanti della Cardiologia internazionale<sup>(1)</sup>, riunito in un brainstorming meeting organiz-

zato in Friuli aveva poi unanimemente convenuto nel convegno tenutosi nella Sala Verde dell'Ente Cassa di Firenze, il 26 maggio 2008, che la ricerca clinica innovativa sugli outliers non solo è attualmente la più promettente, ma anche ha le più grosse probabilità di successo proprio in Italia usando le esperienze e strategie GISSI.

Nel numero 164 - 165 di luglio - settembre 2008 ho ampliato questi spunti nell'intervista condotta da Pasquale Caldarola. In questa intervista era anche annunciato il lancio della giornata "per il Tuo cuore" il 14 febbraio 2009 San Valentino.

Quello che si è sviluppato dopo questi annunci lo avete letto sul numero 167 di gennaio - febbraio 2009 e su queste stesse pagine. Il successo del ricevimento al Quirinale, espresso dai lusinghieri apprezzamenti del Presidente Napolitano, e quello della Campagna "per il Tuo cuore" promossa dalla RAI, iniziata con la conferenza stampa in Sala Arazzi di Via Mazzini a Roma e culminata il 14 e 15 febbraio, sono andati ben oltre le speranze più rosee ed hanno avuto un grande supporto dall'ANMCO e dalla Cardiologia italiana, che ha dimostrato di avere ampi spazi potenziali per espandersi come merita. I quasi 400.000 contatti telefonici in questa prima uscita ne sono una chiara e tangibile prova. Infine ci sono state 19 domande per le 5 Borse di studio bandite per iniziare i progetti GISSI OUTLIERS e la qualità dei candidati era notevole. Questo successo ci deve incoraggiare a credere che anche nel campo della ricerca grandi imprese rivoluzionarie per la Cardiologia

italiana, simili a quelle già realizzate con il GISSI - 1, sono ancora possibili: dobbiamo provarci tutti assieme! Iniziamo quindi ad adoperarci perché la prossima Campagna del 5 per mille porti ad HCF il supporto che doverosamente si è guadagnata per intraprendere con maggior efficacia i suoi progetti di ricerca "rivoluzionaria" ed anche i compiti istituzionali di formazione e di educazione.

I risultati ottenuti in questo anno sono il risultato del contributo ideativo ed operativo di molti, incluso Conacuore e le Associazioni di volontariato, e tutti desidero nuovamente ringraziare. Spero proprio che questa partecipazione si ripeta ora per la raccolta fondi del 5 per mille, dedicati alla ricerca clinica innovativa, ai progetti per la formazione e per l'educazione; scrivete a "HCF risponde" su *"Cardiologia negli Ospedali"*, mandate mail, scrivete al Sito WEB, fatevi vivi, condividiamo, divertiamoci assieme a migliorare!

<sup>(1)</sup>Prof. Eugene Braunwald, Prof. Richard Conti, Dott. Andrea Di Lenarda, Dott. Aldo Pietro Maggioni, Prof. Marc Pfeffer, Prof.ssa Renu Virmani, Prof. Magdi Yacoub

# Il 5 per mille: un'occasione da non perdere per sostenere la Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus

di Laura Bellicini

Con l'avvicinarsi delle scadenze fiscali diventa di grande attualità ricordare a tutti l'importanza di poter utilizzare lo strumento del 5 per mille a vantaggio della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus.

## Cosa è il 5 per mille

Ognuno di noi sa, a grandi linee, che il 5 per mille è un istituto che è stato previsto, in via sperimentale, con la legge finanziaria per il 2006 e poi via via confermato negli anni successivi (purtroppo ad oggi sempre in via temporanea). Si tratta di un meccanismo che realizza una forma di democrazia fiscale, permettendo ai contribuenti di scegliere liberamente come destinare una quota delle proprie imposte. Ha infatti permesso ai contribuenti di decidere la destinazione diretta del 5 per mille della propria imposta sul reddito, senza dunque alcun aggravio, a sostegno di enti che svolgono attività di utilità sociale.

## Il grande successo del meccanismo

Fin dal primo anno della sua applicazione il meccanismo del 5 per mille ha ottenuto, da parte dei contribuenti italiani, un'adesione superiore ad ogni previsione. Di facile utilizzo, andando a replicare il già noto e consolidato istituto dell'otto per mille (che finanzia la Chiesa Cattolica e altre confessioni religiose) da subito quasi i due terzi dei contribuenti hanno effettuato la relativa destinazione. Sono state così nettamente superate le previsioni fatte in sede di finanziaria per il 2006 che ipotizzavano un'adesione intorno al 40%; questa ha invece superato il 60%.

Peraltro tutti i contribuenti hanno da subito compreso che la scelta di destinazione del 5 per mille e quella dell'8 per mille non sono in alcun modo alternative fra loro.

## I grandi beneficiari

I dati disponibili in merito al primo anno di applicazione del 5 per mille (anno 2006) evidenziano come oltre l'80% dell'importo destinato dai contribuenti a favore degli enti del terzo settore sia andato ad appannaggio di meno di cinquanta soggetti. Tra di essi i contribuenti hanno da subito evidenziato un grande entusiasmo per il sostegno della ricerca scientifica: i più noti enti di ricerca hanno ottenuto grazie a questo strumento importi veramente significativi. Basti evidenziare che per il 2006 l'AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro), grazie a più di 600 mila preferenze ottenute, ha avuto diritto ad un importo di 28 milioni di euro.

## Promuovere la destinazione alla Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus

La Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus ha tutte le carte in regola per ottenere le preferenze di tanti. Il successo della recente Campagna televisiva ha dimostrato che il grande pubblico vuole sostenere la ricerca nel settore cardiovascolare. Peraltro, al di là delle Campagne promozionali, è di tutta evidenza come molto può essere fatto anche dagli Associati ANMCO, sia destinando il proprio 5 per mille, sia sensibilizzando parenti, amici e pazienti a sostenere la ricerca promossa dalla Fondazione.

## Come destinare il proprio 5 per mille

Come al solito il contribuente può destinare la quota del 5 per mille della sua imposta sul reddito, apponendo la firma in uno degli appositi riquadri che figurano sui modelli di dichiarazione (CUD; 730/1; UNICO PF). Si ricorda che è consentita una sola scelta di destinazione. Inoltre è assolutamente importante indicare il codice fiscale dello specifico soggetto cui intende destinare direttamente la quota del 5 per mille.

Per la Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus non si può sbagliare: è iscritta in tutti e tre gli elenchi (Onlus - Ricerca scientifica - Ricerca sanitaria) e il codice fiscale che deve essere indicato è 94070130482.



Qualcuno non ha gradito l'iniziativa della Fondazione Italiana "per il Tuo cuore" e dell'ANMCO organizzata al Quirinale per celebrare gli Studi GISSI e promuovere una raccolta fondi per la ricerca cardiovascolare. La Società Italiana di Cardiologia (SIC) alla vigilia dell'evento del 13

andando in onda nel momento in cui questo articolo è in corso di stampa. Tutto quello che è avvenuto a margine dell'evento svoltosi nella vigilia di San Valentino potrebbe apparire surreale e non meritevole di eccessiva attenzione. È opportuna invece a mio parere un'attenta riflessione che

## Federazione Italiana di Cardiologia: ripartiamo da San Valentino

Come non appendere il cuore al chiodo

di Giuseppe Di Pasquale



febbraio 2009 ha inviato una lettera al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano chiedendo l'annullamento della cerimonia al Quirinale. In un articolo pubblicato in data 6 febbraio 2009 su un quotidiano romano la SIC ha rivolto al Prof. Attilio Maseri l'accusa di desiderio di protagonismo, mentre un contemporaneo ritratto biografico comparso su *Circulation* lo definiva "pioneer in Cardiology" e "inspirational mentor". Il Presidente della SIC Prof. Paolo Marino, che insieme al sottoscritto ed al Presidente della ESC Prof. Roberto Ferrari ha accolto con piacere l'iniziativa a partecipare alla cerimonia del Quirinale, a distanza di un mese dall'evento si è spinto ad invocare le dimissioni del Presidente della FIC. Il capo di accusa è quello di avere presentato questa iniziativa come propria della FIC medesima e di non avere avuto un comportamento "super partes", arrecando un "vulnus grave" ai patti federativi. Il resto della storia sta

attiene soprattutto al passato, presente e futuro della FIC e non tanto alla legittimità o meno della Fondazione "per il Tuo cuore" di promuovere fundraising per la ricerca clinica nella rete delle Cardiologie italiane, mettendo in campo la figura carismatica del proprio Presidente Prof. Attilio Maseri, ed al diritto dell'ANMCO di dare giusta visibilità nazionale, dopo i lusinghieri riconoscimenti internazionali, alla storia venticinquennale degli Studi GISSI. Dopo un'ampia discussione avvenuta negli ultimi 20 mesi all'interno dei rispettivi Consigli Direttivi di ANMCO e SIC sono stati delimitati gli obiettivi della FIC che al momento restano pertanto quelli sanciti dal suo statuto originale del 1998: 1) assicurare una referenza unitaria nei confronti della ESC; 2) assicurare una referenza unitaria nei confronti delle Istituzioni Sanitarie nazionali; 3) coinvolgere la Cardiologia ospedaliera nella formazione post laurea dello Specialista Cardiologo. Si

tratta ovviamente di obiettivi alquanto limitati, anche sulla base delle seguenti considerazioni: 1) all'interno della ESC il ruolo delle National Societies è stato finora marginale e solo con la presidenza del Prof. Roberto Ferrari è iniziata una loro reale valorizzazione; 2) il coinvolgimento della FIC da parte del Ministero della Salute è stato ampiamente variabile nei diversi governi fin qui succeduti; 3) il coinvolgimento della Cardiologia ospedaliera nelle Scuole di Specializzazione è realizzato a macchia di leopardo e spesso limitato all'attribuzione di formali contratti di insegnamento e non con un reale coinvolgimento delle Strutture ospedaliere. La SIC inoltre periodicamente ricorda che questo tema non è tanto competenza della Società Scientifica quanto del Collegio dei Professori Ordinari di Cardiologia. Non erano questi gli scarni obiettivi che immaginavo per la FIC quando con entusiasmo e spirito di servizio ne avevo assunto il mandato nel luglio 2007. Nelle mie linee programmatiche del Consiglio Direttivo FIC 2007 - 2010, pubblicate su *"Cardiologia negli Ospedali"* (N. 158/159 luglio - ottobre 2007) e *"SIC Cardiologia - Press"* mi ero spinto ad ipotizzare l'attuazione nel triennio di numerosi altri obiettivi per i quali sembrava esistesse condivisione. Questo almeno all'interno del precedente Consiglio Direttivo della FIC, presieduto dal Prof. Attilio Maseri, del quale avevo fatto parte durante la mia presidenza ANMCO, contemporanea alla presidenza SIC della Professoressa Maria Grazia Modena. Sarebbe lungo ripercorrere l'elenco di questi obiettivi, ma vale la pena ricordare che tra quelli più ambiziosi



c'era quello di una Fondazione cardiovascolare unica che avrebbe potuto promuovere un fundraising federativo per la ricerca cardiovascolare in Italia sul modello di AIRC o di Theleton. In un gradevole incontro svolto a Milano in una calda serata del luglio 2006 l'ANMCO, che dal 1998 aveva la sua Fondazione e dal 1992 un proprio efficiente Centro Studi, aveva offerto alla SIC la possibilità di entrare nella Heart Care Foundation, rinunciando a costituire una nuova Fondazione, con l'obiettivo di svolgere unitariamente un fundraising federativo. ANMCO e SIC avrebbero potuto inoltre condividere gli strumenti per la ricerca rappresentati dal Centro Studi dell'ANMCO, senza necessità di inutili duplicati. Questo progetto sembrava

assolutamente ragionevole e trovava la piena condivisione di Francesco Chiarella e Maria Grazia Modena che in quel momento rappresentavano l'ANMCO e la SIC. Quello che sembrava condivisibile per chi rappresentava la SIC nel 2006 non lo è stato per chi è venuto dopo. Il nuovo Presidente SIC Prof. Francesco Fedele comunicava, infatti, l'intenzione di voler costituire ex novo una propria Fondazione ed un proprio Centro Studi. A questo punto l'ANMCO decideva di uscire dallo standby, nel quale era volutamente rimasta per quasi un anno dopo la triste scomparsa del compianto Presidente di HCF Franco Valagussa, e rilanciava la progettualità della propria Fondazione che nel gennaio 2008 veniva

affidata ad Attilio Maseri. Questa è la sintetica cronistoria degli eventi che hanno portato l'ANMCO e la sua Fondazione a lanciare una Campagna di fundraising per la ricerca clinica collaborativa cardiovascolare proponendo una serie innovativa di Studi GISSI, della quale è a tutti evidente il successo ottenuto dallo start-up dello scorso febbraio. In questo contesto sopra descritto come Presidente FIC non ho potuto fare altro che prendere atto (a malincuore) che in questo momento storico non esistono le condizioni perché la FIC possa attuare degli obiettivi di portata più ampia rispetto a quelli delimitati dal proprio statuto. Le riflessioni sull'evento del Quirinale e dintorni potrebbero concludersi qui. Come presidente FIC potrebbe rimanermi solo l'amarezza per avere vissuto il nadir della storia della vita federativa, culminato nell'imbarazzante richiesta delle mie dimissioni da parte del nuovo Presidente SIC Prof. Paolo Marino. Come Socio ANMCO, il ricordo indelebile e l'orgoglio di avere partecipato ad uno storico evento, quello del 13 febbraio 2009 al Quirinale, che ha valorizzato la ricchezza di un'Associazione che con l'impegno culturale, scientifico e organizzativo ha reso grande la Cardiologia in Italia. Il mio inguaribile ottimismo mi porta invece a pensare che sarebbe un'occasione perduta non sfruttare questo momento di grave crisi per ripartire insieme su nuovi obiettivi. Sarebbe ingrato, dopo la calorosa accoglienza al Quirinale, non recepire l'ammonimento del Capo dello Stato a ricercare possibili sinergie. Provo allora ad immaginare i passi che potrebbero essere fatti nei prossimi mesi.

1) La proposta di una "Alleanza per il Cuore" condivisa nell'incontro di palazzo San Macuto del 25 settembre 2008 (vedi articolo pubblicato nell'ultimo numero di "Cardiologia negli Ospedali") potrebbe portare sicuro vantaggio a Società Scientifiche, Fondazioni e Associazioni dei pazienti cardiopatici. Nel 2010 potrebbe essere realizzata una nuova edizione dell'Anno del Cuore a distanza di cinque anni dall'iniziativa svolta nel 2004. All'interno di questo contenitore con cornice istituzionale potrebbero trovare spazio iniziative singole svolte dai diversi "Alleati" ed eventualmente iniziative congiunte condivise.

2) All'ANMCO ed alla sua Fondazione va riconosciuto il merito di essere riusciti a far partire una Campagna pubblica nazionale di sensibilizzazione per la ricerca clinica nella rete delle Cardiologie italiane, dopo tanti anni nei quali l'attenzione dei media e dell'opinione pubblica era rivolta esclusivamente ai tumori ed alle malattie genetiche. Sarebbe auspicabile che nell'iniziativa ormai lanciata dalla Fondazione italiana "per il Tuo cuore" potessero convergere con spirito sereno e costruttivo anche le altre Fondazioni del settore cardiovascolare, in stretta collaborazione con le Associazioni dei pazienti rappresentate dal Coordinamento Nazionale delle Associazioni del Cuore (CONACUORE). I tempi e le modalità dovrebbero essere condivisi in un tavolo di concertazione da attivare in tempi brevi e nel quale sedersi superando i rancori e le incomprensioni.

3) Il rafforzamento all'interno della FIC del ruolo delle altre Società cardiologiche, fermo restando il

riconoscimento del ruolo leader di ANMCO e SIC, potrebbe consolidare l'unitarietà della Cardiologia italiana. Operativamente penso che i tempi siano maturi per prevedere un'allargamento della composizione del Consiglio Direttivo della FIC alle altre Società generaliste del territorio e dell'ospedalità privata accreditata ed alle principali Società cardiologiche di settore. Su questi punti è auspicabile che ANMCO e SIC riescano a trovare condivisione. La cosa peggiore sarebbe non decidere niente e dimenticare San Valentino, che mi auguro possa tornare ad evocare cuore ed unità di intenti e non rivalità del passato. Allora, decidiamo insieme cosa vogliamo farne della FIC. Non penso che valga la pena farla solo sopravvivere in stato vegetativo.

# Adipochine: un legame tra obesità, aterosclerosi e malattie cardiovascolari

di M. Chiariello e P. Cirillo

Recenti evidenze scientifiche hanno messo in risalto la correlazione esistente tra il grasso addominale e l'elevato rischio cardiovascolare, mettendo in risalto la capacità del tessuto adiposo di produrre molecole note come adipochine, direttamente coinvolte nella fisiopatologia delle malattie cardiovascolari

Ulteriori progressi sono necessari per raggiungere una conoscenza migliore di tali molecole al fine di consentire un adeguato approccio preventivo e terapeutico

**L'**obesità rappresenta il principale disordine alimentare riscontrabile nei paesi industrializzati, ed è associata con l'incremento significativo della morbilità e mortalità cardiovascolare. Le cellule che formano il tessuto adiposo, gli adipociti, sono state fino ad oggi considerate come cellule non funzionalmente attive, ma piuttosto come dei semplici depositi di "grasso" utili per le necessità energetiche dell'organismo. Recenti evidenze scientifiche hanno consentito di attribuire a queste strutture cellulari un ruolo funzionalmente molto più importante. Specificamente, gli adipociti sono in grado di produrre numerose molecole (ormoni e/o peptidi) direttamente coinvolte non solo nella regolazione dei processi metabolici ma anche nelle normali funzioni cardiovascolari. A conferma di questo "link", numerose evidenze cliniche hanno messo in risalto la diretta correlazione esistente tra il grasso addominale e l'elevato rischio cardiovascolare. In particolare, questa correlazione sembrerebbe essere determinata dalla capacità del tessuto adiposo di produrre molecole note come adipochine e di favorire lo sviluppo della resistenza all'insulina. Le adipochine che sono state meglio caratterizzate dal punto di vista molecolare e clinico sono tre: l'Adiponectina, la Leptina e la Resististina. Esse esercitano effetti diversi ma anche parzialmente simili sull'apparato cardiovascolare, modulando la funzione delle cellule endoteliali e regolando in tal modo i meccanismi fisiopatologici responsabili della malattia aterosclerotica.

## La Leptina

La Leptina è stata la prima adipochina ad essere meglio caratterizzata. Essa ha un ruolo importante nella regolazione del peso corporeo dal momento che controlla direttamente l'introito di cibo regolandone l'assunzione a livello ipotalamico. Numerosi studi clinici e sperimentali hanno consentito di evidenziare il legame esistente tra elevate concentrazioni plasmatiche di Leptina e lo sviluppo delle malattie cardiovascolari. In particolare, esisterebbe un legame molto forte tra i livelli di Leptina e quelli di Proteina C Reattiva (PCR), il cui ruolo causale nello sviluppo delle sindromi coronariche acute è ben noto. Infatti, le cellule del tessuto adiposo produrrebbero Leptina in risposta a stimoli infiammatori come la proteina C reattiva. Viceversa, la Leptina stessa sarebbe a sua volta in grado di indurre l'espressione e produzione di PCR in cellule endoteliali coronariche umane in vitro, favorendone la conversione ad un fenotipo pro-trombotico. L'effetto della Leptina sulle cellule della parete vascolare sarebbe mediato anche dall'espressione della Endotelina-1, potente vasocostrittore, e della Ossido Nitrico sintetasi. Inoltre, tale adipochina è in grado di promuovere la produzione di molecole altamente reattive e deleterie per la normale funzione endoteliale quali i radicali liberi dell'ossigeno. Ancora, essa eserciterebbe un ruolo estremamente importante nella fisiopatologia della malattia aterosclerotica inducendo l'espressione del fattore chemiotattico per i monociti (MCP-1) e stimolando la proliferazione e la migrazione delle cellule endoteliali e

delle cellule muscolari lisce. In questo contesto, particolarmente interessante è il potenziale ruolo svolto dalla Leptina nella fisiopatologia delle sindromi coronariche acute. Infatti, tale adipochina agirebbe sia sulla formazione del trombo bianco stimolando l'aggregazione delle piastrine, sia sulla formazione del trombo rosso, come dimostrato dal nostro gruppo, attraverso l'induzione del Tissue Factor, sulla superficie delle cellule endoteliali. Infine, la Leptina promuove l'accumulo del colesterolo nei macrofagi in condizioni di iperglicemia e stimola l'angiogenesi.

### La Resistina

La Resistina è una adipochina che è stata caratterizzata in maniera completa solo di recente. Essa esercita effetti diretti sulle cellule endoteliali mimando parzialmente gli effetti osservati anche per la Leptina. Infatti, essa promuove il rilascio di Endotelina - 1 e la espressione del Tissue Factor. Inoltre favorisce la espressione della molecola di adesione VCAM - 1 e del fattore chemiotattico MCP - 1, direttamente coinvolti nella fisiopatologia della formazione della placca aterosclerotica. Inoltre, le cellule esposte a concentrazioni crescenti di Resistina esprimono bassi livelli di TRAF - 3, un potente inibitore del CD - 40 ligand, suggerendo che tale adipochina sia direttamente coinvolta nei meccanismi responsabili della disfunzione endoteliale. Infine, la Resistina è in grado di indurre la proliferazione delle cellule muscolari lisce, suggerendo che essa possa essere coinvolta nei meccanismi della restenosi osservata con maggiore frequenza nei pazienti diabetici.

### L'Adiponectina

L'Adiponectina è un fattore del complemento (Clq) la cui sintesi è regolata negativamente dai glucocorticoidi e dal TNF - alpha e, positivamente dall'insulina e dall'IGF - 1. I livelli plasmatici di Adiponectina sono ridotti nei pazienti obesi ed inversamente correlati con gli stati di insulino resistenza ed i livelli di PCR. Inoltre, nei pazienti con coronaropatia i livelli di Adiponectina sono più bassi rispetto alla popolazione generale. Questi dati suggeriscono che tale adipochina, differentemente dalla Leptina e dalla Resistina, abbia un effetto protettivo nello sviluppo della malattia aterosclerotica. Verosimilmente questo effetto dipende dalla capacità di tale adipochina di ridurre la risposta infiammatoria endoteliale, riducendo l'espressione delle molecole di adesione come VCAM - 1, ICAM - 1 ed E - Selectina, inibendo la proliferazione delle cellule muscolari lisce e impedendo l'attivazione del fattore di trascrizione nucleare (NF - kB). Infine, l'Adiponectina sembrerebbe in grado di sopprimere la trasformazione dei macrofagi in cellule schiumose, riducendo in tal modo la progressione della malattia aterosclerotica.

### Adipochine emergenti

Lo studio nel tessuto adiposo ha consentito di ottenere informazioni sempre più complete sulle numerose molecole da esso prodotte. In particolare, l'Apelina, la Visfatina e la Glicoproteina Zinc - a2 (ZAG) sono state le ultime ad essere scoperte. I livelli di espressione ed i livelli circolanti dell'Apelina sono incrementati nei pazienti obesi con iperinsulinemia. La

Visfatina interagirebbe direttamente con il recettore dell'insulina sebbene il meccanismo di tale interazione non sia ancora completamente noto in dettaglio. Infine, la ZAG è una glicoproteina del peso di 43 kDa che stimola la lipolisi. Sebbene il ruolo svolto da queste "nuove" adipochine nello sviluppo della insulino resistenza sia abbastanza chiaro, il loro coinvolgimento nella fisiopatologia delle malattie cardiovascolari è ancora oggetto di ricerca.

### Conclusioni

È oramai accettato che gli adipociti non rappresentano più un semplice deposito dei grassi ma possono essere considerati come un organo endocrino funzionalmente attivo, in grado di modulare numerose attività dell'organismo. Il loro ruolo metabolico è proporzionale all'espressione della quantità di tessuto adiposo rappresentato nell'organismo. La progressiva definizione del ruolo svolto da importanti adipochine come la Leptina, la Resistina e l'Adiponectina sta consentendo di ottenere una visione sempre più chiara delle singole tessere che compongono il complesso "puzzle" rappresentato dalla sindrome metabolica. In questo contesto, lo studio sempre più approfondito dei meccanismi intracellulari attraverso cui queste molecole influenzano l'utilizzo dei depositi energetici e li raccordano con i meccanismi metabolici sarà fondamentale al fine di strutturare protocolli terapeutici adeguati per il trattamento di questa patologia e delle malattie cardiovascolari ad essa intimamente connesse.

# Biennio 2009 - 2010: progetti da concludere e nuove idee da sviluppare

di Massimo Zoni Berisso

Il programma del biennio 2009 - 2010 prevede la chiusura di due importanti Survey sulla Ablazione Chirurgica della Fibrillazione Atriale e sulle strategie di Prevenzione Primaria della Morte Improvvisa in Italia

Tra le nuove iniziative: progetto di Survey sui percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della Fibrillazione Atriale in Italia, sviluppo dei rapporti con gli Associati, progetti di collaborazione con altre Associazioni Mediche e Gruppi Aritmologici Italiani

Anche per l'Area Aritmie inizia un nuovo biennio che insieme al Co - Chairman Maurizio Landolina vorrei si caratterizzasse per una serie di iniziative utili a rispondere ad alcune tra le più discusse problematiche clinico - aritmologiche del momento, a consolidare e sviluppare nuovi rapporti di collaborazione con le altre strutture organizzative italiane che si interessano di aritmologia e a riprendere e rivitalizzare un rapporto con i nostri Iscritti da alcuni anni piuttosto affievolito.

Prima di affrontare i singoli problemi nello specifico vorrei però fare una breve premessa in cui tracciare un profilo dell'Area. Ciò allo scopo di esporre sia ai nostri Associati che ai Colleghi di altre Associazioni che spesso chiedono informazioni sulla sorte della nostra struttura: gli obiettivi dell'Area, i compiti nell'ambito dell'ANMCO e i rapporti con le altre Associazioni o Gruppi di Studio aritmologici italiani. Credo che questa puntualizzazione sia utile e necessaria per chiarire i confini dell'operatività dell'Area e per evitare inutili incomprensioni. L'Area Aritmie, come noto, ha avuto una storia travagliata poiché si è trovata già al momento della sua nascita a doversi confrontare con altre organizzazioni aritmologiche operanti da numerosi anni. In passato, da molti, l'Area è stata giudicata superflua e da alcuni è stato proposto anche il suo scioglimento.

Questi sono stati alcuni dei motivi che hanno condizionato la sua visibilità e continuità d'azione. Nonostante ciò l'Area non è mai stata sciolta e ha continuato a svolgere la sua attività con iniziative anche di notevole importanza scientifica (voglio ricordare in particolare lo Studio FIRE e la più recente Survey su "Procedure di Ablazione Chirurgica della Fibrillazione Atriale", soprattutto non si è mai posta in contrapposizione con le altre Associazioni o Gruppi di Studio Aritmologici Italiani.

L'Area Aritmie è infatti:

- 1) un organo di consulenza dell'ANMCO;
- 2) un promotore di cultura e formazione aritmologica per i Cardiologi;
- 3) un "trait d'union" per iniziative comuni con altre Associazioni mediche nazionali;
- 4) un osservatorio privilegiato per identificare criticità e per suggerire soluzioni correttive nella gestione delle problematiche aritmologiche in Italia.

Questi dunque sono gli scopi e i compiti dell'Area Aritmie che anche il Comitato di Coordinamento (CdC) che ho l'onore di presiedere intende perseguire. Per il biennio 2009 - 2010 sono numerose le idee che "bollono in pentola" e altrettanto numerose sono le attività iniziate dal precedente Comitato di Coordinamento che devono essere concluse. Passiamo ad analizzarle.

## Iniziative da terminare

Durante il biennio 2007 - 2008 il precedente CdC ha promosso due Survey patrocinate dall'ANMCO, indirizzate ad analizzare i comportamenti e le tendenze operative della Cardiologia nazionale nei confronti di importanti tematiche cardio - aritmologiche.

1) Il "Censimento delle procedure di Ablazione Chirurgica della Fibrillazione Atriale effettuata nel 2006". L'iniziativa è stata portata a termine in collaborazione con l'Area Chirurgica dell'ANMCO. I risultati sono stati presentati all'Assemblea delle due Aree durante lo scorso Congresso Nazionale di Firenze. È in corso la stesura del testo del lavoro per la pubblicazione su una rivista scientifica. Noi riteniamo che questa iniziativa rappresenti un efficace strumento per trovare un consenso tra Cardiologi e Cardiochirurghi sulle indicazioni e sull'uso di questa procedura le cui potenzialità terapeutiche sono ancora poco note.

2) La Survey "Strategie di Prevenzione Primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiana". Iniziativa pensata e realizzata in collaborazione con l'Area Scopenso Cardiaco. Al momento è terminato il secondo recall di invito alla compilazione della scheda, inviato a tutti i Centri cardiologici italiani. Nei prossimi mesi è in programma l'analisi dei dati; si pensa di poter presentare i risultati preliminari alla prossima Assemblea di Area in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2009. Crediamo molto in questa iniziativa che ci potrà permettere di conoscere il comportamento dei Cardiologi italiani nei confronti di un importante

problema non solo clinico, ma anche etico e socio - economico. I risultati di questa Survey ci forniranno un aggiornamento sul livello e sulla qualità della gestione del problema in Italia e sulle eventuali criticità dei percorsi diagnostico - terapeutici e potranno essere spunto per l'elaborazione di documenti di indirizzo o per la organizzazione di Campagne Educazionali Nazionali da organizzare in collaborazione con altre Associazioni Mediche italiane di settore.

## Iniziative scientifiche per il nuovo biennio

La convinzione che i Registri e le Survey sono un mezzo indispensabile per verificare l'appropriatezza dei percorsi diagnostico - terapeutici o l'efficacia delle soluzioni terapeutiche adottate e, quindi, un potente mezzo indiretto per fare formazione e per accrescere la professionalità medica ci ha spinti a perseverare nell'azione già intrapresa dal CdC precedente. Anche per il prossimo biennio, pertanto, le iniziative dell'Area in campo scientifico saranno indirizzate alla promozione di Survey. Al momento ne è prevista una "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della Fibrillazione Atriale in Italia" dedicata ad analizzare un attuale problema di Sanità pubblica. Infatti, la continua crescita dell'incidenza di questa aritmia, l'ingente investimento di risorse umane ed economiche per la sua cura, le notevoli controversie sulle più appropriate strategie terapeutiche da adottare ci sono sembrati validi motivi per mettere in cantiere una iniziativa in grado di fornire alcune risposte alle domande della comunità cardiologica.

L'Area ha ritenuto che validi compagni per poter portare a termine il compito fossero i Medici di Medicina Generale. Per numerosi motivi: 1) perché sono distribuiti su tutto il territorio nazionale, 2) perché conoscono meglio di ogni altro i percorsi tortuosi che spesso portano i pazienti a toccare "porti" assistenziali anche in varie parti d'Italia, 3) perché garantiscono neutralità di giudizio sui risultati dei differenti interventi terapeutici. Basandoci quindi su una documentata e valida storia di produzione scientifica abbiamo chiesto la collaborazione degli amici della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) che forte di una rete di oltre 900 Associati distribuiti omogeneamente su tutta l'Italia garantisce la possibilità di osservare in modo attento e rigoroso almeno 1.000.000 di persone. Coadiuvati dal Dott. Giuliano Ermini, esperto della SIMG, pensiamo di poter concludere la raccolta dati entro la fine del 2009 e di presentare i risultati al Congresso Nazionale del 2010.

## Rapporti con altre Associazioni o Gruppi di Studio italiani

I nostri punti di riferimento per l'aritmologia sono rappresentati dall'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiossimolazione e dal Gruppo di Studio delle Aritmie della Società Italiana di Cardiologia. Abbiamo intenzione di collaborare con loro in tutte le iniziative scientifiche, formative organizzative che possano accrescere e diffondere la cultura aritmologica in Italia. Con loro pensiamo di istituire, ove se ne ravveda la necessità / utilità, Commissioni o Gruppi di lavoro per

risolvere eventuali problemi che emergano dalle Survey più sopra elencate. Con loro proponiamo di iniziare a discutere di un importante problema che riguarda la qualità della assistenza medica attraverso l'istituzione di un programma nazionale di Accredimento della Competenza Professionale Postuniversitaria in Aritmologia Interventistica. Una proposta su questo argomento è stata fatta nell'ambito della Commissione della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e Organizzazione funzionale dell'Aritmologia" e una ipotesi di lavoro è contenuta nel Documento finale della Commissione. Come detto in precedenza è già iniziata una stretta e fattiva collaborazione con la SIMG.

### Rapporti con gli Iscritti e iniziative organizzative

Da ormai alcuni anni il rapporto con gli Iscritti all'Area si è molto affievolito. Un chiaro sintomo di questo problema è rappresentato dal fatto che alle ultime due Riunioni degli Iscritti all'Area ha partecipato un numero estremamente basso di Colleghi. I motivi di ciò vanno secondo noi attribuiti alle problematiche precedentemente esposte che hanno condizionato le iniziative scientifiche e organizzative utili a tenere vivo lo scambio culturale e collaborativo. Rinvigorire questo rapporto, iniziato in modo entusiasmante durante la mia prima esperienza nell'Area che risale ormai al biennio 1997 - 1998, sarà uno dei principali obiettivi di questo CdC. Come primo atto della nostra azione è stata inviata una lettera a tutti gli Iscritti storici per contattarli e per chiedere la disponibilità a riprendere e continuare il lavoro

insieme. Al momento le risposte sono state circa 60, non molto numerose ma molto qualificate, alcune contenenti ottimi suggerimenti. Ciò fa ben sperare per una crescita futura. Indubbiamente saranno necessarie iniziative concrete per coinvolgere più persone. A questo proposito il CdC sta pensando ad una serie di iniziative scientifiche, formative e organizzative che vadano in questa direzione. Tra queste: 1) potenziamento del Sito WEB dell'Area ove inserire oltre alla rassegna bibliografica e commentata degli Studi di maggior interesse anche documenti o lavori scientifici o Abstract presentati dai nostri Iscritti ai Congressi o Casi Clinici particolari da discutere; 2) uso agevolato dei servizi informatici ANMCO (verticale aritmie del programma CardioWEB ANMCO); 3) coinvolgimento degli Iscritti con particolare "expertise" in Commissioni di Studio, eventi formativi, eventi congressuali organizzati dall'Area; 4) proposte per nuove soluzioni operative cliniche e organizzative. Nell'ambito delle iniziative organizzative è importante ricordare infine un altro importante risultato ottenuto dall'Area: la partecipazione alla Commissione FIC "Struttura e organizzazione funzionale dell'Aritmologia" dimostra la bontà della strategia di collaborazione con le altre Associazioni di settore che ha permesso, con il contributo di rappresentanti AIAC e SIC, di elaborare un Documento di consenso sull'argomento. L'auspicata approvazione dei contenuti da parte della FIC e la conseguente pubblicazione del testo ci impegnerà a spingere i nostri Associati ad applicare e far applicare le indicazioni e le strategie

suggerite.

Al termine di questa breve presentazione del programma 2009 - 2010 ritengo doveroso esprimere un ringraziamento a tutti i componenti del precedente CdC presieduto dal Dott. Giuseppe Inama che ci hanno messo in condizione di partire, come si suol dire, con il "piede giusto". Sfrutto questa occasione per ribadire l'invito sia ai miei Collaboratori che a tutti gli Iscritti e simpatizzanti della materia di partecipare alle nostre iniziative (in particolare di rispondere alle Survey), di suggerire nuove idee e, soprattutto, di segnalarci eventuali deficienze nella gestione dell'Area. Arrivederci a presto alla prossima Riunione degli Iscritti all'Area a Firenze.



# La Cardiocirurgia mininvasiva: un'offerta innovativa per i casi complessi

di Luigi Martinelli

Le tecniche mininvasive in Cardiocirurgia hanno avuto alterna fortuna e sono state applicate in modo discontinuo, in quanto considerate particolarmente complesse e prive di un significativo "valore aggiunto" a parte quello cosmetico

In realtà la tecnologia ha reso la metodica riproducibile e l'applicazione clinica ha consentito di identificare alcune indicazioni in cui l'approccio mininvasivo permette di trattare con danno biologico minimo situazioni particolarmente complesse come i reinterventi valvolari multipli o i reinterventi con bypass pervi

**L**e tecniche mini - invasive cardiocirurgiche, introdotte nella pratica clinica quindici anni orsono <sup>(1,2)</sup>, hanno avuto alterne fortune. Ad un iniziale entusiasmo, che ha condotto ad una rapida diffusione di queste metodiche, è poi seguito un crescente scetticismo, con una significativa contrazione del numero di Centri che praticano Cardiocirurgia mini - invasiva. Tale scetticismo ha dapprima contagiato gli stessi Cardiocirurghi, quindi anche la comunità cardiologica. Le ragioni di questa involuzione sono imputabili da un lato alla apparente maggiore difficoltà tecnica degli interventi mini - invasivi rispetto a quelli effettuati in sternotomia mediana; dall'altro lato, all'osservazione di complicanze peroperatorie, anche gravi <sup>(3)</sup>, e di risultati tecnici subottimali, come nel caso dei distacchi protesici e dell'insuccesso delle valvuloplastiche mitraliche. A nostro avviso, la storia della Cardiocirurgia mini - invasiva rappresenta un ottimo esempio di come possa essere mortificato il valore clinico e tecnico di un approccio chirurgico, peraltro largamente praticato con successo da decenni in altre branche (basti pensare alla Chirurgia laparoscopica), a causa di una applicazione motivata in molti casi più dalla moda che da ragioni clinico - scientifiche.

## Aspetti tecnici

Si tratta di interventi sostanzialmente differenti nell'accesso al cuore ed ai grossi vasi rispetto alla Cardiocirurgia convenzionale in sternotomia mediana. Per poter essere eseguiti correttamente e in modo riproducibile richiedono di necessità l'adozione di

uno strumentario dedicato e l'applicazione di procedure che consentano al Chirurgo di operare in spazi ristretti. Di conseguenza, il Chirurgo deve sottoporre se stesso e la propria équipe (anestesista e perfusionista compresi) ad un training specifico, sia per dominare il campo operatorio sia per imparare a padroneggiare uno strumentario per lui completamente nuovo. In altre parole, la difficoltà imposta dalla Cardiocirurgia mini - invasiva è di natura culturale più che tecnica. E gli ostacoli culturali sono ben più alti di quelli tecnici, soprattutto in un mondo estremamente conservatore come quello della Chirurgia. A nostro avviso, buona parte degli insuccessi e delle frustrazioni in questo campo discendono proprio dall'incapacità a riconoscere tale difficoltà culturale, che ha portato i Chirurghi ad operare, talora "improvvisando", attraverso piccoli accessi con strumentario e logiche da intervento convenzionale, con difficoltà enormemente, ed inevitabilmente, aumentate. A conferma di questa ipotesi, è sufficiente analizzare gli eccellenti risultati ottenuti con la Chirurgia mini - invasiva in Centri che la hanno praticata in modo razionale nel corso degli anni <sup>(4,5)</sup>.

## Principali indicazioni della Chirurgia mini - invasiva

- La Chirurgia sostitutiva o riparativa della valvola aortica può essere praticata di routine attraverso una mini-sternotomia superiore, anche in caso di re - intervento, con una esposizione assolutamente paragonabile a quella ottenibile con una sternotomia completa. Con questo approccio possono essere affrontati agevolmente anche



*Guglielmo d'Ockham*

gli aneurismi dell'aorta ascendente.

- La Chirurgia sostitutiva o riparativa della valvola mitralica può essere effettuata di routine attraverso una minitoracotomia anterolaterale destra. Tale approccio è particolarmente vantaggioso in caso di re - intervento, con una esposizione della valvola nettamente migliore rispetto a quella ottenibile in sternotomia. Con la stessa metodica, oltre alla patologia tricuspидale, può essere affrontata tutta la Chirurgia atriale (mixomi, difetti interatriali, masse endocavitarie)

- Il bypass coronarico isolato tra l'arteria mammaria interna di sinistra e l'arteria interventricolare anteriore può essere praticato di routine attraverso una minitoracotomia anterolaterale sinistra.

### I re - interventi valvolari con tecnica mini - invasiva: la mitrale a "cuore battente"

I re - interventi convenzionali espongono il paziente ad un aumento di mortalità e morbilità perioperatorie, in buona parte a causa dei rischi connessi alle aderenze presenti tra sterno, cuore e grossi vasi. La ri - sternotomia può determinare gravi lesioni a carico del ventricolo destro, dell'atrio destro, dell'aorta ascendente e di eventuali bypass coronarici. Inoltre, la lisi completa delle aderenze intrapericardiche determina un significativo aumento dei tempi operatori nonché del san-

guinamento. L'adozione di tecniche mini - invasive permette di ridurre al minimo indispensabile o di evitare del tutto, sia la divisione dello sterno che la lisi delle aderenze.<sup>(6)</sup> Nel caso del re - intervento sulla valvola aortica, la sternotomia interessa solo la metà craniale dell'osso e la dissezione delle aderenze è limitata al solo isolamento dell'aorta ascendente. La circolazione extracorporea viene istituita con drenaggio venoso per via percutanea femorale e perfusione sistemica in aorta ascendente o arteria femorale. Nel caso di re - intervento mitralico, l'accesso minitoracotomico anterolaterale destro permette di evitare del tutto la divisione dello sterno. La circolazione extracorporea viene istituita con drenaggio venoso per via percutanea femorale e perfusione sistemica in aorta ascendente o arteria femorale. L'intervento può essere effettuato senza clampaggio aortico, a cuore battente, condizione estremamente vantaggiosa in caso di disfunzione ventricolare sinistra in quanto non si rende necessario l'arresto cardioplegico. Queste tecniche, caratterizzate dal rispetto dell'integrità della parte inferiore dello sterno e dalla limitata lisi delle aderenze, permettono un'ulteriore riduzione del rischio operatorio nei pazienti portatori di bypass coronarici pervi, la cui lesione durante la dissezione chirurgica è associata ad un'augmentata mortalità operatoria.

### Valenze della Chirurgia mini - invasiva

Sicuramente permette di conseguire un risultato superiore in termini cosmetici. Questo è un aspetto che non deve essere mai sottovalutato. Al di là di casi particolari, la soddisfazione del paziente dipende anche dall'impatto che la cicatrice avrà sul suo corpo nonché sulla sua psiche. Di fronte alla espressa volontà di minimizzare le dimensioni dell'incisione, sarà compito del Chirurgo far fronte a questa richiesta ricorrendo alla tecnica più adeguata, garantendo nel contempo una correzione della cardiopatia di qualità almeno pari a quella ottenibile in sternotomia mediana. Inoltre, alla mini - invasività cosmetica si associa la ben più importante mini - invasività biologica, legata alla drastica riduzione delle superfici cruentate durante l'intervento. Il minor trauma imposto al paziente si traduce in minor dolore postoperatorio, minore attivazione dell'infiammazione e del sistema coagulativo, tempi di recupero più brevi. Viene minimizzata anche la formazione di aderenze, aspetto che rende meno rischioso un futuro re - intervento.

Nel corso del processo decisionale relativo alla valutazione del rischio e all'offerta di un trattamento più o meno invasivo, il Cardiologo e il Cardiochirurgo non devono sottovalutare il valore aggiunto rappresentato dalle tecniche mini - invasive. In esso possono essere trovate soluzioni a minor rischio per problemi complessi, come nel caso dei plurimi reinterventi valvolare o negli interventi sulle strutture



atriali o sulle valvole atrioventricolari nei pazienti con con bypass pervi. Inoltre, affacciandosi all'orizzonte tecniche percutanee di sostituzione valvolare aortica e di valvuloplastica mitralica, la minimizzazione dell'impatto biologico e cosmetico avrà un peso sempre maggiore nella scelta del paziente. Tutto ciò, ovviamente, garantendo sempre uno standard qualitativo indiscutibile, almeno pari a quello ottenibile con la sternotomia. Tale standard può essere ottenuto solo attraverso un approccio razionale e dedicato alla Chirurgia mini - invasiva, senza improvvisazioni. L'approccio ed il training devono essere di necessità multidisciplinari, coinvolgendo l'anestesista, il perfusionista ed il personale di camera operatoria, proprio in virtù del loro ruolo determinante ai fini del buon esito dell'intervento. Basti pensare, ad esempio, a quanto sia essenziale il monitoraggio ecocardiografico transesofageo intraoperatorio in Cardiocirurgia mini - invasiva sia per il corretto posizionamento delle cannule per la circolazione extracorporea che per la valutazione della funzione e del riempimento del cuore nelle fasi di svezzamento. Ovviamente, la filosofia della mini - invasività non deve limitarsi alla sola camera operatoria, ma deve essere estesa all'intero periodo perioperatorio. Il completo raggiungimento degli obiettivi della Chirurgia mini - invasiva passa necessariamente per una ridefinizione dei protocolli di gestione del paziente, riducendo i tempi di degenza anche attraverso protocolli fast - track. In conclusione, la mini - invasività in Cardiocirurgia non deve essere con-

siderata semplicemente una tecnica "cosmetica". E' una cultura, un modo di pensare e di agire, un'opportunità di innovazione e di aumento di offerta terapeutica ai nostri pazienti, l'applicazione anche nella nostra professione di quel principio di semplificazione ben espresso nel "rasoio di Occam": frustra fit per plura quod fieri potest per pauciora.

#### Bibliografia

- 1) Cosgrove DM 3rd, Sabik JF. Minimally invasive approach for aortic valve operations. *Ann Thorac Surg* 1996;62:596.
- 2) Cohn LH, Adams DH, Couper GS, et al. Minimally invasive cardiac valve surgery improve patient satisfaction while reducing costs of cardiac valve replacement and repair. *Ann Surg* 1997; 226:421.
- 3) Reichenspurner H, Dettler C, Deuse T, et al. Video and robotic-assisted minimally invasive mitral valve surgery: a comparison of the Port Access and transthoracic clamp techniques. *Ann Thorac Surg* 2005;79:485.
- 4) Casselman FP, Van Slycke S, Wellens F, et al. Mitral valve surgery can now routinely be performed endoscopically. *Circulation* 2003;108(Suppl I):II48.
- 5) Mihaljevic T, Cohn LH, Unic D, et al. One thousand minimally invasive valve operations: early and late results. *Ann Surg* 2004;240:529.
- 6) Byrne JG, Aranki SF, Couper GS, et al. Reoperative aortic valve replacement: partial upper hemisternotomy versus conventional full sternotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999;188:991

# Perché una tastiera ed un mouse in una moderna Unità di Terapia Intensiva Cardiologica?

di Paolo Trambaiolo

Il cambiamento dell'Unità di Terapia Intensiva da Coronarica a Cardiologica non può prescindere dalla informatizzazione delle attività clinico - gestionali

**L**e tecnologie informatiche in ambito sanitario sono state utilizzate fin dalla loro nascita soltanto nel settore amministrativo per le ovvie motivazioni legate al controllo economico di una struttura sanitaria, aspetto considerato primario rispetto alla informatizzazione della gestione dei dati clinici (Sistemi di gestione amministrativa per le accettazioni dei pazienti come l'ADT - Accettazione, Dimissione e Trasferimento; sistemi di gestione delle prenotazioni come il CUP - Centro Unico di Prenotazione). Attualmente lo sviluppo di strumentazione elettronica per la diagnostica clinica permette la comunicazione di dati/immagini al fine di una semplificazione dell'utilizzo delle relative informazioni di carattere clinico. Purtroppo però

tutto ciò rimane una "speranza" per l'alta percentuale di dati "proprietario", cioè sviluppati dalle singole aziende e perciò concessi agli sviluppatori di software con molte restrizioni ed a prezzi molto alti. Tutto ciò ha prodotto in campo clinico una babele di sistemi informatici (cartelle cliniche, pronto soccorso, indagini strumentali, teleconsulto) che non permettono neanche la condivisione univoca dell'anagrafica del paziente e che hanno fatto lievitare sia i costi (integrazioni tra diversi sistemi proprietario con alte royalties) che l'antipatia da parte del personale sanitario verso la tastiera ed il mouse per il fatto di dover, ad esempio, inserire varie volte gli stessi dati in sistemi diversi. Per questi motivi, e devo dire finalmente, le aziende produttrici di software hanno deciso di mettersi d'accordo su quali dati mettere a disposizione di tutti, in quale momento del processo, e secondo quale formato, permettendo la nascita di protocolli standard di comunicazione in ambito sanitario quali ad esempio HL7 per i dati clinici e il DICOM (Figura 1) per l'imaging (TC, emodinamica, ultrasuoni ecc.). Nel 2005 la Società Europea di Cardiologia ha pubblicato le raccomandazioni per la struttura, l'organizzazione e l'operatività delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica per la gestione ottimale del paziente critico in Cardiologia auspicando nel docu-

Figura 1

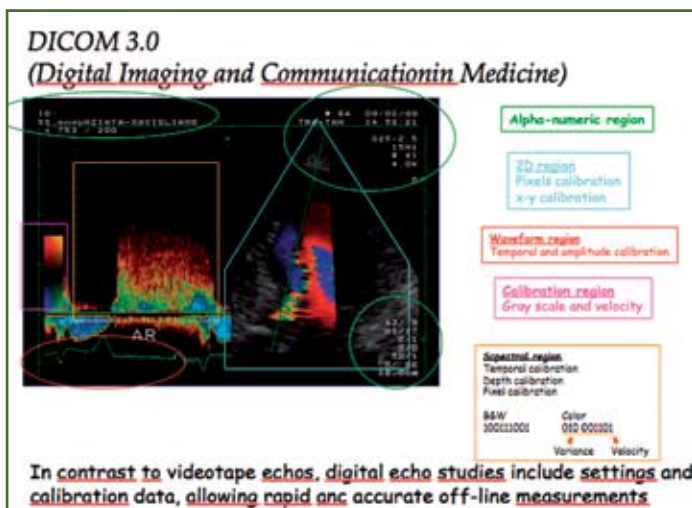




Figura 2

mento in modo esplicito l'impiego estensivo dell'informatica. Nel 2007 l'Area Informatica dell'ANMCO ha condotto un Sondaggio sul desiderio di informatizzazione da parte degli operatori sanitari delle UTIC mediante la compilazione di un questionario. Hanno risposto il 50% delle UTIC italiane con eguale distribuzione Nord-Centro-Sud evidenziando come questi operatori "interessati e motivati" avessero e/o desiderassero, in circa i 2/3 dei casi, una cartella clinica in formato elettronico condivisa con gli Infermieri, protocolli farmacologici standardizzati informatizzati, "consegne mediche" mediante computer, un ecocardiografo digitale con memorizzazione delle immagini/filmati degli esami in formato DICOM, e soprattutto fossero tutti disponibili a modificare "in direzione informatica" il loro modo di lavorare in UTIC. Negli ultimi anni l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (vecchia UTIC) si è andata modificando verso una vera e propria Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (nuova UTIC) con pazienti ad alto rischio e ad alta intensità di cura. La sensibilità da parte dell'ANMCO verso questo cambiamento ha posto recentemente in discussione il problema della Clinical Competence degli operatori (Medici ed Infermieri) che vi si trovano a lavorare quotidianamente. Inoltre il

nuovo modello di Ospedale proposto in alcune realtà regionali italiane che sembra non prevedere più reparti e servizi autonomi ben definiti, bensì grandi aree di accorpamento costituite da strutture funzionali flessibili per numero di posti letto e modellate intorno alle esigenze funzionali del paziente, rovescerebbe la tradizionale identità del reparto specialistico. In particolare nel livello I delle degenze intensive e semi-intensive verrebbero collocate le nuove aree di riferimento dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Quindi sia per il cambiamento intrinseco dell'UTIC (pazienti ad alto rischio e ad alta intensità di cure, figura del Cardiologo intensivista), sia per una eventuale nuova collocazione delle stesse in un nuovo tipo di organizzazione ospedaliera (alta intensità di cure) l'informatizzazione nell'ambito dell'emergenza-urgenza diventa un mezzo necessario ed indispensabile per essere preparati ad essere protagonisti del cambiamento. La cartella clinica cartacea tradizionale è facilmente utilizzabile e compilabile con la penna ma è accessibile da un solo utente, la ricerca dei dati può essere lunga ed incompleta, occupa spazio, può essere difficile interpretare la scrittura, vi è possibilità di errori conseguente ad introduzione non codificata dei dati. Invece la cartella clinica elettronica richiede poco spazio, permette la facile duplicabilità, trasportabilità (reti), accesso, protezione, ricerca rapida dei dati, integrazione di protocolli e linee guida per suggerire analisi e trattamenti, impiego di utility per la somministrazione dei farmaci. In sostanza può migliorare la qualità delle cure offerte, ridurre il rischio dell'er-



Figura 3

rore medico e permettere un controllo di qualità ad esempio nell'ambito dell'appropriatezza. Eppure, l'introduzione della cartella clinica elettronica stenta a diffondersi in Italia. Dove è stata introdotta, essa è frutto della collaborazione locale degli operatori sanitari ed informatici dedicati ed è utilizzata solo in quell'Unità Operativa. Inoltre la resistenza è anche dovuta agli stessi operatori sanitari: l'impiego iniziale dilata i tempi di utilizzo di uno strumento non familiare, può non essere agevole sostituire la penna con il mouse, ed essere impegnativo modificare abitudini professionali radicate. Molti percepiscono il cambiamento come un'ulteriore complicazione e un sovraccarico di lavoro, ma sottovalutando alcuni aspetti di facile ed immediato riscontro. L'informatizzazione potrebbe, sempre restando in Area Emergenza - Urgenza, essere molto utile anche per l'ecocardiografia. I dati pubblicati (Registro Venere) ci mostrano ancora un preoccupante sottoutilizzo della metodica in UTIC (Figura 2). Ecocardiografi miniaturizzati UTIC - dedicati, facilmente trasportabili, ad alta tecnologia sono utilizzati solo nel 41% dei centri (50%

delle UTIC che hanno risposto, Sondaggio ANMCO 2007) ma ciò che più mi preme sottolineare è la gestione informatizzata dell'imaging. I sistemi di memorizzazione delle immagini sono oggi facilmente disponibili e possiamo immaginare come un archivio digitale comune contenente coronarografia, ecocardiogramma, TC e RMN possa considerarsi utilissimo nella gestione ottimale delle problematiche cliniche del paziente critico nei termini di riduzione dell'errore o di contenimento dei costi (Figura 3).

In conclusione l'informatizzazione dell'UTIC e dell'Area Emergenza - Urgenza è un'esigenza diffusamente avvertita, indipendentemente dalle modalità (software acquistato o "fatto in casa") e non può prescindere dall'impiego di strumenti ad alto contenuto tecnologico comprendendo anche un archivio digitale dell'imaging. Prima o poi verremo sicuramente obbligati ad utilizzare una "qualche cartella clinica elettronica": l'UTIC potrebbe essere già informatizzata con operatori sanitari Medici ed Infermieri già esperti e protagonisti del cambiamento.

#### Bibliografia

1. [www.hl7.org](http://www.hl7.org)
2. <http://medical.nema.org>
3. [www.g8cardio.org](http://www.g8cardio.org)
4. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. *Eur Heart J.* 2005 Aug;26(16):1676-82
5. Trambaiolo P, Posteraro A, Salustri et al. "L'acquisizione e la gestione delle immagini nel laboratorio digitale di ecocardiografia". *Giorn Ital Cardiol* 2004;5:517 - 526
6. Trambaiolo P, Magnacca M, Poli M. "Cosa dovremmo informatizzare in una moderna Unità di Terapia Intensiva Cardiologica? Censimento effettuato nel 2007 dall'Area Informatica nelle UTIC Italiane, *Cardiologia negli ospedali*", 2009. Pag 25
7. <http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/sondaggio/censimento.html>

### La condivisione dell'Imaging in Radiologia

I Radiologi, dedicati fin dagli albori alla diagnostica medica per immagini, hanno sempre condiviso l'Imaging con i Colleghi Medici committenti delle prestazioni diagnostiche. L'esame della lastra radiografica, con la contestuale consultazione del referto, è sempre stata una prassi per il Medico. Con l'avvento delle più complesse metodiche di Imaging, come la TAC o la RMN, si è sempre mantenuta la

“deve” mantenere un elevato livello di rigore metodologico, consapevole di mettere in gioco la propria credibilità professionale, allorché il referto deve trovare pieno riscontro nell'iconografia allegata, che ne rappresenta la prova documentale. Al contempo egli è consapevole che questa consolidata prassi garantisce il riconoscimento della propria competenza professionale. Il Medico committente dell'indagine diagnostica radiologica ha sempre avuto pieno accesso all'ico-

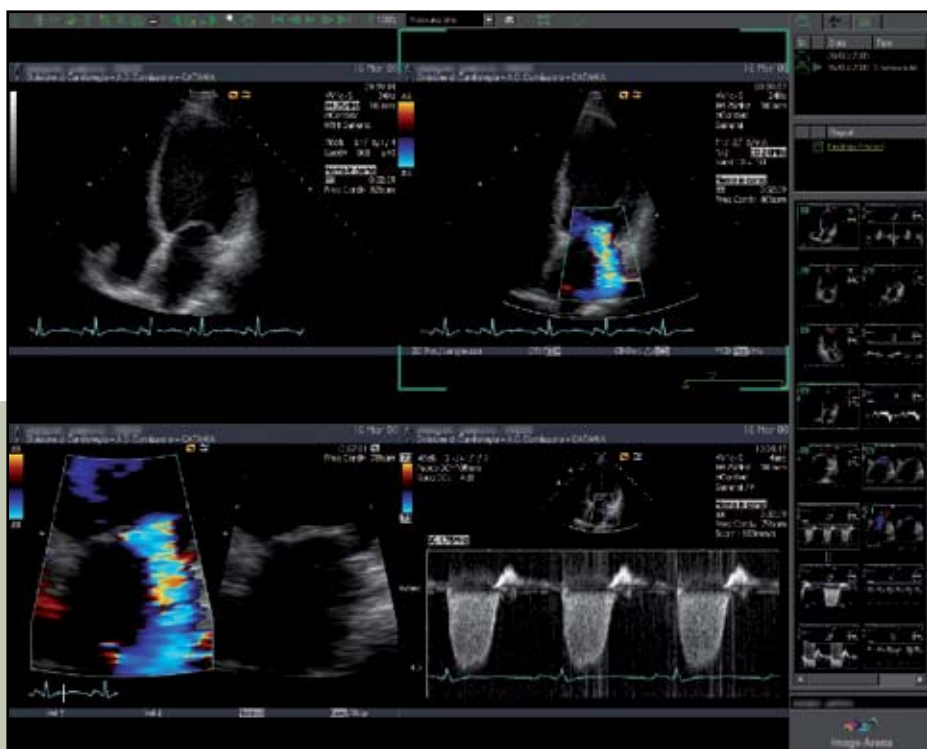
## Le Regioni Cliniche e Professionali della Condivisione dell'Imaging Diagnostico

*di Guido Giordano*

prassi di condividere l'intero contenuto iconografico, nonostante gli elevati costi del materiale fotografico. La visione diretta dell'iconografia, allegata allo studio diagnostico radiologico a conferma del referto, è un naturale gesto quotidiano nella pratica clinica. Queste veterane consuetudini, nel campo della diagnostica radiologica per immagini, hanno importanti ricadute nei confronti delle tre figure coinvolte nel processo, il Medico specialista Radiologo, il Medico committente della prestazione diagnostica ed il Paziente oggetto dell'indagine. Il Medico specialista Radiologo, “obbligato” a condividere con i Colleghi Medici la prova documentale della propria interpretazione diagnostica,

nografia allegata e pertanto ha avuto modo di familiarizzare con l'Imaging, di sviluppare un certo grado di competenza, di riconoscere ed apprezzare il grado di competenza professionale del Medico Radiologo e, testimone del prepotente progresso tecnologico, ha maturato la consapevolezza della necessità, per il Radiologo, di disporre di strumentazioni tecnologicamente aggiornate e di massima qualità, al fine di salvaguardare l'affidabilità diagnostica della metodica.

Il Paziente trae grande vantaggio dalla condivisione dell'Imaging perché essa garantisce un alto profilo di affidabilità della procedura diagnostica.



*Figura 1  
Il PACS consente l'accesso immediato a qualsiasi studio ecocardiografico in archivio*

## La condivisione dell'Imaging nelle discipline non radiologiche

Altre discipline mediche non radiologiche, come la Cardiologia, hanno cominciato ad impegnarsi nella produzione diretta di diagnostica per immagini solo in una fase storicamente più recente, per cui la cultura dell'Imaging era estranea all'originario patrimonio della disciplina. Spesso è accaduto che in queste nuove discipline di diagnostica per immagini, il tema della condivisione dell'Imaging, inteso come la completa condivisione della prova documentale dell'interpretazione diagnostica, non sia stato considerato un momento irrinunciabile e fondamentale, a tutela della validità professionale della disciplina diagnostica ed a salvaguardia dell'affidabilità diagnostica. In Cardiologia, un tipico esempio di diagnostica per immagini è rappresentato dall'ecocardiografia, disciplina in cui la completa documentazione iconografica dello studio diagnostico si compone di variegata forme di Imaging, che richiedono adeguati supporti. Prima dell'avvento delle tecnologie digitali, che risolvono ogni limite tecnico, le indubbe iniziali difficoltà nel trovare un supporto

adatto a veicolare la completa documentazione iconografica dello studio ecocardiografico, hanno contribuito a creare l'opinione diffusa e la prassi che si potesse rinunciare alla completa condivisione dell'Imaging, come prova documentale dell'interpretazione diagnostica. Come nel caso della Radiologia, questa consolidata prassi ha importanti ricadute nei confronti delle tre figure coinvolte nel processo: il Medico non radiologo specialista in Imaging, il Medico committente della prestazione diagnostica ed il Paziente oggetto dell'indagine diagnostica.

Il Medico specialista di Imaging diagnostico, non "obbligato" per prassi a fornire la prova documentale integrale della propria formulazione diagnostica, è tentato di adottare un profilo meno rigoroso di metodologia diagnostica e privilegiare la produttività numerica piuttosto che la qualità e l'affidabilità della metodica. Allo stesso tempo questa prassi non privilegia il riconoscimento delle proprie competenze professionali.

Il Medico committente dell'indagine diagnostica, privato del pieno accesso all'iconografia, non ha modo di familiarizzare con l'Imaging, non ha gli strumenti per riconoscere ed apprez-

zare il grado di competenza professionale del Medico esperto in Imaging ed infine non è in grado di apprezzare la necessità, per l'esperto di Imaging, di disporre di strumentazioni aggiornate e di elevato livello qualitativo, al fine di salvaguardare l'affidabilità diagnostica della metodica.

Il paziente paga il prezzo più alto della mancata condivisione dell'Imaging, poiché viene a mancare un importante elemento di garanzia di alto profilo di attendibilità della procedura diagnostica.

## Interrompere una prassi che penalizza professionalità e validità clinica

Del tema della condivisione dell'Imaging spesso si affrontano gli aspetti tecnologici oppure i vantaggi economici derivanti dall'ottimizzazione dei processi organizzativi, mentre l'aspetto più importante, ma troppo spesso taciuto, è il ruolo di salvaguardia della professionalità di chi la esercita e della affidabilità diagnostica di cui gode l'utente. La mancata condivisione dell'Imaging penalizza il Medico esperto in Imaging, per il mancato riconoscimento delle proprie competenze professionali, penalizza il paziente ed il



## Domenica 7 giugno

<b>8.00 - 9.00</b>	Controversia SCREENING DELLA MALATTIA CORONARICA CON CORO TIC	Dentro al Trial POISE	Seminario TRATTAMENTO DELL'INFARTO CON ST SOPRA LIVELLATO: QUESTIONI APERTE	Seminario IL PAZIENTE CON FIBRILLAZIONE ATRIALE E DI RECENTE INSOGENZA: PERCORSO OSPEDALIERO E FOLLOW UP	Seminario IMPIEGO DEGLI STENT NELL'INTERVENTISTICA CORONARICA	Seminario IPERTENSIONE POLMONARE
<b>9.00- 10.30</b>	Main Session CONVENTION UTIC 2009	Simposio ENDOCARDITE INFETTIVA: ASPETTI GESTIONALI	Simposio AGGIORNAMENTI IN TEMA DI TERAPIA DI RESINCRONIZZAZIONE CARDIACA			
<b>10.30 - 11.00</b>						
<b>11.00 - 12.30</b>	Evento Federazione Italiana di Cardiologia					
<b>12.30 - 14.00</b>	Highlight					

- Cardiopatía ischémica, Cardiologia interventistica
- Scompenso cardiaco
- Aritmie
- Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, Ipertensione arteriosa
- Ecocardiografia, Imaging, Cardiomiopatie, Cardiopatie congenite /Valvulopatie, Cardiochirurgia
- Cardiologia clinica, Malattie del circolo polmonare
- Problemi organizzativi e gestionali in cardiologia

## Sabato 6 giugno

<p><b>8.00 - 9.00</b></p> <p>Main Session LO SCOMPENSO CARDIACO</p>	<p>Seminario L'ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO</p>	<p>Seminario NUOVE ACQUISIZIONI IN TEMA DI PREVENZIONE PRIMARIA: COME STRATIFICARE I SOGGETTI A RISCHIO</p>	<p>Seminario CARDIOPATIA ISCHEMICA: NON SOLO ATEROSCLEROSI</p>		
<p><b>9.00 - 10.00</b></p>	<p>Seminario STENOSI AORTICA DELL'ANZIANO: LE OPZIONI TERAPEUTICHE NEL 2009</p>	<p>Seminario E' SEMPRE VERO "THE LOWER THE BETTER"?</p>			
<p><b>10.00 - 11.00</b></p> <p>Simposio Congiunto ANMCO-ESC LINEE GUIDA ESC: TAKE HOME MESSAGE</p>	<p>Controversia IL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO E FIBRILLAZIONE ATRIALE</p>	<p>Lezione sul Cuore</p>			
<p><b>11.00 - 11.30</b></p>	<p>Eventi Satellite</p>				
<p><b>13.00 - 14.45</b></p> <p>Sessione di Comunicazioni CARDIOPATIE CONGENITE</p>	<p>Sessione di Comunicazioni VALVULOPATIA AORTICA E PULMONARE: TERAPIA CHIRURGICA E PERCUTANEA</p>	<p>Sessione di Comunicazioni SINDROMI CORONARICHE ACUTE</p>	<p>Sessione di Comunicazioni ECOCARDIOGRAFIA</p>	<p>Sessione di Comunicazioni TERAPIA DI RESINCRONIZZAZIONE</p>	<p>Sessione di Comunicazioni SCOMPENSO CARDIACO</p>
<p><b>14.45 - 15.45</b></p> <p>Seminario GESTIONE DEI PAZIENTI CON STENT A RILASCIO DI FARMACO IN DOPPIA ANTIAGGREGAZIONE</p>	<p>Dentro ai Trail BEAUTIFUL</p>	<p>Seminario BIOMARCATORI: UTILIZZO APPROPRIATO E PROSPETTIVE</p>	<p>Seminario LO SCOMPENSO CARDIACO A PREVALENTE DISFUNZIONE VENTRICOLARE DESTRA</p>	<p>Seminario IPERTENSIONE ARTERIOSA NELL'ANZIANO</p>	<p>Evento Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF GISSI OUTLIERS</p>
<p><b>15.45 - 17.15</b></p>	<p>Eventi Satellite</p>				
<p><b>17.15 - 18.45</b></p> <p>Main Session GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO</p>	<p>Simposio LA RIVASCOLARIZZAZIONE MIOCARDICA: QUALE APPROCCIO PER QUALE PAZIENTE</p>	<p>Simposio LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO</p>			
<p><b>18.45 - 19.00</b></p>					
<p><b>19.00 - 20.30</b></p> <p>ASSEMBLEE SOCI ANMCO e HCF</p>					

# Venerdì 5 giugno

8.15 - 9.15	Dentro al Trial GISSI AF	Controversia SINDROME DI BRUADA: UTILITÀ DELLO STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	Seminario LA GESTIONE DELL'EMBOLIA POLMONARE	Seminario LO SCOMPENSO CARDIACO NELL'ANZIANO	Seminario VALUTAZIONE DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A PTCA	Seminario LA MALATTIA ATEROSCLEROTICA NON CORONARICA: QUANDO E COME INTERVENIRE
	9.15 - 10.15	Main Session SINDROMI CORONARICHE ACUTE: APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA	Seminario LA SINCOPE VASOVAGALE	Seminario AGGIORNAMENTI IN TEMA DI CARDIOMIOPATIE		
10.15 - 11.15		Seminario ASPETTI GESTIONALI COMPLESSI NEI PAZIENTI CON PROTESI VALVOLARI CARDIACHE	Seminario UTILIZZO CLINICO E APPROPRIATEZZA DELLA RISONANZA MAGNETICA IN CARDIOLOGIA	Seminario CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA		
11.30 - 12.15		Lecture Satellite				
12.15 - 13.00	Sessione di Comunicazioni CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	Sessione di Comunicazioni RIABILITAZIONE	Sessione di Comunicazioni ARITMIE	Sessione di Comunicazioni INSUFFICIENZA CARDIACA / PROGNOSI	Sessione di Comunicazioni MISCELLANEA	Luncheon Panel
13.00 - 14.00	Live Session EMODINAMICA	Simpósio SINDROMI CORONARICHE ACUTE E RISCHIO EMORRAGICO	Simpósio CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	Simpósio IL RISCHIO CLINICO	Simpósio AGGIORNAMENTI SULLA VALVOLA MITRALE	Simpósio TERAPIA CARDIACA CELLULARE: LA FINE DELL'INIZIO?
15.30 - 17.00	Eventi Satellite					
17.00 - 18.00	Main Session TACHICARDIA VENTRICOLARE: STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA E TRATTAMENTO	Seminario INTERVENTISTICA CARDIOVASCOLARE NON CORONARICA	Seminario IL VALORE AGGIUNTO DEI PEPTIDI NATRIURETICI NELLO SCOMPENSO CARDIACO	Seminario LA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN UTC		
18.00 - 19.00		Seminario MIOCARDIITI	Seminario LO SCOMPENSO CARDIACO A FUNZIONE SISTOLICA CONSERVATA	Seminario IL MONITORAGGIO EMOdinamico IN UTC		
19.00 - 20.30	Riunioni delle Aree ANMCO					

■ Cardiopatia ischemica, Cardiologia interventistica

■ Scompenso cardiaco

■ Aritmie

■ Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, Iperensione arteriosa

■ Ecocardiografia, Imaging, Cardiomiopatie, Cardiopatie congenite /Valvulopatie, Cardiochirurgia

■ Cardiologia clinica, Malattie del circolo polmonare

■ Problemi organizzativi e gestionali in cardiologia



# ANMCO 2009

## CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

4 - 7 Giugno - Firenze, Fortezza da Basso

**Giovedì 4 giugno**

<b>8.00 - 12.45</b>	Minimaster DIAGNOSTICA NELLE PROTESI VALVOLARI	Minimaster CUORE E CERVELLO	Minimaster ELETTROCARDIOGRAFIA	Minimaster EMBOLIA POLMONARE E IPERTENSIONE POLMONARE	Minimaster INTERVENTISTICA CARDIOVASCOLARE: COSA DEVE SAPERE IL CARDIOLOGO CLINICO	Minimaster CLINICA E DIAGNOSTICA DELLE PRINCIPALI CARDIOPATIE CONGENITE IN ETA' PEDIATRICA E ADULTA
<b>12.45 - 13.45</b>	Seminario APPROCCIO DIAGNOSTICO E STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA NEI PAZIENTI CON SOSPETTA CARDIOPATIA ISCHEMICA	Seminario NUOVE ACQUISIZIONI IN TEMA DI FIBRILLAZIONE ATRIALE	Seminario LA GESTIONE DEL PAZIENTE CANDIDATO A CHIRURGIA NON CARDIACA	Controversia IL TEST CARDIOPOLMONARE FORNISCE DATI ESSENZIALI PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	Seminario MANAGEMENT CLINICO DELLE MALATTIE PERICARDICHE	Seminario ASSISTENZA MECCANICA AL CIRCOLO
<b>13.45 - 15.15</b>	Simpósio INFARTO MIOCARDICO ACUTO CON STI SOPRASI LIVELLATO: CONTESTI DIVERSI, PROBLEMI DIVERSI	Simpósio LAICO NEL MONDO REALE: PROBLEMI IRRISOLTI	Simpósio Congiunto ANMCO-AMD LA MALATTIA CORONARICA NEL PAZIENTE DIABETICO: QUANDO CERCARLA E COME TRATTARLA	Simpósio Congiunto ANMCO-FADOI LE GESTIONE DELLE COMORBILITÀ NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO	Simpósio LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO	Simpósio Congiunto ANMCO-ISS LE NUOVE SFIDE PER L'EPIDEMIOLOGIA E LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
<b>15.15 - 16.15</b>	Sessione Poster					
<b>16.15 - 17.15</b>	Seminario RIDURRE IL RITARDO ALLA RIPERFUSIONE PER MIGLIORARE L'OUTCOME DEI PAZIENTI CON INFARTO MIOCARDICO	Debito ai Trial SYNTAX	Movie Session	Seminario LO STROKE NEL PAZIENTE CON MALATTIA CORONARICA	Seminario IL CARDIOLOGO E LA TERAPIA ANTITUMORALE	Seminario LA CARDIOPATIA CONGENITA IN ETA' ADULTA
<b>17.15 - 18.00</b>	Simpósio LANGIOPLASTICA CORONARICA: UP TO DATE	Simpósio BLITZ-3 UN ANNO DOPO: APPROFONDIAMO LE CONOSCENZE DELLA REALTA' DELLE UTIC ITALIANE	Simpósio APPROCCIO TERAPeutICO ALLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO	Simpósio SHOCK CARDIOGENO	Simpósio LA FASE POST-ACUTA E CRONICA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA: DAI TRIAL ALLA PRATICA CLINICA	Simpósio Congiunto ANMCO-AIPO CUORE E POLMONE
<b>18.00 - 18.45</b>						
<b>19.00 - 20.30</b>	Cerimonia Inaugurale					

Convention  
Gruppo Riarrimazione  
Cardiopulmonare  
ANMCO  
(10.30 - 18.00)



# CARDIONURSING 2009

## CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

5 - 7 Giugno - Firenze, Fortezza da Basso

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale / P. IVA \_\_\_\_\_

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

#### ISCRIZIONE

Allego la seguente quota \_\_\_\_\_ entro il 28/4/2008 dal 29/4 al 5/5/2008 al Congresso

(incl. IVA 20%)

Iscrizione	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> € 30,00
Iscrizione incluso Minimaster*	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 100,00	<input type="checkbox"/> € 100,00
Evento tutti insieme	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> € 30,00	<input type="checkbox"/> € 30,00

mediante assegno N. \_\_\_\_\_

della Banca \_\_\_\_\_

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

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

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

#### DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE MINIMASTER

- La gestione clinica dello scompenso cardiaco cronico
- Impostazione di un programma educativo alla dimissione
- L'elettrocardiografia nella diagnosi delle bradiaritmie e delle tachiaritmie

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

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il 5 MAGGIO 2009 a  
Centro Servizi ANMCO srl Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze**

## Venerdì 5 giugno

15.00 - 16.30	<b>MAIN SESSION</b> Dal censimento infermieristico al modello organizzativo di una moderna UTIC		
16.30 - 18.00	<b>SIMPOSIO</b> Tecniche di cardiocirurgia: cosa è necessario sapere per un'adeguata assistenza infermieristica	<b>FOCUS ON</b> Inquadramento clinico-assistenziale della fibrillazione atriale	SESSIONI DI COMUNICAZIONI
18.00 - 20.00	<b>MINIMASTER</b> L'Elettrocardiografia nella diagnosi delle bradiaritmie e delle tachiaritmie (I parte)	<b>MINIMASTER</b> La gestione clinica dello scompenso cardiaco cronico (I parte)	<b>MINIMASTER</b> Impostazione di un programma educativo alla dimissione (I parte)

## Sabato 6 giugno

8.00 - 9.30	<b>MINIMASTER</b> L'Elettrocardiografia nella diagnosi delle bradiaritmie e delle tachiaritmie (II parte)	<b>MINIMASTER</b> La gestione clinica dello scompenso cardiaco cronico (II parte)	<b>MINIMASTER</b> Impostazione di un programma educativo alla dimissione (II parte)	
9.30 - 11.00	<b>SIMPOSIO</b> L'Infermiere e le nuove competenze tecniche nel laboratorio di diagnostica	<b>SEMINARIO</b> La depressione nel paziente cardiologico		SESSIONE DI COMUNICAZIONI
11.00 - 12.00	<b>SIMPOSIO</b> L'Infermiere e le nuove competenze tecniche in terapia intensiva cardiologica	<b>HOW TO</b> Il paziente dissociato in terapia intensiva cardiologica	<b>MINI-CORSO</b> Emodinamica	SESSIONE DI COMUNICAZIONI
12.00 - 12.30		<b>INCONTRO CON L'ESPERTO</b> Problematiche medico-legali nella professione infermieristica		SESSIONE DI COMUNICAZIONI
12.30 - 13.00	<b>TAVOLA ROTONDA</b> Le nuove tecniche in cardiologia: quale futuro?			
13.00 - 14.00	SESSIONE POSTER	SESSIONE POSTER		
14.00 - 15.30	ASSEMBLEA ISCRITTI AREA NURSING ANMCO			
15.30 - 17.00	<b>SIMPOSIO</b> Percorsi assistenziali nel paziente con IMA	<b>LE MIGLIORI COMUNICAZIONI</b>	<b>SIMPOSIO</b> Valutazione del rischio, intervento, strategie educazionali e verifica del risultato	SESSIONE DI COMUNICAZIONI
17.00 - 18.30	<b>SIMPOSIO</b> La stratificazione del rischio nella sindrome coronarica acuta e la pianificazione dell'assistenza infermieristica			SESSIONE DI COMUNICAZIONI
18.30 - 20.00	<b>MINIMASTER</b> L'Elettrocardiografia nella diagnosi delle bradiaritmie e delle tachiaritmie (III parte)	<b>MINIMASTER</b> La gestione clinica dello scompenso cardiaco cronico (III parte)	<b>MINIMASTER</b> Impostazione di un programma educativo alla dimissione (III parte)	

## Domenica 7 giugno

8.00 - 9.00	<b>MINIMASTER</b> L'Elettrocardiografia nella diagnosi delle bradiaritmie e delle tachiaritmie (VI parte)	<b>MINIMASTER</b> La gestione clinica dello scompenso cardiaco cronico (VI parte)	<b>MINIMASTER</b> Impostazione di un programma educativo alla dimissione (VI parte)	
9.00 - 11.00	<b>MAIN SESSION</b> Convention UTIC 2009			
11.15 - 12.45	<b>SIMPOSIO</b> Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	<b>MINI-CORSO</b> Farmacologia clinica		
12.45 - 13.15				



**CARDIONURSING 2009**  
CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA  
5 - 7 Giugno - Firenze, Fortezza da Basso



## ANMCO 2009

### CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

4 - 7 Giugno - Firenze, Fortezza da Basso

#### INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI

#### MAIN SESSION

##### SIMPOSI

- Tradizionali
- Congiunti con altre società scientifiche
- Satellite

##### SEMINARI

##### CONTROVERSIE

##### PROCESSO AI TRIAL

##### MOVIE SESSION

##### LIVE SESSION

##### MINIMASTER

Corsi teorico - pratici di clinical competence in Cardiologia per i quali è necessaria la preiscrizione utilizzando la scheda a seguire. L'iscrizione al Congresso include la partecipazione ai Minimaster. Per i non iscritti al Congresso la quota d'iscrizione al solo Minimaster è di Euro 150,00.

#### HIGHLIGHT

##### CONVENTION DEGLI ISTRUTTORI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

##### COMUNICAZIONI E POSTER

##### RIUNIONI DI AREA

Le riunioni delle Aree ANMCO sono previste venerdì 5 giugno alle ore 19.00.

##### EVENTI A CURA DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE - HCF

##### ASSEMBLEA DEI SOCI ANMCO E DELLA FONDAZIONE PER IL TUO CUORE - HCF

L'assemblea si svolgerà sabato 6 giugno alle ore 19.00. Per partecipare all'assemblea occorre essere in regola con il pagamento della quota associativa.

##### EVENTO TUTTI INSIEME

#### ISCRIZIONI

L'iscrizione al Congresso è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. È possibile iscriversi on-line collegandosi al Sito WEB dell'ANMCO [www.anmco.it](http://www.anmco.it). In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il **28 aprile 2009**. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso. L'iscrizione al Congresso sarà accettata fino al **5 maggio 2009**; dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale.

#### CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata domanda di accreditamento alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.



## CARDIONURSING 2009

### CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

5 - 7 Giugno - Firenze, Fortezza da Basso

#### INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI

#### MAIN SESSION

##### SIMPOSI

##### MINIMASTER

Corsi di approfondimento teorico - pratici della durata di 6 ore a numero chiuso per cui è necessaria la preiscrizione utilizzando la scheda a seguire, da inviare al Centro Servizi ANMCO (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) entro il **5 maggio 2009**. Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale. A coloro che resteranno esclusi dal Minimaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata. In caso di annullamento si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il **28 aprile 2009**. La quota verrà restituita con una detrazione del 30%. Per gli annullamenti dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Per ciascun Minimaster è stata inoltrata domanda di accreditamento alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con un

punteggio autonomo rispetto a quello relativo alle giornate Cardionursing.

#### FOCUS ON

##### INCONTRI CON L'ESPERTO

##### HOW TO

##### MINI - CORSI

##### COMUNICAZIONI E POSTER

##### RIUNIONE DI AREA

La Riunione dell'Area Nursing è prevista sabato 6 giugno dalle ore 14.00 alle ore 15.30.

#### ISCRIZIONI

La quota di iscrizione al Congresso è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. È possibile iscriversi on-line collegandosi al Sito WEB dell'ANMCO. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il **28 aprile 2009**. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso. L'iscrizione al Congresso sarà accettata fino al **5 maggio 2009**; dopo tale data sarà possibile iscriversi

solo in sede congressuale. L'iscrizione ai Minimaster con una quota di Euro 100,00 (IVA inclusa) include l'iscrizione al Congresso e verrà accettata fino al raggiungimento del numero massimo di partecipanti previsto per ciascuno di essi. L'elenco dei Minimaster si trova nella scheda di iscrizione a seguire.

#### CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata domanda di accreditamento alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per le seguenti figure professionali:  
5 giugno 2009: Infermiere, TFCePC  
6 giugno 2009: Infermiere, TFCePC, Fisioterapista  
7 giugno 2009: Infermiere, TFCePC  
Minimaster:  
→ "La gestione clinica dello scompenso cardiaco cronico"  
- Infermiere, TFCePC  
→ "Impostazione di un programma educativo alla dimissione"  
- Infermiere, TFCePC  
→ "L'elettrocardiografia nella diagnosi delle bradiaritmie e delle tachiaritmie"  
- Infermiere, TFCePC



**ANMCO 2009**

CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

4 - 7 Giugno - Firenze, Fortezza da Basso

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale / P. IVA \_\_\_\_\_

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

**ISCRIZIONE\***

Allego la seguente quota (incl. IVA 20%)	entro il 28/4/2008	dal 29/4 al 5/5/2008	al Congresso
<b>Soci FIC</b>	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 330,00	<input type="checkbox"/> € 400,00
<b>Giovani Medici (nati dopo il 1/1/74)</b>	<input type="checkbox"/> € 50,00	<input type="checkbox"/> € 50,00	<input type="checkbox"/> € 50,00
<b>Non Soci</b>	<input type="checkbox"/> € 410,00	<input type="checkbox"/> € 460,00	<input type="checkbox"/> € 520,00
<b>Minimaster**</b>	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 150,00
<b>Evento tutti insieme</b>	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 40,00	<input type="checkbox"/> € 40,00

mediante assegno N. \_\_\_\_\_  
della Banca \_\_\_\_\_  
intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

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

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

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

**DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE MINIMASTER**

- Cuore e cervello
- Clinica e diagnostica delle principali cardiopatie congenite in età pediatrica e adulta
- Elettrocardiografia
- Embolia polmonare e ipertensione polmonare
- Interventistica cardiovascolare: cosa deve sapere il cardiologo clinico
- Diagnostica nelle protesi valvolari

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

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO                       NEGO IL CONSENSO

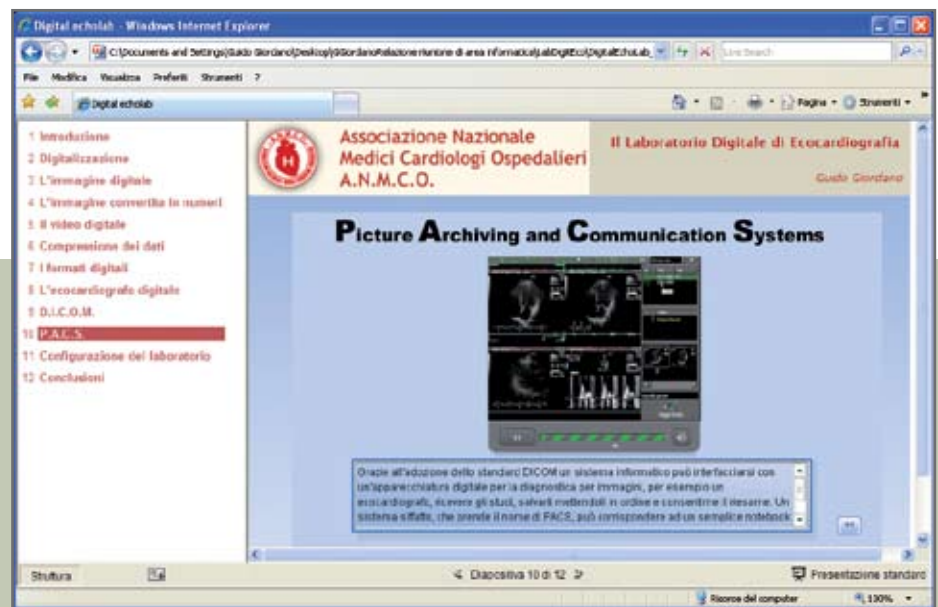
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il 5 MAGGIO 2009 a  
Centro Servizi ANMCO srl Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze**



Figura 2

Il laboratorio digitale di ecocardiografia.  
[http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/omg/DigitalEchoLab\\_file/frame.htm](http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/omg/DigitalEchoLab_file/frame.htm)



Medico committente, per la possibile compromissione dell'affidabilità diagnostica della metodica. Condividere quest'analisi comporta l'esigenza di correggere una prassi radicata e consolidata nella pratica clinica, al costo di un lungo e meticoloso processo di aggiornamento culturale e con l'indispensabile e capillare coinvolgimento degli organismi preposti alla formazione e all'aggiornamento. Il tema deve rappresentare un capitolo fondamentale ed irrinunciabile nella formazione culturale e nell'aggiornamento. L'aspetto tecnologico è un tema importante ma sussidiario. L'adozione di un protocollo standard di comunicazione digitale nella diagnostica per immagini elimina i vincoli che legano lo studio diagnostico con l'apparecchiatura che lo ha prodotto o che lo gestisce e rappresenta l'indispensabile presupposto per la libera condivisione dell'Imaging, nel rispetto delle normative vigenti. Il DICOM (Digital Imaging and COmmunications in Medicine) è lo standard di comunicazione universalmente accettato, oggetto di continui aggiornamenti per adattarlo al continuo progresso delle metodologie diagnostiche. Allo stato attuale la condivisione digitale

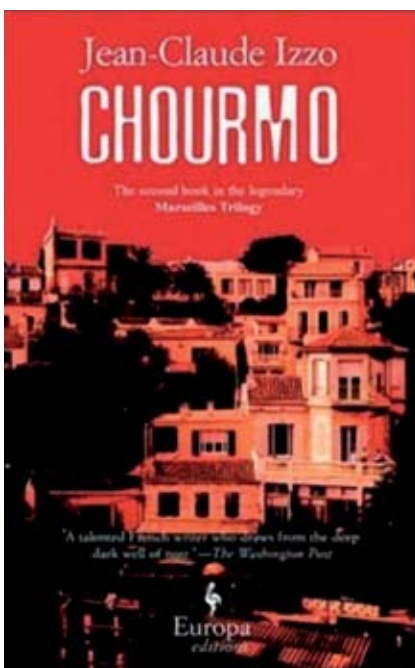
Del tema della condivisione dell'Imaging spesso si affrontano gli aspetti tecnologici oppure i vantaggi economici derivanti dall'ottimizzazione dei processi organizzativi, mentre l'aspetto più importante, ma troppo spesso taciuto, è il ruolo di salvaguardia della professionalità di chi lo esercita e della affidabilità diagnostica di cui gode l'utente

dell'Imaging diagnostico si avvale di strumenti come il PACS o di semplici supporti come gli economici CD o DVD. Considerare la condivisione dell'Imaging un'irrinunciabile dovere professionale imprimerebbe un forte impulso al mercato, stimolerebbe la concorrenza ed incoraggerebbe l'offerta di prodotti e soluzioni sempre più valide, versatili e convenienti. *Approfondimenti sul tema nel convegno "Informatizzazione del governo clinico. Il ruolo del Cardiologo ospedaliero", Roma, 24 aprile 2009, iscrizione gratuita. Piano Annuale Formativo ANMCO 2009: [www.anmco.it](http://www.anmco.it) Per contattare l'autore potete inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica [guido.giordano@alice.it](mailto:guido.giordano@alice.it).*

# Inchieste e verbali: l'Area in Commissariato?

di Andrea Rubboli

L'attività di ricerca dell'Area si rivolge alla metodologia dell'inchiesta per ottenere informazioni nel "mondo reale" sulla gestione dell'Ipertensione Polmonare e sulla diagnosi e terapia dell'Embolia Polmonare, mentre la disponibilità dei verbali delle riunioni del Comitato di Coordinamento attuata da quest'anno garantirà una migliore interazione con gli Iscritti



**D**all'ex poliziotto Fabio Montale di Jean - Claude Izzo al Commissario Adamsberg di Fred Vargas, passando per l'Investigatrice Precious Ramotswe di Alexander McCall Smith, il detective Steve Carella di Ed McBain e l'Ispettore Jaime Ramos di Francisco José Viegas, oltre che dai celebrati Commissario Montalbano di Andrea Camilleri ed Ispettore Maigret di Georges Simenon, l'inchiesta ha sempre rappresentato uno strumento determinante per l'acquisizione di informazioni volte a far luce su un fatto o una situazione. Forte di questo presupposto, l'Area Malattie del Circolo Polmonare si è recentemente rivolta a tale impostazione "poliziesca" per le sue finalità di ricerca clinica. Gli imponenti trial randomizzati in cui vengono arruolate migliaia, o addirittura decine di migliaia, di pazienti possono oggi essere appannaggio solo di limitati filoni di ricerca nei quali l'industria farmaceutica (anch'essa ostaggio dell'attuale grave crisi economica) riesca in qualche modo ad intravedere una positiva ricaduta. Come più volte (a malincuore) sottolineato, la patologia del circolo polmonare non è ancora riuscita a smuovere in modo costante e convincente i possibili grandi finanziatori, per cui le opportunità di condurre dei megatrial per cercare di rispondere ai numerosissimi quesiti ancora irrisolti nella gestione dell'Embolia e della Ipertensione Polmonare sono assai scarse. Fortunatamente però, la ricerca clinica ha innumerevoli sfaccettature e tutta l'evidenza che si riesce a produrre su un determinato problema è degna di considerazione, indipendentemente dal fatto

che i suoi risultati meritino o meno la pubblicazione su Lancet o sul New England Journal of Medicine.

## Inchieste

L'esperienza iniziale dell'Area nel condurre l'inchiesta INCIPIT è stata sicuramente corroborante in questo senso. Sotto la guida di Iolanda Enea e Stefano Ghio, sono stati coinvolti 120 laboratori di Ecocardiografia italiani ed 1 svizzero per identificare nella pratica quotidiana, e nell'arco del breve intervallo di 3 settimane lavorative, la prevalenza dei pazienti con Ipertensione Polmonare (velocità di rigurgito tricuspide  $\geq 3$  m/sec). L'adesione al progetto è stata entusiastica ed ampiamente diffusa su tutto il territorio nazionale e, pur tenendo conto dei limiti metodologici di tale valutazione, interessanti dati (attualmente ancora in corso di analisi) circa la prevalenza dell'Ipertensione Polmonare, e la sua eziologia, sono stati ottenuti. A tal punto che nella più recente riunione del Comitato di Coordinamento è stato dato inizio al progetto INCIPIT - 2!

Il neo - formato Gruppo di Lavoro costituito da Iolanda Enea, Stefano Ghio, Ermanno Angelini e Matteo Rugolotto si occuperà di elaborare una ulteriore scheda di raccolta dati volta ad identificare quali dei molteplici parametri ecocardiografici utili per lo studio dell'Ipertensione Polmonare vengano in realtà impiegati una volta che essa sia stata individuata. Ancora una volta, tali schede verranno inviate ai Laboratori di Ecocardiografia per "fotografare" la situazione attuale e per apportare eventualmente dei suggerimenti correttivi, volti anche ad



*Una scena dal film "Animal House" di John Landis (1973)*

una (sempre auspicata) standardizzazione metodologica.

La nostra passione per l'interrogatorio e per il Quinto Emendamento della Costituzione americana però non si conclude con l'implementazione ed il lancio dell'inchiesta INCI-PIT. A Bianca Maria Fadin, infatti, il Comitato di Coordinamento ha dato il compito di sviluppare una bozza di Scheda raccolta dati per condurre un Censimento nazionale delle facilities diagnostiche e terapeutiche per l'Embolia Polmonare Acuta. Non è infatti possibile al momento attuale discriminare se ad esempio il mancato impiego in un determinato centro della angiografia TAC polmonare multistrato nel sospetto di Embolia Polmonare Acuta sia da addebitare ad una mancata conoscenza delle più aggiornate Linee Guida o piuttosto all'assenza della metodica nel Centro in questione. Non è infatti pensabile che tutti i Presidi ospedalieri (e l'Embolia Polmonare quale complicanza di qualsiasi condizione medica o chirurgica può realmente verificarsi in ogni Centro!!), indipendentemente dalla loro localizzazione metropolitana o piuttosto rurale o montana, riescano a dotarsi di tutte le metodologie diagnostiche, incluse quelle a maggiore impegno tecnologico ed economico. Analoghe considerazioni possono essere estese alla disponibilità di alcuni presidi terapeutici, quale ad esempio la tromboembolectomia percutanea,

la cui complessità tecnologica ed organizzativa non ne permette, né probabilmente ne deve permettere, la diffusione su larga scala. Ecco quindi che un Censimento che "fotografi" lo stato attuale delle cose, in relazione anche alla tipologia ed alla ubicazione dei singoli ospedali, rappresenta certamente uno strumento per individuare eventuali criticità, della cui denuncia (e perché no, soluzione) l'Area deve farsi portavoce.

### Verbali

Per rendere trasparente l'attività dell'Area e per spazzare via l'incertezza che essa possa consistere in riunioni di cospiratori contro l'ordine costituito come nel caso della Spectre dei film dell'Agente 007 o piuttosto in bacchanali edonistici come i "toga party" della setta Delta Tau Chi del film "Animal House", da quest'anno i Verbali delle riunioni di Area saranno disponibili, e liberamente consultabili sul Sito WEB dell'ANMCO. Oltre ad eliminare una certa qual aura di impenetrabilità, talora percepita da chi non partecipa direttamente ai lavori, tale operazione dovrebbe portare, nei nostri auspici, ad un maggiore coinvolgimento della comunità cardiologica e specialmente dei giovani Cardiologi che continuano massimamente a rivolgere i loro interessi associativi e culturali a campi tutto sommato inflazionati quali la cardiopatia ischemica e l'aritmologia, nelle

problematiche coinvolgenti il circolo polmonare. La speranza, ma anche l'obiettivo concreto, è che la costante condivisione (seppur telematica) delle attività dell'Area sia quindi funzionale al proselitismo, con il quale si potrà ottenere un incremento degli Iscritti e conseguentemente delle persone su cui poter contare per portare avanti, già da adesso e negli anni a venire, la missione educativa, scientifica ed organizzativa dell'Area.

### Conclusioni

Le inchieste ed i verbali menzionati nel titolo non sono dunque (e fortunatamente!) i segnali iniziali di una deriva illegale delle attività dell'Area, ma rappresentano invece un ulteriore strumento messo a disposizione per la crescita culturale e l'interazione di tutti coloro che si occupano e che (auspicabilmente sempre più numerosi) si occuperanno delle malattie del circolo polmonare.

# Il progetto del nuovo Comitato di Coordinamento

di E. Pasini, D. Pavan, P. Corsetti,  
G. Italiani, V. Lenti, G. Levantesi

## Il progetto dell'Area Management & Qualità per il biennio 2009 - 2010

Il mondo sanitario è in rapida evoluzione

Tra i nuovi aspetti di questa evoluzione ha una parte predominante il Management

Tuttavia il Management non è una conoscenza propria del Medico anche se questo aspetto sta diventando sempre più critico nell'ambito della nostra professione

Il Medico deve trovarsi pronto a queste nuove sfide

In questo articolo l'Area Management & Qualità illustra i suoi obiettivi pratici e fruibili per il prossimo biennio

**D**a qualche mese si è insediato il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Management & Qualità. L'Area ha per il biennio 2009 - 2010 un programma in continuità con quanto fatto negli anni passati dai Colleghi che ci hanno preceduto e che molto hanno dato per queste problematiche. Ad essi va la nostra riconoscenza e ringraziamento. Non va infatti dimenticato che solo qualche anno fa parlare di Management in Sanità sembrava argomento non da Medici ma da Amministrativi o Contabili. Il risultato di questo atteggiamento dei Medici è stato che ci sono piombati addosso incombenze e spesso inutili fardelli burocratici che poco avevano a che fare con la nostra attività (e forse anche con il buon senso) ma che vanno comunque eseguiti. Chi ci ha preceduti in questo incarico ha invece sempre cercato di far capire che anche le problematiche della gestione corretta e della qualità fanno parte del nuovo sapere medico e che se non gestite da medici - che sanno cosa è critico ed utile nel processo medico - vengono imposte da altre figure non mediche che non conoscono al meglio questo processo imponendo un'inutile burocrazia. Il progetto per il biennio in oggetto si articola in quattro punti strategici esposti a seguire.

**Maggior contatto e condivisione delle iniziative dell'Area con il Consiglio Direttivo ANMCO**

Di fatto l'Area ed il Consiglio Direttivo ANMCO (in particolare con la figura del Presidente e Responsabile Qualità della nostra Società Scientifica) comunicano ed operano in modo stretto, identificano gli obiettivi comuni. Questo evita derive o attività svolte senza un reale coordinamento con condivisione di intenti e spreco di risorse.

**Concretizzare al massimo con esperienze pratiche ed usufruibili i capisaldi del Sistema di Gestione integrato con l'Accreditamento Istituzionale ed il Governo Clinico**

Tali attività non saranno intese come semplice bollino. Il Sistema implementato dovrà essere concreto ed utile non un ulteriore fardello burocratico. Il Sistema dovrà nascere dai professionisti della Sanità e dovrà consentire anche difendibilità dei professionisti stessi in caso di contenzioso. Questa è di fatto una disciplina poco conosciuta dalla maggioranza dei Medici anche se oggi e ancor più domani questi aspetti saranno di vitale importanza se vogliamo essere

attori di un cambiamento inevitabile che di fatto è già in atto oppure semplici e meri spettatori. A tal fine sono in essere sperimentazioni concrete, semplici e pratiche. Alcune di queste sperimentazioni hanno già ottenuto riconoscimenti regionali ed internazionali in diverse regioni italiane (Toscana, Calabria, Puglia e Campania). Tali esperienze sono state volute ed organizzate dai Presidenti Regionali ANMCO in collaborazione con gli Assessorati della Sanità regionali e con l'Area Management & Qualità. I costi di implementazione di tali attività sono stati sostenuti da enti esterni senza gravare quindi sul bilancio della nostra Società. Esse rappresentano un benchmark che opportunamente adattato può servire da esempio ad altre realtà che intendano implementare modelli organizzativi complessi. Tali sperimentazioni si interfacciano anche con le nuove esigenze in divenire delle Scuole di Specialità in Cardiologia e con l'evoluzione della Cardiologia stessa che vive momenti di profondi cambiamenti dove altre specialità mediche si propongono di svolgere attività sino ad alcuni anni or sono solo ad appannaggio della Cardiologia. A tal proposito abbiamo ottenuto il riconoscimento internazionale del sistema che consentirà all'ANMCO di identificare ed erogare Competenze Cliniche adeguate per svolgere specifiche attività mediche e la continuità assistenziale. Questo dovrebbe dare valore all'ANMCO e presentare la nostra Società come interlocutore delle Istituzioni, sviluppando un modello ECM veramente

utile che soddisfa dei bisogni formativi e rendere difendibili i Colleghi che sono coinvolti in episodi di contenzioso Medico - Paziente.

### Massima divulgazione delle nostre iniziative e partecipazione attiva degli Associati

A tal fine è nostra intenzione essere presenti nella stampa di settore e laica con articoli su argomenti di interesse dell'Area. In aggiunta manterremo vivo nel Sito WEB ANMCO uno spazio su problematiche inerenti il Management & Qualità dove ogni Associato potrà presentare le proprie esperienze. Tale iniziativa è già di fatto partita ed abbiamo inserito un glossario dei termini organizzativi e di management perché riteniamo che oggi ci sia ancora molta confusione sulla terminologia usata in questo contesto. Stiamo anche organizzando una Newsletter elettronica di una pagina da inviare a cadenza trimestrale o semestrale ai Soci ANMCO per informarli sulle attività svolte o sui progetti dell'Area.

### Identificazione e riconoscimento internazionale di specifiche Competenze Cliniche del personale medico e non medico coinvolto nelle singole attività critiche cardiologiche

In questo momento di rapida evoluzione dell'organizzazione delle strutture ospedaliere riteniamo che sia importante che i professionisti medici

e non medici che operano in aree critiche cardiologiche abbiano una adeguata formazione e competenza. Di fatto, l'ANMCO dovrebbe identificare i criteri e gli standard di competenza ed Enti terzi Internazionali certificheranno con ANMCO l'acquisizione, e possibilmente il mantenimento, di specifiche Competenze Cliniche per svolgere specifiche attività diagnostiche/terapeutiche e per garantire la continuità assistenziale del paziente. Ci aspetta una grande sfida. Dobbiamo però essere tutti consci che tale sfida è una attività nuova ma indispensabile per la quale il Medico non è totalmente preparato. Tocca a noi diventare attori di un cambiamento già avanzato portando contributi ed esperienze uniche dal punto di vista professionale e compatibili con le gli standard del management se non vogliamo essere passivi spettatori di un cambiamento inarrestabile e che corre molto veloce.



# 1° Corso piemontese iterativo per Infermieri per eseguire i controlli dei Pace Maker

di L. Plebani, E. Occhetta,  
M. Giammaria, V. Martinelli

**S**i sta svolgendo in Piemonte un Corso per formare adeguatamente quegli Infermieri che già lavorano nei centri aritmologici, nelle sale di elettrostimolazione e nei Follow - up dei Pace Maker ed ICD. I promotori di questa interessante iniziativa, la Sig.ra Laura Plebani ed il Dott. Eraldo Occhetta dell'Ospedale universitario di Novara, in collaborazione con il Dott. Massimo Giammaria dell'Ospedale "Maria Vittoria" di Torino, hanno coinvolto come docenti la maggior parte degli Elettrofisiologi ospedalieri della regione. Sono state programmate tre edizioni del Corso per il 2009; la prima si è già

Il programma del Corso si articola su una parte teorica, centrata sull'acquisizione dei principali algoritmi di funzionamento dei Pace Maker, sulle dotazioni tecnologiche delle sale di elettrofisiologia e sulle logiche di programmazione degli stimolatori; seguono Sessioni pratiche per gruppi di tre Infermieri guidate da Ingegneri delle varie ditte di dispositivi, che insegnano l'impiego pratico dei rispettivi programmatori. Per finire, una verifica di apprendimento con Quiz (2 Quiz per ogni relazione teorica + 6 per ogni tipo di programmatore) a cui si aggiunge una prova pratica su programmatore per ogni Infermiere,

## Il Corso con sede in tre città piemontesi, consente una distribuzione geografica omogenea dei partecipanti

svolta a Novara, con un pieno successo di partecipanti; la seconda sarà ad Asti nel prossimo giugno e la terza in novembre a Torino. Ogni Cardiologia ospedaliera piemontese invia due Infermieri - Discenti; è previsto un massimo di 15 Infermieri per ciascuna edizione, numero ideale per un migliore apprendimento.

Il Corso dura due giorni, ed è gratuito. L'invito a segnalare i nominativi degli Infermieri da formare è stato fatto direttamente ai Medici responsabili dei centri di Elettrofisiologia.

sorteggiando tra i programmatori delle marche disponibili.

Tornato nel suo Ospedale, l'Infermiere avrà un "Tutor", identificato nel Medico responsabile del suo Centro di Elettrostimolazione e dovrà dimostrare di saper eseguire correttamente almeno 5 controlli di Pace Maker, validati dal Tutor.

Il Corso per il momento è diretto al solo controllo dei Pace Maker, ma si pensa di estenderlo in seguito anche agli ICD ed ai P.M. Biventricolari.

## Commento

*di Vincenzo Martinelli*

La prima edizione di questo Corso si è rivelata un grande successo di partecipazione e di interesse. Sancisce peraltro un dato di fatto: molti Infermieri acquisiscono “sul campo” competenze che vanno al di là della loro qualifica ed è giusto riconoscerla e possibilmente impiegarla, in una logica di razionalizzazione del lavoro.

Se alcune iniziative “locali” come quella piemontese sono state antesignane, più recentemente l’AIAC (Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmologia), interpretando un’esigenza largamente condivisa, ha avviato a livello nazionale il “1° Corso di Accreditamento Professionale per Infermieri e Tecnici di Cardiologia per la Certificazione della competenza in Aritmologia e Cardioritmologia”. Il campo specifico dell’Elettrostimolazione è in crescita, vuoi perché queste patologie sono correlate all’aumento dell’età media vuoi per l’affinarsi della tecnologia. Di conseguenza aumentano di pari passo il numero e la complessità delle procedure in Sala di Elettrofisiologia, che sottraggono tempo al lavoro di Ambulatorio; ben venga quindi affidare anche in autonomia (come auspicato da chi propone questi Corsi) il controllo dei Pace Maker agli Infermieri, specie se, visti i

dati anagrafici, anche l’età media dei Medici è in aumento e nella logica del pensionamento il loro ricambio sembra che sarà più difficile in futuro. C’è però un punto che mi preme sottolineare. Queste iniziative riflettono la buona volontà e la lungimiranza di pochi. Probabilmente in qualche centro alcuni Infermieri svolgono già mansioni di competenza “tecnica” più o meno autonome (es. i Sonographer, ecc). Tuttavia non hanno al momento nessun riconoscimento di legge (e quindi neppure economico o sindacale), che sia valido e regolamentato per tutto il territorio nazionale. Sappiamo infatti come sia controversa la possibilità di dare vita a nuove figure professionali, in particolare quelle con competenze tecniche, anche se oggi sarebbe possibile (v. legge n. 43 1 feb. 2006). Mi sembra che gli stessi Infermieri percepiscano per primi quella che definirei un’evoluzione “darwiniana” per la quale occorre adattarsi al progredire della tecnologia, trovando però il giusto equilibrio tra competenze tecniche ed assistenziali. E anche questo fa parte di ciò che sta cambiando nelle nostre Cardiologie.



## La Calabria “per il Tuo cuore”

“Insieme per il Tuo cuore”: lo slogan che la Calabria ha scelto per accendere la ricerca cardiovascolare

di Roberto Ceravolo

**È** stata una giornata indimenticabile quella vissuta il 14 febbraio al teatro Politeama di Catanzaro. Una no - stop artistica di quasi sedici ore solidamente appoggiata sui pilastri della solidarietà dell'arte e della tutela della salute. Mille e cinquecento fra ragazzi genitori ed artisti in erba in mattinata e 500 spettatori nell'evento serale hanno fatto da cornice ad una manifestazione che ha avuto come titolo ma anche come slogan “Insieme per il Tuo cuore”. La manifestazione è stata promossa ed organizzata dall'ANMCO Calabria grazie al Presidente Regionale Dott. Antonio Butera e al Segretario Dott. Roberto Ceravolo nel contesto della Campagna “per il Tuo cuore” ed ha visto la partecipazione della scuola media “A. Manzoni” di Catanzaro e di alcune Associazioni. Il risultato ottenuto è senza dubbio superiore a

quello che gli organizzatori avevano previsto e soprattutto ha avuto una eco anche dopo che si sono spente le luci della ribalta, infatti, non è stata solo una raccolta fondi, ma anche e soprattutto un momento di grande aggregazione e coscientizzazione. L'ANMCO in Calabria è ormai divenuta per i ragazzi, i loro genitori ed insegnanti non solo una sigla come tante, ma un mondo da cui attingere ogni giorno. Infatti la riuscita della manifestazione affonda le radici in un lavoro svolto da almeno due anni nelle scuole con l'attiva partecipazione degli insegnanti, coordinati dalla Prof. G. Bonapace, ai progetti proposti dalla Dott.ssa Marilena Matta per la Fondazione “per il Tuo cuore” - HCF, “Andiamo a scuola di cuore” che si è svolto l'anno scorso e a quello che si sta svolgendo dal titolo “Cuore, alimentazione ed attività fisica”.







Che la musica fosse un collante meraviglioso, un mirabile esempio di sintesi delle diversità, gli organizzatori lo avevano sempre sostenuto, ma dalla meraviglia che si è colta negli occhi anche del nostro Consigliere nazionale Dott. Mario Chiatto e dalla Dott.ssa Marilena Matta il risultato che si è ottenuto ha superato ogni aspettativa. Hanno suonato anche davanti agli occhi felici dei propri genitori, con i cuori accesi d'amore, i giovani musicisti componenti le orchestre delle varie scuole provenienti dalla provincia di Catanzaro e Cosenza, ed i solisti provenienti da Vibo Valentia. Le donazioni frutto delle privazioni dei piccolissimi ragazzi delle scuole medie hanno condito di semplicità ed amore la manifestazione rendendola ancora più vera ed efficace. La cornice di pubblico che ha gremito lo splendido Teatro Politeama ha creato l'ambiente giusto e ha fatto cogliere a tutti che la luce della ricerca cardiovascolare si è accesa in Calabria attraverso un futuro assicurato dalle giovani generazioni

e che gli insegnanti sono accanto all'ANMCO in questo mirabile progetto. Spente le luci di scena, piano piano, sono arrivati per le prove gli artisti dello spettacolo per la raccolta fondi della serata. Dietro le scene vedere il "cambio della guardia" tra i giovani protagonisti della mattina e gli affermati artisti calabresi, ha dato la sensazione che il messaggio dell'arte abbia creato un segno di continuità che sicuramente esprime la realtà calabrese e la voglia di esistere al di là dei luoghi comuni. L'ANMCO darà voce a questo riscatto solo se interpreterà, così come ha fatto, la voglia di futuro di questa terra e se darà voce, a livello nazionale, a quei ragazzi che camminano da due anni nel solco della prevenzione cardiovascolare. La kermesse serale è stata entusiasmante, caratterizzata da un vortice di suoni, balli, cabaret adatti ad un pubblico eterogeneo. Tutti di qualità gli artisti che si sono esibiti sul palco come la Jazz Ensemble diretta dal maestro Francesco Salime che ci ha

immersi nel jazz concludendo con la celeberrima "New York New York". Bravi gli allievi del corpo di ballo della scuola Artedanza che hanno spaziato dal mondo delle fiabe al classico e al moderno. Apprezzati i Koralira con i loro ritmi travolgenti di musica etnica calabrese e soprattutto l'incursore Gennaro Calabrese, reggino cabaretista ed imitatore di "Domenica in", che ha condito la serata con continue esilaranti esibizioni. Ramona Badescu ha dato il tocco di classe alla serata con la sua partecipazione e la sua bellezza non offuscata da una improvvisa labirintite che l'ha costretta al ricovero in ospedale, ma comunque, non ha impedito la sua presenza. La sua determinazione a prendere parte alla manifestazione ha fatto cogliere a tutti l'importanza dell'evento che va oltre il suo principale significato. Infatti, come lei stessa ha detto "essere rumena in Calabria che è una terra, comunque, spesso egualmente discriminata dà il senso di un riscatto dai preconcetti, attraverso cose concrete che partono dal cuore della gente che è solidale con chi soffre, conosce la sofferenza, la combatte con tutte le sue forze ed i suoi talenti", così come è accaduto gratuitamente in questa bellissima manifestazione.



## Quando l'unione fa... la Cardiologia

Convegno "Aggiornamenti in Cardiologia" promosso dall'ANMCO Emilia - Romagna, sotto l'egida della FIC Giovedì 19 febbraio 2009, Rimini

di G. Piovaccari e N. Franco

**D**el 2008, ormai lasciato alle nostre spalle, non può essere dimenticato l'appello lanciato dall'ANMCO al mantenimento della centralità del paziente cardiopatico nel sistema delle cure, evitando la frammentazione della Cardiologia all'interno degli ospedali. Quelle scritte rosse in caratteri "gridati", appese nelle bacheche dei nostri ospedali, rappresentano un serio timore che tutte le conoscenze acquisite ed i traguardi tecnici raggiunti negli ultimi anni in campo cardiologico possano perdere vigore ed impatto dalla creazione di vari microcosmi a sé stanti, costituiti dalle cosiddette attività superspecialistiche. In effetti, considerando le innovazioni terapeutiche ed interventistiche dell'ultimo decennio, essere etichettati come Cardiologi clinici o Cardiologi pratici, può a tutt'oggi addirittura sembrare limitativo, se non offensivo, anche se a parole sempre si "afferma il primato indiscusso della Clinica". Proprio in virtù delle innumerevoli acquisizioni nei vari settori della Cardiologia, il ruolo di una entità in grado di centralizzare e coordinare le informazioni, assume invece una importanza crescente. È con questo spirito che l'ANMCO Emilia - Romagna ha pertanto proposto una giornata, sotto l'egida della FIC, a Rimini il 19 febbraio 2009, per

trattare i temi cardiologici più caldi, riunendo gli apporti scientifici degli esperti provenienti dalle varie Società cardiologiche federate (AIAC, ANCE, ARCA, GICR, SIC, SICI - GISE, SIEC, SICOA, SICP, ANMCO e la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca). Sono stati proposti argomenti attuali o al centro di controversia nei vari campi, con l'obiettivo mirato di fornire un take - home - message ai partecipanti, finalizzato al trattamento pratico dei potenziali pazienti. La giornata, iniziata con i saluti del Presidente della FIC, Dott. G. Di Pasquale, si è articolata su due sessioni (la prima, dedicata alle "Attualità in terapia medica ed interventistica", moderata dal Dott. M. Galvani e dal Dott. A. Manari e la seconda nel pomeriggio, sulle "Attualità in aspetti clinici ed organizzativi - gestionali", moderata dal Dott. O. Gaddi e dal Prof. F.M. Picchio), ciascuna conclusa da un dibattito organizzato come tavola rotonda, ed ha visto trattare i seguenti temi: le tecniche di ablazione della Fibrillazione Atriale (Dott. B. Sassone), le novità sugli stent medicati (Dott. L. Vignali), la strategia terapeutica della tromboembolia polmonare (Prof. N. Galiè), i problemi aperti riguardanti l'antiaggregazione piastrinica (Dott. A. Rubboli), la gestione del paziente adulto con cardiopatia congenita



Pablo Picasso,  
*L'abbraccio*, 1903



(GUCH) (Dott.ssa D. Prandstraller), la patologia aortica acuta nelle sue varie espressioni (Prof. G. Marinelli) e come evitare i ricoveri per Scompenso Cardiaco (Dott. I. Monducci).

Le tavole rotonde sono state animate da appassionate discussioni coinvolgenti l'uditorio, ed hanno rispettivamente dibattuto il ruolo della consulenza cardiologica pre - chirurgia non cardiaca, avvalendosi della moderazione del Prof. C. Rapezzi (Discussants: Dott. M. Baroni, Prof. M. Bonvicini, Dott.ssa G. Labanti, Prof. R. Rossi, Dott. P. Semprini, Dott. G. Tartagni, Dott. S. Urbinati), e le prospettive di trattamento della valvulopatia aortica del paziente anziano, con la moderazione del Dott. G. Piovaccari (Discussants: Dott. G. Balestra, Dott. A. Benassi, Prof. C. Ceconi, Prof. R. Di Bartolomeo, Dott. A. Marzocchi, Dott.ssa A. Mirri, Dott. A. Santarelli).

I singoli argomenti sono stati esaurientemente trattati dai vari esperti della materia, con informazioni precise e dettagliate ed il resoconto della giornata intensa è stato positivo, offrendo numerosi spunti di riflessione e tracce per altri incontri futuri.

Tutte le voci hanno dato origine ad un coro cardiologico che sembra ribadire come soltanto una sinergia di intenti nell'ambito delle competenze cardiologiche, possa culminare in

una strategia ottimale per un corretto decision - making finale per il paziente; proprio tale concetto è stato altresì auspicato dal Presidente della Repubblica Italiana Giorgio Napolitano, in occasione della cerimonia svoltasi a Roma il 13 febbraio, presso il Quirinale, per la Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF.

Se quindi può apparire anacronistico rimanere ancorati alla figura ormai cristallizzata nel passato del Cardiologo clinico ed invocarne periodicamente un ritorno, sicuramente la struttura cardiologica ospedaliera unitaria mantiene un ruolo fondamentale, in quanto conglomerato di multiple competenze ultraspecialistiche: si configura infatti come il luogo dove ogni specialista dedicato, con il proprio carico di nozioni ed esperienza specifica, mediante la discussione collegiale ed il confronto costruttivo con i colleghi, può trarre utili indicazioni per gestire il paziente cardiopatico nel suo complesso e non in maniera parcellare, garantendo la tanto ricercata unità di intenti e di cure. La Cardiologia ospedaliera dunque come punto di confluenza dei processi diagnostico - terapeutici, o anche soltanto come struttura di supporto per una gestione decentrata sul territorio, con un vero sistema hub and spoke integrato.

# La sfida della prevenzione secondaria nella Regione Lazio: come affrontare e ridurre il rischio coronarico residuo

di Furio Colivicchi

**N**egli ultimi anni, il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) ha registrato progressi molto significativi. I nuovi trattamenti farmacologici, interventistici e cardiocirurgici infatti si sono tradotti in un sostanziale aumento della sopravvivenza dei pazienti nelle fasi acute della malattia. La stessa attenzione ed intensità d'intervento non viene però dedicata dai Cardiologi ospedalieri e, successivamente alla dimissione, dai medici di medicina generale e dagli specialisti Cardiologi ambulatoriali territoriali, alla valutazione e alla riduzione del rischio coronarico residuo dei pazienti con cardiopatia ischemica.

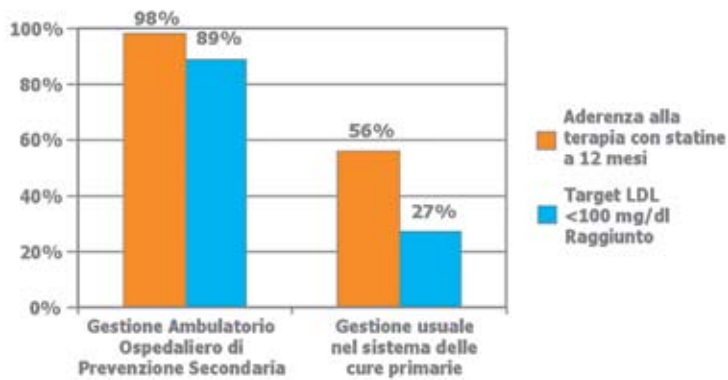
Le recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia hanno precisato in dettaglio i programmi di prevenzione secondaria, riservando particolare attenzione al processo di valutazione clinica, alla tipologia degli interventi e alla definizione degli esiti clinici attesi. Considerati gli obiettivi della prevenzione secondaria, tutti i Cardiologi, in stretto collegamento con la Medicina Generale, dovrebbero assicurare un programma articolato e completo per tutti i pazienti che abbiano sofferto di un episodio coronarico acuto. Risulta evidente,

## Nuove prospettive e nuovi modelli assistenziali per la gestione della cardiopatia ischemica

tuttavia, che intensità e complessità degli interventi devono essere commisurate ai concreti problemi emergenti nel singolo caso, secondo principi di appropriatezza, equità e sostenibilità. Di fatto, nella pratica clinica corrente, la prevenzione secondaria non può essere implementata in modo concreto senza aver sviluppato uno specifico modello assistenziale, calato nella realtà operativa quotidiana locale. Negli ultimi anni, nel complesso contesto di un Servizio Sanitario Regionale in crescente difficoltà, abbiamo assistito nella Regione Lazio alla nascita spontanea di numerose esperienze finalizzate a dare continuità all'assistenza ed alle misure di prevenzione per i pazienti reduci da una SCA. Diversi ospedali, compatibilmente con l'esiguità delle risorse disponibili, hanno dato vita a servizi ambulatoriali di "Continuità Assistenziale e Prevenzione Cardiovascolare Secondaria" per pazienti dimessi dalle Unità Operative di Cardiologia dopo SCA. In genere, vengono reclutati quei pazienti che per motivi logistici o personali non accedono a reparti di riabilitazione cardiologica, che istituzionalmente garantiscono programmi di prevenzione secondaria particolarmente strutturati ed

efficaci. Queste realtà sono tuttavia insufficienti rispetto al complessivo fabbisogno assistenziale e possono indirizzare i loro interventi solo a soggetti a rischio particolarmente elevato, spesso gravati da comorbidità multiple. Alcuni ospedali per acuti si sono quindi dotati di ambulatori dedicati alla cardiopatia ischemica. Queste strutture garantiscono una gestione clinica adeguata per quei soggetti che difficilmente trovano risposte soddisfacenti nel sistema delle cure primarie. La "Medicina del Territorio" appare, infatti, del tutto impreparata ed inconsapevole rispetto alle esigenze di pazienti dimessi dopo una SCA. Il nuovo modello assistenziale emergente negli ospedali prevede la creazione di strutture ambulatoriali, spesso con una prevalente gestione infermieristica, sulla scia delle "Nurse-led Secondary Prevention Clinics" britanniche ed irlandesi. In tale contesto operativo il Cardiologo referente garantisce soprattutto:

1. supporto clinico specialistico per la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
2. formazione continua per le attività di counselling motivazionale breve ed implementazione delle misure di prevenzione cardiovascolare secondaria;



*Impatto di un ambulatorio per la Prevenzione Secondaria a gestione infermieristica sull'Aderenza alla terapia con statine e sul raggiungimento dei Target lipidici in pazienti dimessi dopo Sindrome Coronarica Acuta. Esperienza dell'ospedale "San Filippo Neri" di Roma su 1.128 pazienti*

3. attività di verifica e controllo (parte delle attività è infatti riconducibile ad un modello di "atto medico delegato" per protocolli specifici di intervento). Il complesso delle attività dell'ambulatorio sono generalmente svolte da personale infermieristico adeguatamente formato e con specifica competenza tecnico - professionale. I nostri infermieri hanno infatti dimostrato negli anni una particolare sensibilità clinica ed una sostanziale efficienza nel seguire come "care manager" soggetti affetti da patologia cardiovascolare cronica, come dimostrato nelle numerose esperienze relative allo scompenso cardiaco.

Nel loro insieme questi servizi possono rispondere a diverse ed insoddisfatte esigenze cliniche dei pazienti dimessi dopo SCA. Si deve infatti sottolineare che tali soggetti presentano un elevato rischio di recidive ischemiche nell'arco dei primi sei mesi dopo l'evento indice, richiedendo un follow - up specifico soprattutto nelle prime fasi successive all'evento. Inoltre questi pazienti sono dimessi con indicazione a seguire trattamenti farmacologici complessi e di lungo periodo, spesso non gestibili correttamente dal sistema delle cure primarie. Questo risulta particolarmente evidente nelle vaste aree metropolitane della nostra regione, dove i pazienti hanno notevole difficoltà ad orientarsi e seguono percorsi spesso incongrui ed inefficaci. Inoltre, in molti casi le

comorbidità multiple concomitanti rendono la gestione clinica particolarmente complessa ed onerosa per la Medicina del Territorio. Nei fatti, l'indisponibilità di un supporto personalizzato e l'inaccessibilità alle visite specialistiche cardiologiche nel breve periodo (vedi problema delle liste di attesa) comporta un frequente nuovo accesso di questi pazienti alle strutture di emergenza (DEA e Pronto Soccorso), nonché un elevato tasso di ricoveri ripetuti. Gli ambulatori dedicati si propongono quindi di:

1. ridurre gli accessi presso il DEA - PS;
2. ridurre i ricoveri impropri;
3. migliorare l'aderenza dei pazienti alle prescrizioni relative allo stile di vita ed al controllo dei fattori di rischio;
4. migliorare l'aderenza dei pazienti alle prescrizioni terapeutiche farmacologiche;
5. ridurre il ricorso inappropriato a metodiche diagnostiche strumentali;
6. migliorare l'esito clinico complessivo.

L'iniziale esperienza condotta in alcuni centri sembra dare ragione a questo modello di intervento. I pazienti seguiti da strutture dedicate hanno, infatti, maggiore probabilità di raggiungere i target terapeutici indicati dalle Linee Guida (Figura 1). Questo risultato potrebbe tradursi in un significativo miglioramento della prognosi clinica. Inoltre, il ricorso al

personale infermieristico permette di seguire un maggior numero di pazienti, contenere significativamente i costi complessivi e migliorare l'efficienza del sistema.

Obiettivo dell'ANMCO Lazio è promuovere queste esperienze e raccorderle tra loro, favorendo la creazione di una embrionale "rete assistenziale per il cardiopatico cronico". Nel modello concepito in collaborazione con gli amici del GICR, questi ambulatori sono centri spoke che si raccordano con i centri hub, rappresentati dalle strutture di Cardiologia riabilitativa degenziale.

Lo sforzo spontaneo della Cardiologia ospedaliera vuole, ancora una volta, portare una risposta ad un reale bisogno di salute, che sembra non trovare soluzioni adeguate nell'attuale modello assistenziale proposto dal decisore pubblico.

In questo quadro l'ANMCO Lazio lancia una nuova iniziativa: il registro regionale per la prevenzione secondaria. Le strutture ambulatoriali dedicate alla cardiopatia ischemica saranno censite e verrà promossa una raccolta di informazioni cliniche, che consenta di caratterizzare la popolazione di pazienti seguiti dalle strutture ospedaliere regionali.

# Le Convention delle UTIC lombarde

di Claudio Cuccia



**I**l 20 e il 21 marzo, a Franciacorta (BS), si è svolta la seconda Convention dei medici delle UTIC della Lombardia, preceduta il 14 marzo dalla prima Convention degli Infermieri delle UTIC. Dopo il successo della prima Convention medica, tenutasi esattamente un anno prima a Gravedona (CO), i Medici delle UTIC lombarde si sono ritrovati a discutere delle criticità cardiologiche e dell'organizzazione delle UTIC, le sole aree che, a proposito di criticità di cuore, nella prima Convention si è ritenuto fossero in grado di accoglierle. Durante la Convention, svoltasi nella suggestiva sede del Monastero di San Pietro in Lamosa a Provaglio d'Iseo (BS), non si è discusso solo dei soliti argomenti di interesse per un'area critica, quali l'ST sopra, il non - ST sopra, lo scompenso acuto, le aritmie gravi e così via. Con la Convention si è voluto infatti consolidare il percorso iniziato un anno prima, un percorso

nato per rendere formale il ruolo centrale delle UTIC nell'organizzazione della Cardiologia, non solo sulla carta, ma in un ambito territoriale ampio come quello di un'intera regione (e su una popolazione numerosa tanto quanto alcune importanti nazioni europee). Il nocciolo della questione è stato proprio il riconoscere la centralità dell'UTIC attraverso un percorso che, prima di tutto, sia in grado di definire la capacità e il ruolo del Cardiologo che la governa. E proprio per questa ragione, la Convention è stata aperta dal Dott. Marco Tubaro, che a nome della Società Europea di Cardiologia, ha sintetizzato il lavoro fatto dal Working Group of Acute Cardiac Care sull'accREDITAMENTO del professionista delle UTIC oltre che sugli standard di una UTIC moderna. Dove sta il credito del professionista, ci si è chiesti, se non nell'abilità di coniugare le conoscenze raggiunte (che sono tante) con la loro applicazione puntuale (che non sempre si realizza)?

La Convention ha dato voce ai numerosi esperti di UTIC, che si sono confrontati con i rappresentanti dell'Area Emergenza - Urgenza ANMCO (Dott. ssa Lettino e Dott. Casella) che con grande impegno sta svolgendo una quanto mai opportuna Campagna sulla Clinical Competence del medico di UTIC. Il programma della Convention è facilmente reperibile nella sezione Calendario Appuntamenti della Regione Lombardia sul Sito WEB ANMCO (<http://www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/calendario/>), dove è possibile trovare anche il programma della Prima Convention degli Infermieri delle UTIC

lombarde. Potevamo scordarci di loro? Se vogliamo trasformare l'UTIC in un'area di Cardiologia intensiva, potremmo forse rinunciare ad avere accanto un Infermiere esperto (e autonomo!) nelle più complesse situazioni cliniche o nella gestione delle tecnologie che fanno l'UTIC moderna? Gli Infermieri hanno poi portato la loro voce nella Convention medica, esprimendo gratitudine all'ANMCO Lombardia per aver costituito un gruppo di lavoro infermieristico che affiancherà l'attuale Consiglio Direttivo Regionale nel biennio 2008 - 2010. Hanno giustamente reclamato spazio anche sul nostro Sito WEB, dove si può leggere il loro il desiderio di "continuo aggiornamento e progettualità per la crescita di una professione, che andrà a confrontarsi con altre figure in modo sempre più sinergico e sempre meno ausiliario." E la loro Convention, partecipata come non mai, ne è stata la prova, attenta a definire responsabilità e ruolo dell'Infermiere che lavora in un'area intensiva cardiologica, ruolo tuttora difficile da disegnare data la disomogeneità di dotazione tecnologica delle UTIC stesse.

Lo scorso anno, annunciando la prima Convention, concludevamo che il Cardiologo dell'UTIC da troppo tempo è alla ricerca di una propria riconosciuta identità. Con le due Convention mediche, e con quella infermieristica, pensiamo di aver avviato al meglio tale percorso, volto a "rifondare" le UTIC, strutture fatte di macchine e persone che, si spera, comincino a dialogare tra loro con maggior disinvoltura.

# Le Marche “per il Tuo cuore” Un momento per rinsaldare la vita associativa

di Roberto Accardi

**A**bbiamo concluso da poco la Settimana del cuore, “per il Tuo cuore”, vissuta in maniera diversa secondo le varie iniziative regionali: messaggi sui giornali, spot televisivi, messaggi radio, pubblicità in Ospedale, presso ambulatori o centri di prenotazione, oppure, cosa che mi ha colpito maggiormente, il cosiddetto passa parola tramite la propria mailing list, dimostratasi, per esperienza personale, una eccezionale cassa di risonanza. Ma su tutto prevalgono due ricordi:

I scena

Martedì 11 febbraio, un ragazzo di circa 15 anni e la sua mamma davanti al manifesto della Settimana “per il Tuo cuore”: «Mamma, mando un SMS!» e la mamma «Sì, sei un cardiopatico», questo è un episodio a cui ho assistito nel nostro ambulatorio divisionale. Senza dubbio quel manifesto, posto sulla porta di ingresso dell’ambulatorio, ha colpito quel ragazzo più di tanti messaggi su giornali o televisioni. Sarà stata la collocazione, il coinvolgimento emotivo, ovvero l’attesa per la visita cardiologica, comunque ha raggiunto l’obiettivo.

II scena

Venerdì 13 febbraio, Palazzo del

Quirinale, salone dei Corazzieri gremito di Cardiologi provenienti da tutta Italia; anche nei pochi scettici si apprezzava l’emozione del momento: l’incontro del Presidente della Repubblica con i Cardiologi ospedalieri era il riconoscimento più alto, peraltro molto atteso, da parte delle Istituzioni alla nostra Associazione. Una giornata memorabile, come ha ricordato un amico Cardiologo qualche giorno dopo.

## Pensiamoci

In questi due flash mi si sono affacciate alla mente alcune considerazioni, infatti abbiamo potuto sperimentare la distinzione, come direbbero i Sociologi, tra sociabilità, ovvero la caratteristica umana di apertura intenzionale agli altri e socialità ovvero il modo effettivo in cui viene realizzata tale capacità di stabilire rapporti.

Il passaggio dalla teoria alla pratica, dalla causa all’effetto.

Nei due momenti ricordati, i protagonisti hanno risposto positivamente al meccanismo di feed - back innestato, dimostrando come sia fondamentale l’efficacia del messaggio, rivelatosi un vero e proprio tonico per le nostre coscienze. Lo stimolo può essere rap-



Umberto Boccioni, *Stati d'animo: Quelli che vanno*, 1911

presentato dal momento unitario che possiede la capacità di rafforzare, nel caso ce ne fosse bisogno, in ognuno di noi la coscienza di non essere soli nell'attività quotidiana nei nostri ambulatori o corsie ospedaliere, ricordandoci di far parte di una importante comunità.

Ciò conferma ulteriormente che "colui che non può vivere in comunità o che non ha bisogno di niente per il proprio sostentamento, non è parte della città, ma una bestia o un dio" (Aristotele, "Politica").

Ho avuto la dimostrazione della differenza di efficacia tra il rapporto caratterizzato dai termini "egli" o "loro", situazione altamente impersonale, ed il rapporto espresso con l'"io - tu", interpersonale, diretto, relazione essenziale e biunivoca. Nei due casi la valenza è diversa, nel primo l'ANMCO sembra rappresentare una terza persona rispetto al quotidiano mentre nel secondo caso, il messaggio, lo spot, la manifestazione (ovvero l'ANMCO calato nelle realtà quotidiana), rende possibile un coinvolgimento maggiore sia del Pubblico - il ragazzo - che dell'Operatore, - il Cardiologo - che in queste situazioni può incrementare la

consapevolezza dell'appartenenza alla comunità.

Sono momenti in cui le virtù sociali, esaminate da giganti del pensiero (Aristotele, Cicerone e San Tommaso, solo per ricordarne alcuni) vengono esaltate: a cominciare dalla pietas, l'observantia, l'honor e la gratitudo per confluire nella liberalitas; liberalitas o generosità che per il ragazzo è digitare un SMS riconoscente, e per il Cardiologo è contraccambiare con una vita associativa più attiva.

### Risultato

Tutto ciò, sono sicuro, come fine immediato e a lungo termine determinerà un incremento della conoscenza e soprattutto della cultura, termine, ricordiamo, derivato dal latino colere, in cui confluiscono svariati sensi o significati, ma dei quali penso corra l'obbligo ricordarne almeno due:

1. il primo relativo all'educazione (coltivare): educare alla sensibilità verso problemi più o meno noti cioè coinvolgere più o meno emotivamente il pubblico e sensibilizzare i propri Associati;
2. un secondo senso legato al significato di abbellire o adornare la nostra

routine quotidiana, ma anche, derivato dall'equivalente latino formatio, e da cui deriva l'inglese formation, in cui l'uomo colto si conforma ad un modello valido e, in questo caso da seguire con orgoglio: la comunità dei Cardiologi esempio per ognuno di noi e l'ANMCO come un modello educativo e organizzativo a cui tendere.

### Grazie Professor Maseri

*Last but not the least* un sentito ringraziamento da parte dei nostri Consigli regionali al "motore" di tutto ciò, il Professor Attilio Maseri, che si è dedicato con entusiasmo alla organizzazione della settimana (e non solo!) pronto subito a valutarne ulteriori sviluppi per il prossimo anno. Del Professor Maseri erano note le doti di Clinico e Ricercatore, ma mi pare che abbiamo scoperto una ulteriore capacità pubblicistica. Non ne vorrà, ma ci pensi... ora che Mike Buongiorno ha lasciato Mediaset!





Concerto a Terlizzi del gruppo musicale "Il soffio dell'Otre"

## La Puglia "per il Tuo cuore"

di Alessandro Villella

**G**razie alla intraprendenza degli Associati ANMCO ed alla fattiva collaborazione dell'AVO PUGLIA presieduta dalla Dottoressa Agata Danza sono state realizzate le attività sotto elencate.

### Foggia

La compagnia del Teatro dei Limoni con sede in Via Giardino 21 - Foggia, ha messo in scena alle ore 21.00 dei giorni 9, 10, 11 e 12 febbraio la divertente commedia "Terapia di gruppo" per la regia di Pierluigi Bevilacqua. "Terapia di gruppo" è una divertente commedia ambientata nella New York anni '80. Analisti e pazienti si ritrovano coinvolti, loro malgrado, in una analisi collettiva che coinvolge la loro intera vita.

### Bari

Alcuni cardiologi ospedalieri di Bari e provincia ( Paolo Brindicci, Daniela Cavallari, Luigi Mancini, Giuseppe Scalera, Francesco Tota) coordinati

da Pasquale Caldarola e Carlo D'Agostino, hanno incontrato studenti, docenti e personale di assistenza per diffondere la cultura della prevenzione delle malattie cardiovascolari. Sono stati trattati i seguenti temi:

1. Epidemiologia delle malattie cardiovascolari;
2. Fattori di rischio cardiovascolare;
3. Prevenzione e stili di vita;
4. Emergenze cardiovascolari: attacco cardiaco;
5. Dimostrazione di intervento di rianimazione in emergenza, praticata da personale "laico" su simulatori.

Gli incontri sono avvenuti nel corso della mattinata:

- il 09.02.09 presso il Liceo Scientifico Scacchi;
- l'11.02.09 presso il Liceo Classico Orazio Flacco;
- il 12.02.09 presso la Scuola Media Michelangelo.

Inoltre è stato organizzato un corso di Rianimazione Cardiopolmonare e Defibrillazione (BLS - D) per 40 ope-

ratori segnalati fra studenti, personale docente e di assistenza. Il corso si è svolto in due giornate il 12 febbraio ed il 17 febbraio presso una delle sedi scolastiche che hanno aderito all'iniziativa.

### Terlizzi

Il giorno 15 febbraio 2009 alle ore 18.30 si è tenuto presso la Pinacoteca "De Napoli" il concerto con il gruppo musicale "Il soffio dell'Otre" che, utilizzando strumenti musicali tradizionali (ciaramella, zampogna, fisarmonica), ma anche classici quali violoncello e fagotto, ha presentato brani antichi e moderni con accostamenti timbrici inusuali e sorprendenti. Il concerto, patrocinato dal Comune di Terlizzi nell'ambito delle manifestazioni promosse per l'inaugurazione della pinacoteca "De Napoli", ha visto la partecipazione del Sindaco e di componenti l'Amministrazione comunale, del Direttore Sanitario dell'Ospedale di Terlizzi e di circa 200 cittadini.



*Il Direttore Sanitario dell'Ospedale di Terlizzi (primo da sinistra), il Sindaco di Terlizzi (terzo da destra), Pasquale Caldarola, Consigliere Nazionale ANMCO, (primo da destra), con i componenti del gruppo musicale "Il soffio dell'Otre"*



*Da sinistra: il Sindaco di Monopoli, il Dott. Vincenzo Lo Priore, il Dott. Filippo Boscia e il Direttore di Canale 7*

## Monopoli

Il concerto "Per il Tuo Cuore" si è tenuto presso l' auditorium di Canale 7 alle ore 18.00 del 14 febbraio 2009 con la collaborazione del Conservatorio "N. Rota" di Monopoli e delle Scuole medie ad indirizzo musicale "V. Sofo" e "G. Galilei" (Coordinamento artistico maestro D. Di Leo) e col patrocinio dell' amministrazione comunale di Monopoli (assessorato alla cultura: maestro E. Orciuolo)

## Brindisi

È stata fatta una capillare opera di informazione ed educazione sanitaria sulla dieta mediterranea. Tale educazione alla dieta mediterranea è stata veicolata dalla diffusione dal menù "del Cuore" offerto da alcuni risto-

ranti della Provincia. Il 14 febbraio si è conclusa l'intera settimana organizzando presso l'Istituto Alberghiero di Brindisi una Conferenza sulla dieta mediterranea e sulle sue benefiche ricadute nel campo delle Malattie Cardiovascolari, tale conferenza è stata tenuta con il supporto dello staff tecnico dello stesso Istituto, che alla fine ha dato una dimostrazione pratica con una particolare e selezionata degustazione dei prodotti tipici pugliesi.

Tutte le Cardiologie degli ospedali pugliesi hanno affisso i manifesti forniti dalla Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF ed hanno promosso alla dimissione un'opera di sensibilizzazione sui contenuti della Campagna.



*Il pubblico di Terlizzi durante il concerto tenuto presso la pinacoteca "De Napoli"*

# La Sicilia “per il Tuo cuore”

di A. Ajello e E. Mossuti

Una giusta alimentazione, una buona pratica sportiva, non fumare, evitare stimolanti di vario tipo: buoni consigli da dare a scuola!

**B**isogna confessare che fare conoscere al pubblico quello che l'ANMCO fa per la Cardiologia italiana e mondiale non è stato fino ad oggi un problema primario per noi Cardiologi. Nonostante la ricerca ANMCO sia universalmente apprezzata, il grosso pubblico ignora, ad esempio, il modello di ricerca GISSI ed è totalmente misconosciuto il costante e disinteressato impegno sul piano delle indagini sul territorio che si accompagnano al lavoro istituzionale svolto giornalmente da ognuno di noi. La Campagna “per il Tuo cuore” ci ha introdotto quindi in un mondo inesplorato, dove adoperarsi per mobilitare l'opinione pubblica a favore della raccolta fondi per la ricerca cardiologica. Nonostante la novità dell'iniziativa e il compito inusuale, l'adesione alla Campagna organizzata dalla Fondazione “per il Tuo cuore” - HCF è stata importante e grande anche in Sicilia. È stata garantita la diffusione dell'iniziativa al pubblico televisivo del TG3, di “Buongiorno Regione” e del Tg regionale serale con una visita in un reparto di Cardiologia regionale con intervista ai pazienti ricoverati in UTIC, in terapia post-intensiva ed impegnati in indagini specialistiche nei Laboratori dell'Unità Operativa. Le interviste ai Cardiologi hanno sottolineato che la sfida che si pone primariamente è quella di capire perché, molto spesso, le conoscenze cardiologiche

attuali non spiegano razionalmente la differente storia naturale e la differente risposta terapeutica di pazienti fenotipicamente simili. Inoltre, d'accordo con il Consiglio Direttivo la strategia adottata per la diffusione del messaggio è stata quella di portare i concetti di prevenzione cardiovascolare laddove potessero avere una maggiore probabilità di diffusione e cioè nelle età più precoci ovvero nelle scuole. In questa ottica si sono svolte delle iniziative sia a Trapani che a Siracusa. A Trapani il gruppo della Cardiologia dell'Ospedale “S. Antonio Abate” guidato da Alberto Di Girolamo, con la collaborazione di Maurizio Abrignani, ha effettuato diversi incontri con vari gruppi di studenti (Liceo Scientifico, Istituto Magistrale, Istituto Tecnico Geometri, Liceo Classico, Liceo Artistico, Istituto Professionale, Istituto Tecnico Commerciale, Istituto Tecnico Industriale, Istituto Nautico). Si è registrata una notevole e attiva partecipazione sia degli studenti che dei docenti con accertata diffusione di fondamentali messaggi (il fumo fa male, l'attività fisica è importante quanto lo studio, non è bene adoperare stimolanti quali che siano, etc.). Una analoga iniziativa si è svolta a Siracusa dove c'è stata una attiva collaborazione tra la Cardiologia dell'Ospedale “Umberto I” guidata da Ernesto Mossuti e il Provveditore agli Studi. Insieme hanno organizzato un incontro sui temi

della prevenzione cardiovascolare con la partecipazione degli insegnanti di Educazione alla Salute della Provincia di Siracusa. Il meeting si è svolto nell'aula dell'Istituto Tecnico “F. Insolera” (una grande aula provvista dei moderni mezzi audiovisivi) dove ad ascoltare i docenti in materia c'erano gli studenti dell'Istituto. La Cardiologia dell'ospedale ha presentato poi, con Eugenio Vinci, tutta una serie di consigli attinenti lo sport, nelle sue varie angolazioni di ricadute positive e di eventuali possibili non idoneità alla pratica agonistica e/o ludica. Lo scopo che l'iniziativa si prefiggeva era quello di avviare un percorso virtuoso che partendo dall'insegnante arrivasse allo studente e alla famiglia in modo da mantenere il messaggio nel tempo. Infine il gruppo della Cardiologia e Cardiochirurgia del “Centro Cuore” di Pedara guidato da Leonardo Patanè ha organizzato una raccolta fondi mediante un quadrangolare di calcio a cui hanno assistito circa 100 spettatori paganti e...infreddoliti (quel giorno quasi nevicava e Pedara è a circa 1.000 metri sul livello del mare). In una giornata molto fredda così si sono scaldati i cuori dei giocatori, mentre la terna arbitrale era quasi congelata. Però il lato positivo è che sono stati raccolti quasi 700 euro che andranno al fondo per la ricerca della Campagna “per il Tuo cuore”.

## L'Umbria "per il Tuo cuore"

*G. Alunni, M.G. Sardone,  
D. Bovelli, R. Liberati,  
S. Mandorla, C. Martino,  
D. Severini, G. Ambrosio,  
G. Arcuri, E. Boschetti,  
C. Cavallini, M. Girelli,  
G. Maragoni, F. Patriarchi*

**I**n Umbria la settimana "per il Tuo cuore", è stata molto apprezzata sia dalla popolazione che dai rappresentanti delle Istituzioni locali. Ha destato un notevole interesse anche nei media, che si sono resi disponibili ad un'ampia diffusione dell'evento attraverso articoli su quotidiani, interviste e programmi televisivi. La stampa e le TV locali, con gli interventi dei Cardiologi ospedalieri di tutta la regione, nelle rubriche che si occupano di salute, hanno dato ampia risonanza all'evento. Almeno 15 accessi televisivi

ANMCO, numerosi giornalisti, Cardiologi, Presidenti di Associazioni di pazienti e di volontariato. Le riprese di RAI 3 sono state poi trasmesse al TG3 regionale. Ogni membro del Consiglio Direttivo Regionale, in collaborazione con il proprio Primario, ha organizzato nella propria città vari tipi di eventi. È stata data la massima visibilità alle locandine ed ai manifesti. I volantini sono stati allegati anche alle lettere di dimissione ed ai referti delle visite ambulatoriali. Hanno collaborato le Associazioni di volonta-

### Alto indice di gradimento da parte di cittadini, rappresentanti delle istituzioni, associazioni di volontariato e media

Interviste televisive a tutti i membri del Consiglio Direttivo Regionale... un'occasione per presentare ai cittadini le attività di tutte le Cardiologie umbre

sono andati in onda con più repliche quotidiane durante tutta la settimana, con copertura di tutto il territorio regionale. Il DVD dello spot della Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF, distribuito preventivamente a tutte le emittenti regionali, è stato mandato in onda quotidianamente. La settimana "per il Tuo cuore" è stata annunciata il 6 febbraio con la Conferenza stampa tenutasi a Perugia nella "Sala Fiume" di Palazzo Donini, sede del Consiglio Regionale dell'Umbria, con gli interventi dell'Assessore alla Sanità della Regione Umbria Maurizio Rosi, il Preside della Facoltà di Medicina Adolfo Puxeddu, il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia Graziano Conti, il Direttore Generale della Azienda Ospedaliera di Perugia Walter Orlandi, presente il Consiglio Direttivo Regionale

di tutta la regione e le direzioni di vari ipermercati, a Perugia, Terni e Foligno. La settimana "per il Tuo cuore", con le interviste televisive a tutti i membri del Consiglio Direttivo Regionale, è stata anche un'occasione per presentare ai cittadini le attività delle Cardiologie umbre. Incontri con la cittadinanza insieme ad Infermieri e Medici di famiglia, si sono svolti a Perugia centro, alla ex "Borsa merci", a Corciano presso il "Centro Anziani", a Gubbio al Palazzo Comunale. Mostrando diapositive e filmati, si è parlato di prevenzione cardiovascolare, del comportamento da tenere in caso di "attacco cardiaco", degli accorgimenti dietetologici nello scompenso cardiaco. A Città di Castello, nella piazza principale, è stata allestita una tenda della CRI con la presenza di Cardiologi, Infermieri della U.O.



di Cardiologia e volontari dell'Associazione "Amici del Cuore". Su richiesta, ai numerosi cittadini intervenuti, è stato possibile misurare la pressione arteriosa, la glicemia ed il colesterolo. A Terni, nella Sala Comunale di Palazzo Gazzoli, si è svolto un incontro tra Cardiologi, Cardiochirurghi, Medici di Medicina Generale e Cittadini. Sono intervenuti il Sindaco di Terni Paolo Raffaelli, il Preside della Facoltà di Medicina Adolfo Puxeddu, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Gianni Giovannini. L'incontro ha riguardato i temi proposti dalla Campagna Nazionale inseriti nel contesto del Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare dell'Ospedale di Terni. È seguito un dibattito aperto, con partecipazione attiva di gran parte del pubblico presente. La partecipazione della popolazione a questi incontri, nelle varie sedi è stata buona, con un'affluenza media di 70 persone per ogni evento. I Cittadini hanno dimostrato un sorprendente buon livello di conoscenza dei principali problemi di prevenzione e molti hanno manifestato la convinzione dell'importanza di sostenere la ricerca in Cardiologia. Il desiderio di "saperne ancora di più" è emerso dalla pressante richiesta di ripetere periodicamente tali iniziative. "Cardiologie Aperte" si è svolta presso la Cardiologia dell'Ospedale S. Maria della Misericordia a Perugia. Durante tale evento, oltre alle informazioni

scientifiche di base, sono stati effettuati ECG ai Cittadini che ne hanno fatto richiesta. Grande successo hanno riscosso gli spettacoli teatrali. A Spoleto, grazie all'Amministrazione comunale ed alla Compagnia teatrale "La Maschera", al "Caio Melisso", teatro storico italiano, è andato in scena "Ridere fa bene al cuore", con il tutto esaurito. Ben nutrita la rappresentanza delle autorità locali, fra cui il Direttore Generale della ASL 3 Gigliola Rosignoli, il Sindaco Massimo Brunini che ha espresso grande apprezzamento per l'attività svolta dalla Cardiologia ospedaliera. Teatro "Clitunno" stracolmo anche a Trevi, messo a disposizione dal Sindaco Giuliano Nalli, dove la Cardiologia di Foligno ha organizzato due spettacoli, grazie alle Compagnie teatrali de "I cardiosimpatici" della Associazione Cardiopatici di Foligno e di "Un sorriso per un centesimo". Nel corso degli spettacoli sono stati raccolti fondi per la Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF. Lo sforzo degli organizzatori è stato premiato dalla grande partecipazione e dalla soddisfazione del pubblico in ogni genere di iniziativa. Un ringraziamento particolare va agli Infermieri delle nostre Cardiologie, che con spirito di corpo, entusiasmo e disponibilità sono stati fondamentali per la riuscita della manifestazione, che speriamo sia stata utile "per il Tuo cuore", di certo lo è stata per la Cardiologia ospedaliera.

*Il Consiglio Direttivo regionale alla conferenza stampa presso la "Sala Fiume" di Palazzo Donini a Perugia*

Gli Infermieri delle nostre Cardiologie, con spirito di corpo, entusiasmo e disponibilità sono stati fondamentali per la riuscita della manifestazione

Una informazione efficace e rasserenante è ciò che serve ai cittadini

La settimana "per il Tuo cuore" ha dato una bella immagine della Cardiologia ospedaliera

## Riprese a pieno ritmo le attività del Consiglio Direttivo ANMCO Veneto

di Giampaolo Pasquetto

**D**opo la riconferma di parte del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto, avvenuta lo scorso maggio, con la continuità alle Linee Programmatiche 2006 - 2008 date dal Presidente regionale Domenico Marchese, sono riprese a pieno ritmo dopo l'estate le attività dell'ANMCO nella nostra regione. Numerosi gli eventi realizzati nei mesi scorsi, dei quali diamo un breve resoconto. Il primo evento è stato la realizzazione della Campagna Educazionale "Cardiologie Sicure: Gestione del Rischio Clinico" tenutasi il 17 ottobre a Padova. Noto l'interesse desto e la partecipazione da parte degli operatori sanitari (medici e personale infermieristico) grazie anche ai brillanti interventi del giudice Antonello Cernelli e del medico legale Gianni Pipeschi, che hanno sapientemente illustrato quali attenzioni prestare nello svolgimento della nostra professione onde minimizzare i rischi clinici che ogni giorno dobbiamo affrontare. L'altro importante appuntamento è stato il Seminario di Aggiornamento "Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: l'approccio diagnostico e terapeutico nelle diverse fasi di evoluzione della malattia" tenutosi anch'esso a Padova il giorno 8 novembre 2008. Stimolante e ricca di spunti è stata la discussione sui casi clinici proposti, dai quali si sono potuti trarre suggerimenti operativi per la

pratica clinica quotidiana.

Il tradizionale appuntamento autunnale dell'ANMCO Veneto sui "Casi Clinici" si è svolto il 14 novembre a San Bonifacio (Verona), sotto la regia del Dott. Emanuele Carbonieri (nuovo membro del Consiglio Direttivo). È questo per la nostra regione un incontro fortemente sentito e partecipato, poiché offre la possibilità ai colleghi più giovani di presentare casi clinici peculiari con relative revisioni della letteratura sui temi inerenti. Offre inoltre spunto di discussione e confronto tra le diverse realtà cardiologiche nella condotta operativa di particolari patologie cardiache. Nel gennaio e febbraio 2009 si è completata un'altra importante iniziativa costituita dal "Corso di Clinical Competence del Cardiologo dell'UTIC", con la parte residenziale che si è svolta presso l'UTIC di Mestre e di Padova. Speriamo vivamente che l'iniziativa prosegua e via sia la possibilità di estenderla ad un numero sempre crescente di Cardiologi, viste anche le richieste già pervenute al Consiglio Direttivo Regionale.

Anche la Cardiologia veneta ha poi attivamente partecipato alla Campagna di raccolta fondi "per il Tuo cuore" tra il 5 ed il 15 febbraio 2009 con numerose iniziative, tra le quali segnaliamo quelle di Conegliano, Mirano, Piove di Sacco, Rovigo e Treviso che hanno coinvolto la popolazione in ta-



*Il Medico Legale A. Cirnelli, il Giudice G. Pipeschi, il Presidente Regionale ANMCO Veneto D. Marchese e il Prof. C. Vassanelli al convegno "Cardiologie Sicure"*

vole rotonde ed incontri divulgativi in particolare sui temi della prevenzione cardiovascolare.

L'ultimo, in ordine di tempo, importante evento realizzato nella nostra regione è stato quello della Campagna Educazionale Nazionale "Ritardo Evitabile - Salvare il miocardio dei Pazienti con Sindromi Coronariche Acute ottimizzando i tempi e le modalità di soccorso e intervento medico", tenutosi a Padova il 27 febbraio 2009. Alla luce anche del protocollo clinico - organizzativo contenuto nella delibera della Regione Veneto n. 4550 del 28 dicembre 2007, per la realizzazione di una Rete assistenziale interospedaliera che garantisca eguale trattamento per tutti i cittadini del Veneto colpiti da IMA, e per favorirne l'applicazione e la concreta realizzazione, l'ANMCO ha pensato alla riunione in oggetto nel corso della quale sono stati esaminati i punti critici dell'organizzazione a livello regionale, provinciale, nelle singole realtà urbane ed extraurbane e nei singoli ospedali. Sono inevitabilmente emerse delle difficoltà e dei limiti, dei quali è stato fatto partecipe il rappresentante della Direzione regionale per i servizi sanitari, Dott. Francesco Pietrobon, gentilmente intervenuto alla riunione. Il Dott. Pietrobon riconoscendo tali limiti, ha comunque sottolineato come gli standard di trattamento nella nostra regione

siano già elevati e come al momento attuale la carenza di risorse finanziarie ed umane purtroppo non permetta ancora la piena ed efficace attuazione della Rete. Ha tuttavia garantito l'interesse costante della Regione per questo problema, auspicando quanto prima ulteriori interventi per l'ottimizzazione dei percorsi. A tal proposito molto importante sarà la realizzazione del programma di intervento, proposto dall'ANMCO, che consiste nella verifica dell'efficacia della sua attuazione attraverso una raccolta di dati di misurazione dei tempi dei vari percorsi. Quattro centri (due Hub e due Spoke) hanno già aderito alla realizzazione di tale programma, che verrà poi esteso progressivamente a tutti i Centri.

In conclusione auspichiamo che le attività finora realizzate dal rinnovato Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto possano essere state utili a buona parte dei nostri Soci, e ci auguriamo che anche per i prossimi eventi in corso di programmazione ci sia una partecipazione interessata ed attiva, per testimoniare la vitalità della Cardiologia veneta.

# Il pensiero debole in Cardiologia

di Fabrizio Cellerini

62

Cardiologi che hanno conseguito la specialità negli anni '80 hanno avuto modo di iniziare la loro attività ospedaliera negli anni in cui si stavano raccogliendo i frutti della riforma sanitaria del 1978, riforma che aveva cambiato radicalmente il vecchio sistema mutualistico in nome di un nuovo diritto alla salute. Come hanno avuto modo di affermare alcuni esperti, quella Riforma, con pregi e difetti, era il prodotto di un pensiero forte, inteso come un grande fermento intellettuale pronto a raccogliere le sfide più difficili sia in campo scientifico che organizzativo. Un momento storico caratterizzato da uno spirito profondamente innovatore, creativo, deciso a costruire la Sanità del futuro. Tutta la Medicina del nostro Paese, investita da questa ondata di cambiamento, fu coinvolta nella creazione di nuovi modelli assistenziali. La Cardiologia italiana fu una di quelle discipline che più di altre recepì questo clima: tra l'altro sancì la centralità del paziente affetto da patologia cardiovascolare ed affermò la propria autonomia. Sono state compiute scelte coraggiose, senza dubbio frutto di un pensiero forte, destinate a mantenere nel tempo il loro indiscutibile valore. Abbiamo così assistito alla straordinaria espansione delle Unità Coronariche e delle Divisioni di Cardiologia, negli anni in cui si gettavano le premesse per il grande sviluppo della Cardiologia invasiva degli anni successivi. In campo scientifico la ricerca Cardiologica italiana giungeva finalmente e meri-

tamente alla ribalta internazionale, spesso grazie al supporto di Società Scientifiche nazionali autorevoli, forti e coese. Contemporaneamente, nel mondo, si moltiplicavano gli studi scientifici in tutti i settori della Cardiologia grazie ai quali abbiamo acquisito conoscenze destinate a diventare pietre miliari della Medicina moderna. Con questo impegno, con questo incredibile e duro lavoro la Cardiologia è riuscita ad affermarsi come la specialità medica che più di ogni altra ha contribuito all'incremento della vita media. Questo dato è stato ricordato, suscitando una palpabile emozione da parte di tutta la platea, dal Prof. Roberto Ferrari alla Cerimonia inaugurale del "Convegno di Cardiologia" Rovelli a Milano nel 2008. Poi tutto è cambiato. Si sono cominciati a fare i conti in Medicina. Cambiamenti di carattere economico, organizzativo e culturale hanno indotto tutto il Sistema Sanitario a ricercare un diverso *modus operandi*, ispirato essenzialmente alla buona gestione ed alla razionalizzazione. Di pari passo sono diventate usuali omologazione e semplificazione. Si è fatta avanti una ricerca quasi ossessiva di criteri condivisi, di standardizzazione di metodiche, di consensus conference. Contemporaneamente si è fatta forte anche la tendenza a proteggersi sotto la comoda coperta dei comportamenti codificati. Un atteggiamento questo ultimo definito frutto di un "pensiero debole". Negli stessi anni nasceva l'ultima Riforma sanitaria, quella dell'aziendalizzazio-

ne della Sanità, una riforma anch'essa ritenuta ispirata dal pensiero debole. "Tale riforma ha razionalizzato il pensiero debole organizzandolo secondo i canoni del riduzionismo, in ragione del quale le povere complessità saranno fatte a pezzi dalla tecnocrazia e prenderanno la forma delle statistiche per evidenze; quella procedurale delle Linee Guida, quella economicistica dell'appropriatezza, quella corporativa del governo clinico" (I. Cavicchi) <sup>(1)</sup>. Al di là di questi giudizi, che possono essere condivisi o meno, non c'è dubbio che uno dei pilastri del nuovo corso, la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM), sia una delle più grandi acquisizioni della Medicina moderna. Una vera rivoluzione metodologica con grandi ripercussioni di carattere economico, tecnico ed etico. L'espressione più alta delle EBM è costituita dalle Linee Guida, strumento indispensabile che tuttavia porta a correre il rischio di usarle come semplificazione della complessità. Ma la complessità esiste. Non tutto è semplificabile e noi Cardiologi lo sappiamo bene. Ed allora sorge spontaneo il quesito: quale valore reale possono avere le Linee Guida quando in nome della qualità ingannano tale valore? Ed ancora: è da condividere la convinzione secondo cui un comportamento clinico non conforme alle Linee Guida sia tendenzialmente inadeguato oppure inappropriato e quindi venga visto come clinicamente inefficace oltre che dispendioso e contrario ai principi di razionalizzazione delle risorse?





La situazione è spesso più complessa di quanto appaia. Lo scenario in cui rientrano mondo scientifico ed attività quotidiana, aspetti economici ed esigenze clinico assistenziali, EBM e mondo reale, infatti, non è sempre facilmente interpretabile.

Quanto è successo in tema di Linee Guida per l'impianto di defibrillatori impiantabili (ICD) e di stimolatori biventricolari per la resincronizzazione ventricolare (CRT) mi sembra esemplifici bene complessità e disagi di questo scenario<sup>[2]</sup>. In tema di ICD sappiamo tutti quanto in questo momento sia viva la discussione sul ruolo della frazione di eiezione come parametro unico per porre indicazione all'impianto<sup>[3],[4],[5],[6]</sup>. Le domande: perché tale discussione è stata avviata solo dopo la stesura delle Linee Guida sull'argomento? E l'attuale interesse a mettere a punto metodiche diagnostiche capaci di stimare il rischio di Morte Improvvisa in alternativa od integrazione alla frazione di eiezione? E l'attuale riflessione sugli aspetti etici del test di induzione post - impianto di ICD in un paziente che non ha mai avuto aritmie maggiori? E la nostra discussione sulla possibile scelta di espianare un device inutilizzato da tempo? Viene spontaneo osservare che certi standard codificati nelle Linee Guida siano stati stilati forse troppo frettolosamente. Ma si va anche oltre. Nel caso dell'ICD in prevenzione primaria, mettendo in discussione l'affidabilità della frazione di eiezione come unico riferimento, si minano gli stessi presupposti teorici e quindi l'impianto

metodologico degli studi randomizzati che hanno consentito la stesura delle Linee Guida<sup>[7],[8],[9]</sup>. Linee Guida che noi, diligentemente e con grande solerzia, abbiamo iniziato ad applicare con l'obiettivo di acquisire nozioni teoriche e "skilness" nel minore tempo possibile, spesso compiendo a tappe forzate percorsi formativi e curve di apprendimento. Non credo che tutto questo abbia tanti precedenti nella Medicina moderna. Affermano Paolucci e Coll., dopo avere preso in esame l'incidenza annuale di shock appropriati riportata nei grandi trial (7.6 % mediamente in MADIT II, DEFINITE, SCD - HeFT): "Il numero di Pazienti da trattare per salvare una vita sembra essere troppo alto e suggerisce la necessità di ricorrere ad ulteriori mezzi di stratificazione. Non si tratta di rinnegare le raccomandazioni delle Linee Guida ma di approfondire energie mentali ed economiche nell'affinare la nostra capacità di stratificazione"<sup>[5]</sup>. Credo che la maggior parte di noi condivida questo pensiero e senta il bisogno di aprire un'ampia discussione su questo tema. Un'analoga serie di considerazioni può essere fatta per la terapia resincronizzante (CRT). Anche qui le Linee Guida sono state emanate subito dopo la pubblicazione dei trial fondamentali<sup>[10],[11],[12]</sup>, ma ben prima di avere chiarito alcuni aspetti che ora ci accorgiamo esser essenziali durante la fase pre - impianto:

- la messa a punto di metodiche di imaging atte ad identificare la vena target;
- l'individuazione, attraverso un

corretto approccio metodologico (elettroanatomico, metabolico, meccanico) della regione del ventricolo sinistro destinata alla stimolazione. Il problema che adesso ci troviamo ad affrontare, stante l'elevata ed inattesa percentuale di non responders, è di correre ai ripari cercando di identificare in fase pre - impianto i criteri predittivi di esito, ed in fase post - impianto i criteri di verifica clinica<sup>[13]</sup>. Per fortuna nei Reparti di Cardiologia italiani non ci si è accontentati sotto la comoda coperta di comportamenti codificati: In altri termini non ha definitivamente vinto il pensiero debole. È vero che una cultura tecnologica e tecnocratica, in nome di un pragmatismo di cui spesso non si comprende il senso, domina in molte Amministrazioni sanitarie e "semplifica" tutto. Ma i Cardiologi italiani, che conoscono le Linee Guida, sanno anche bene che "la Medicina è un mondo dominato dall'incertezza dove tutt'al più si incontra il più probabile, dove è meglio prendere una decisione sulla base degli esami di laboratorio, ma spesso se ne può fare anche a meno, dove non si può sempre capire a priori quale sia la strategia vincente, dove ha sempre ragione chi utilizza il senno del poi, dove il risultato di un test può creare più problemi decisionali di quelli che si avevano prima dell'esame, dove talora è meglio dilazionare che intervenire, anche contro una logica che farebbe propendere per una soluzione drastica" (M. Bobbio)<sup>[14]</sup>. Sulla base di quanto sopra credo che si possa veramente affermare



che ha ragione Zoni Berisso quando dice: "Molteplici problemi entrano in gioco ogniqualvolta si debba stabilire la linea terapeutica più idonea per i nostri pazienti (...). Spesso le indicazioni suggerite dalle Linee Guida non sembrano adeguarsi pienamente al caso specifico o fugare i dubbi e le incertezze che accompagnano il medico che deve decidere. Tali decisioni, infatti, devono necessariamente tenere in considerazione esigenze cliniche, etiche ed economico - sociali non di rado contrastanti"<sup>(3)</sup>. Fa piacere che autorevoli personaggi della Cardiologia italiana esprimano opinioni così sagge ed equilibrate, certamente condivise dalla maggior parte di noi, come testimoniato dal vivo dibattito che si sta svolgendo oggi su questi temi nell'ambito dell'ANMCO. La stessa Associazione che ha voluto con forza far sentire la propria voce nel suo "Appello per la centralità del paziente cardiopatico nel sistema di cure". Sì, il pensiero debole non ha vinto. I Cardiologi italiani possiedono tutte le risorse culturali, intellettuali ed etiche per continuare a fare nel migliore dei modi il mestiere più bello del mondo.

#### Bibliografia

1. Cavicchi I. Il pensiero debole in sanità. Bari, Edizioni Dedalo, 2008.
2. Lunati M, Bongiorno MG, Boriani G et al. Linee Guida AIAC all'impianto di pace-maker, dispositivi per la resincronizzazione cardiaca (CRT) e defibrillatori automatici impiantabili. Giornale Italiano di Aritmologia e Cardioritmo 2005; 8: 29-34.
3. Zoni Berisso M, Caruso D, Canonero D, Setti S, Domenicucci S. Uso profilattico del cardioverter-defibrillatore impiantabile nei pazienti con grave disfunzione ventricolare sinistra: come districarsi tra linee guida, pratica clinica, problemi etici e limitazione delle risorse. G Ital Cardiol 2008; 9: 338-354.
4. Pedretti R, Sarzi Braga S, Vaninetti R; Laporta A, Masnaghetti S, Rosa R, Rubin D, Santoro F, Salerno M. Stratificazione del rischio di morte improvvisa: dallo studio elettrofisiologico all'alternanza dell'onda T. G Ital Cardiol 2008; 9, suppl. n.1, 33-39.
5. Paolucci M, Cattafi G, Magenta G, Vecchi MR, Schirru M, Lunati M. La stratificazione del rischio di morte improvvisa: dobbiamo considerare solo la frazione di eiezione ?. G Ital Cardiol 2008; 9 suppl. n. 1, 27-32.
6. Del Vecchio M, Padeletti L. La morte cardiaca improvvisa in Italia. Dimensioni percezioni, politiche ed impatto economico-finanziario. G Ital Cardiol 2008; 9, suppl. n.1: 5-23.
7. Moss AJ, Wall WJ, Cannon DS et al. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial Investigators. N. Engl J Med 1996; 335: 1933-1940. MADIT I
8. Buxton AE, Lee KL, Fisher JD, Josephson ME, Prystowsky EN, Hadley G. A randomized study of the prevention of sudden death in patients with coronary artery disease. Multicenter Unsustained Tachycardia Trial Investigators. N Engl J Med 1999; 341: 1882-1990. MUSTT
9. Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, et al., for the Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial II Investigators. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. N Engl J Med 2002; 346:877-83. MADIT II
10. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, et al, for the Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. Amiodarone or an implantable cardioverter defibrillator for congestive heart failure. N. Engl J Med 2005; 352: 225-37.
11. Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, et al., for the Comparison of Medical Therapy, Pacing and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) Investigators. Cardiac resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. N Engl J Med 2004; 350: 2140-50.
12. Kadish A, Dyer A, Daubert JP, et al., for the Defibrillators in Non-Ischemic Cardiomyopathy Treatment Evaluation (DEFINITE) Investigators. Prophylactic defibrillator implantation in patients with non ischemic dilated cardiomyopathy. N Engl J Med 2004; 350:2151-8.
13. Mele D, Toselli T, Dal Monte A, Guardigli G, Ceconi C, Ferrari R. Oltre la

dissincronia quali fattori determinano la risposta alla terapia di resincronizzazione cardiaca? G Ital Cardiol 2008; 9: 320-337.

14. Bobbio M. recensione a 'L. Bigliazzi: "Moltiplicazione cancro .Una donna in lotta contro il male del secolo" Venezia, Marsilio Editore, 1996.'



# Prospettive terapeutiche per lo Scompenso Cardiaco Acuto

di Mario Chiatto

Lo Scompenso Acuto è stato definito la “Cenerentola” della ricerca in ambito cardiovascolare per lo scarso interesse che ha ricevuto rispetto ad altre condizioni con pari o minore impatto clinico - prognostico ed economico - organizzativo. Basti pensare che i primi studi controllati su questa condizione patologica sono stati pubblicati nel 2002, e solo nel 2005 sono state pubblicate dalla Società Europea di Cardiologia Linee Guida dedicate. Questo nonostante lo Scompenso Cardiaco Acuto sia una condizione clinica gravata da una prognosi severa, con mortalità ad un anno del 30% e con elevata percentuale di riospedalizzazioni responsabili di costi rilevanti per i sistemi sanitari. Dati del Ministero della Sanità riportano che in Italia, dal 1996 al 2001, i ricoveri per scompenso sono aumentati del 40% e rappresentano la terza causa di ricovero in assoluto ed il primo DRG medico. Diversi studi condotti negli Stati Uniti ed in Europa hanno fornito importanti elementi di Epidemiologia Clinica. Tra questi il registro ADHERE, che ha raccolto dati relativi a circa 100.000 pazienti ospedalizzati per scompenso negli Stati Uniti, l'EHFS e l'OPTIMIZE - HF. I risultati sono sostanzialmente in linea con quelli dello studio italiano promosso dall'ANMCO che ha coinvolto unità operative con UTIC

su tutto il territorio nazionale, con lo scopo di descrivere le caratteristiche dei pazienti ricoverati per Scompenso Acuto, definirne il profilo clinico ed epidemiologico, la prognosi a breve e a sei mesi, il tipo di gestione intraospedaliera. Nel breve tempo di un mese 206 centri hanno arruolato 2.807 pazienti con Scompenso Acuto. La metà circa dei pazienti aveva all'ingresso edema polmonare acuto, l'8% entrava in ospedale in shock cardiogeno; quasi la metà erano anziani con più di 75 anni. I ricoverati erano quasi equamente suddivisi tra scompenso de novo ed in stabilizzazione di un precedente scompenso cronico. Quasi 2/3 giungevano direttamente da casa. La cardiopatia ischemica era l'eziologia prevalente, responsabile di circa la metà delle in stabilizzazioni. Tra i fattori precipitanti, l'infarto miocardico era al primo posto (20% dei casi), seguito dalle aritmie (15%) e dalla ipertensione arteriosa non controllata (13.4%). I farmaci più impiegati erano i diuretici, nella metà dei casi venivano impiegati i vasodilatatori, in 1/4 dei pazienti gli inotropi. Più del 90% eseguiva un ecocardio durante il ricovero. La durata mediana del ricovero era di 9 giorni, la mortalità in ospedale del 7.3%. Al follow - up a sei mesi la mortalità era del 22% e più di 1/3 dei pazienti veniva riospedalizzato. Tra i fattori



prognostici negativi indipendenti risultavano significativi l'azotemia elevata, l'innalzamento della tropoina, l'età avanzata, l'uso di inotropi, l'insufficienza renale. La terapia dello Scompensamento Acuto si avvale sostanzialmente di tre categorie di farmaci: i diuretici, gli inotropi, i vasodilatatori. Gli obiettivi immediati del trattamento sono diretti alla risoluzione dei sintomi ed alla stabilizzazione emodinamica. Non esistono prove che la terapia migliori la sopravvivenza e alcuni farmaci, gli inotropi in particolare, hanno mostrato effetti negativi. Nel corso degli ultimi anni la ricerca farmacologica ha prodotto una serie di molecole sulle quali si sono accese molte speranze per affrontare la fase acuta dello Scompensamento Cardiaco. Appartengono a questa categoria: gli inibitori della vasopressina, un ormone che viene attivato nelle fasi avanzate dello Scompensamento Cardiaco responsabile di vasocostrizione e ritenzione di liquidi. Due molecole sono state studiate. Il Conivaptan per via venosa ha mostrato un potente effetto diuretico dose dipendente senza significative influenze sugli elettroliti sierici. Il Tolvaptan somministrato per via orale ha mostrato anch'esso importanti effetti diuretici; ma non ha mostrato alcun effetto in uno studio sulla mortalità a lungo termine. Sono stati approvati ed impiegati rispettivamente in Europa e negli Stati Uniti il Levosimendan, un farmaco con attività inotropica e vasodilatante, e la Nesiritide, un analogo del BNP, con complesse proprietà vasodilatanti e diuretiche.

Il Levosimendan è un inotropo che si differenzia da Dobutamina ed inibitori

delle fosfodiesterasi in quanto agisce senza aumentare il calcio intracellulare ma aumentando la sensibilità della troponina al calcio. Ha inoltre, come già detto, effetto vasodilatante. È stato testato contro Dobutamina nello studio LIDO; in questo studio il Levosimendan ha mostrato una maggiore efficacia rispetto ai parametri emodinamici anche nei pazienti trattati con betabloccanti ed un effetto positivo sulla mortalità a sei mesi, un risultato inatteso su un end point non programmato. Questi risultati sulla prognosi non sono stati però confermati nello studio SURVIVE, che ha reclutato un numero di pazienti superiore a quello dello studio precedente. Il Levosimendan è un farmaco che ha bisogno di ulteriori conferme da trial clinici per i suoi effetti sulla mortalità, ma rappresenta, in pazienti selezionati, una possibile alternativa agli inotropi tradizionali. La Nesiritide è stata registrata negli Stati Uniti dove viene impiegata come vasodilatatore nello Scompensamento Acuto. Il farmaco ha dimostrato un importante effetto sui parametri emodinamici. Nello studio VMAC gli effetti sulla pressione capillare polmonare e sui sintomi sono stati confrontati con nitroglicerina e placebo. La Nesiritide si è dimostrata più efficace, ma una serie di successive analisi segnalava un aumento di mortalità da attribuire probabilmente a deterioramento della funzione renale nei pazienti trattati con questo farmaco. Anche per la Nesiritide sono pertanto necessari studi che ne confermino la sicurezza prima di poterla considerare di primo impiego nello Scompensamento Acuto. Tra l'altro sia la Nesiritide che il Levosimendan hanno

costi notevolmente superiori a quelli dei farmaci attualmente in uso per il trattamento dello Scompensamento Acuto. Se la ricerca farmacologica è fondamentale per migliorare la prognosi dei pazienti con Scompensamento Acuto è necessario sottolineare ancora una volta come sia indispensabile affiancare ad essa una buona organizzazione dell'assistenza ospedaliera che nelle Linee Guida europee 2008 ha un livello di raccomandazione 1°, e soprattutto una buona gestione della fase post - dimissione che veda impegnati senza soluzione di continuità l'ospedale ed il territorio, troppo spesso incapaci di assicurare al paziente quella continuità assistenziale che è indispensabile per una efficace ed efficiente gestione delle patologie croniche. Lo studio italiano ha documentato che un numero rilevante di pazienti alla dimissione non entrano in un percorso assistenziale e questa può essere una delle cause della cattiva prognosi dei pazienti dimessi dai nostri ospedali.



## Individuare e trattare la dislipidemia nei bambini e negli adolescenti: le nuove Linee Guida dell'Accademia Americana di Pediatria hanno una sufficiente evidenza?

di S. Scardi e G. Ceschia

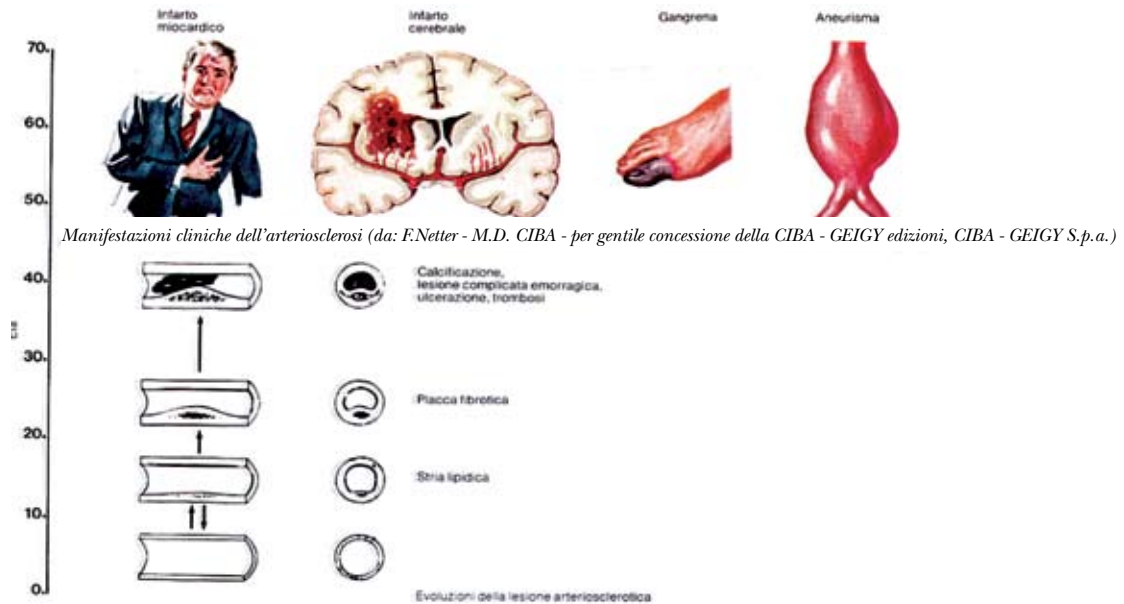
I livelli plasmatici dei lipidi crescono rapidamente nei primi anni di vita, si assestano intorno a 5 anni e tali si mantengono fino all'adolescenza. Tuttavia è ancora aperto il dibattito sulle strategie ottimali per lo screening universale o selettivo delle dislipidemie nei giovani. È probabile che un precoce e lungo contatto con elevati livelli di colesterolo LDL possa avere importanti "conseguenze" in età adulta. Infatti, dati epidemiologici (Am J Cardiol 1992, 70, 851), autoptici (Arteriosclerosis 1989, 9, Supp, 119) ed indagini con ecocardiografia intracoronarica (Circulation 2001, 103, 205) indicano che le lesioni aterosclerotiche iniziano nell'infanzia e sono in rapporto con i livelli plasmatici dei lipidi (Figura 1). Studi epidemiologici hanno dimostrato che i figli dei cardiopatici ischemici precoci (diagnosi di cardiopatia ischemica prima dei 55 anni negli uomini e dei 65 per le don-

ne) o i bambini con storia familiare di cardiopatia ischemica hanno spesso elevati livelli di fattori di rischio e precoci manifestazioni cliniche di aterosclerosi (Ital Heart J Supp 2004, 5, 14). Il numero dei bambini e degli adolescenti in soprappeso o francamente obesi aumenta ogni anno nei paesi occidentali, compresa l'Italia. Recenti ricerche suggeriscono che l'incremento di peso in gioventù si associa ad un maggior rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare in età adulta (NEJM 2007, 357, 2329). L'Accademia Americana di Pediatria (Daniels SR e al Pediatrics 2008, 122, 198) con le nuove raccomandazioni sulla gestione della dislipidemia nei giovani suggerisce lo screening ogni 3 - 5 anni del profilo lipidico a digiuno dei bambini fra i 2 e i 10 anni perché il tasso dei lipidi e delle lipoproteine nei giovani predice il loro livello in età adulta. Con queste indicazioni circa il

60 - 70% dei bambini dovrebbe essere esaminato e questo rappresenta un importante tallone di Achille per la spesa sanitaria.

### Il trattamento

Le stesse Linee Guida suggeriscono un trattamento farmacologico già per i bambini di età >8 anni con LDL >-130 mg/dL (o >-160 mg/dL se con storia familiare di cardiopatia coronarica precoce o presenza di >-2 fattori di rischio associati o >- 130 mg/dL in presenza di diabete mellito). Il target del trattamento è il raggiungimento di livelli di LDL <160 mg/dL e valori inferiori a 130 mg/dL se presente un'importante storia familiare di cardiopatia coronarica o se i giovani sono portatori di altri fattori di rischio (obesità, diabete mellito, sindrome metabolica, ecc.).



Manifestazioni cliniche dell'arteriosclerosi (da: F.Netter - M.D. CIBA - per gentile concessione della CIBA - GEIGY edizioni, CIBA - GEIGY S.p.a.)

Figura 1

Evoluzione naturale dell'arteriosclerosi (da: McGill H.C. Jr e coll.: *Natural history of atherosclerosis*. In: Sandler e Bourne: *Atherosclerosis and his origin*. Academic Press, New York, 1963)

## Commento

Il New York Times dell'8 luglio 2008 ha espresso qualche critica a queste aggressive Linee Guida così come alcuni articoli apparsi su importanti riviste scientifiche (NEJM 2008, 359,1309; Lancet 2008, Jul 19, 372,178; BMJ 2008, Jul 23,337, a886), in cui è sottolineato in particolare il rapporto rischio beneficio dell'uso di statine a lungo termine nei bambini. È nostra opinione che queste raccomandazioni sono eccessive in particolare quando si suggerisce l'utilizzazione di farmaci ipolipemizzanti. Un approccio conservativo limitato alla dieta e alle modificazioni dello stile di vita è più razionale al momento attuale e solo in casi particolari (ipercolesterolemia familiare) è ragionevole l'uso dei farmaci. L'inibizione della sintesi del colesterolo può avere nei giovani in crescita deleteri effetti sul sistema nervoso e sulla sintesi degli ormoni (Neuroimage 2008, 40,1044). I bambini non sono adulti di piccola taglia perciò non è possibile estrapolare ad essi i risultati ottenuti negli adulti. Scarse sono in letteratura le ricerche, in particolare quelle a lungo termine, sull'uso delle statine nell'infanzia (Ann Pediatr (Barc) 2008, 68,385), non abbiamo perciò prove sufficienti sulla

loro efficacia (riduzione degli eventi cardiovascolari in età adulta) e sulla loro sicurezza nel lungo periodo. Del resto la Food and Drug Administration ha approvato l'uso delle statine solo nei giovani e adolescenti con ipercolesterolemia familiare. Inoltre il decision making della strategia che prevede anche l'uso di farmaci deve tener conto non solo delle Linee Guida scientifiche, ma anche del parere del paziente e della famiglia, perché mancano dati sull'efficacia e sulla sicurezza delle statine nei giovani.

## Conclusioni

In conclusione è probabile che la dislipidemia sia in aumento nei giovani tenuto conto dell'incrementata incidenza di obesità e di sindrome metabolica in questa fascia di popolazione. Al momento attuale non sono disponibili evidenze tali per suggerire screening allargati non necessari (Pediatrics 2007, 120,2215) anche per la variabilità delle concentrazioni plasmatiche dei lipidi nell'infanzia e nell'adolescenza (Pediatrics 2006, 118,165). È corretto invece valutare selettivamente il livello dei lipidi nei bambini e negli adolescenti obesi o con diabete mellito e/o altri fattori di rischio e nei figli dei cardiopatici

ischemici precoci. In particolare la storia familiare di cardiopatia ischemica da sola serve ad individuare la maggior parte dei giovani con possibile dislipidemia (Ital Heart J Supp 2004, 5,14). Per predire la comparsa di lesioni aterosclerotiche nella popolazione giovanile è possibile utilizzare il Pathological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY risk score) (McMahan et al Arch Intern Med 2005, 165,883).

L'intervento in molti di questi soggetti con elevati livelli di lipidi può essere limitato all'utilizzo di strategie educative ed alimentari, all'incremento dell'attività fisica e all'azione sugli altri fattori legati alle abitudini di vita. L'uso di farmaci può attivare un percorso terapeutico nel quale i vantaggi e gli inconvenienti non sono attualmente ben conosciuti.

# Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro 2006 - 2009 della Dirigenza Medica e Veterinaria

di Giuseppe D'Auria



Riceviamo da parte del Dott. Giuseppe D'Auria, Segretario Regionale ANAAO - ASSOMED Puglia - e volentieri pubblichiamo - l'articolo a seguire, invitando anche altri ad inviarci contributi.

*Domenico Gabrielli*

In data 17 ottobre 2008 è stato siglato da tutte le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria il CCNL 2006 - 2009 quadriennio normativo e 2006 - 2007 biennio economico. Gli effetti giuridici ed economici sono decorsi dalla data della firma definitiva, quindi dal 18 ottobre 2008. Come dimostrato da una nota indagine condotta dall'ANAAO - ASSOMED poche Aziende Sanitarie hanno rispettato in passato i tempi previsti dal Contratto di Lavoro per la stipula dal così detto "Contratto Integrativo Aziendale" strumento indispensabile per gestire correttamente numerosi aspetti economico - organizzativi della categoria, pertanto con questo contratto (art. 4) si sono meglio definiti tempi e procedure per la contrattazione integrativa. Più precisamente sono stati ridotti i tempi delle procedure di avvio della contrattazione integrativa con la convocazione della Delegazione Sindacale entro 60 giorni dall'entrata in vigore del contratto. È stato introdotto il principio che la mancata presentazione della piattaforma contrattuale da parte delle OO.SS. non costituisce motivo valido per le Aziende per superare i tempi massimi previsti per l'avvio della contrat-

tazione. È stato introdotto l'obbligo per le Aziende di inviare la documentazione relativa alla costituzione dei fondi contrattuali alla Regione entro 30 giorni dalla firma del contratto e comunque ad ogni inizio di anno. Negli stessi tempi è obbligatorio presentare pari documentazione alle OO.SS. L'elemento di garanzia è che la contrattazione decentrata dovrà concludersi entro il termine perentorio di 150 giorni dalla sottoscrizione del contratto (marzo 2009).

L'art. 5 riprende l'art. 9 del precedente contratto sancendo l'importanza del tavolo di "coordinamento regionale" per una serie di importanti indirizzi operativi alle Aziende in termini di organizzazione del lavoro, formazione, libera professione etc. aggiungendo due nuovi aspetti quale il grado di soddisfazione dell'utenza e i criteri per le modalità di riposo nelle 24 ore, meglio definito all'art. 7 del contratto in questione.

L'art. 6 tratta del Sistema degli Incarichi e dello Sviluppo Professionale; viene confermata l'importanza strategica degli incarichi professionali, affermando che le tipologie degli incarichi, sia di natura professionale che gestionale, in quanto manifestazioni di attribuzioni diverse ma di pari dignità ed importanza, rappresentano espressione di sviluppi di carriera che possono raggiungere una analoga valorizzazione economica, nel quadro della graduazione delle funzioni.

Del tutto innovativo è l'art. 7 intitolato "Protezione e tutela dei Dirigenti e degli utenti - Disposizione in materia

di riposo giornaliero". La problematica relativa ai riposi giornalieri ha dovuto tener conto della legge 133/2008 che ha abolito l'applicazione degli articoli 4 e 7 del DL 66/03, per quanto riguarda la Dirigenza Medica, privando i medici stessi del diritto soggettivo al riposo di 11 ore tra l'espletamento di un turno ed il successivo; è stato inoltre recuperato il diritto al riposo settimanale e non ogni 14 giorni, come previsto dalla citata legge 133/08. L'orario di lavoro massimo rimane di 38 ore settimanali più 250 ore annue a titolo di lavoro straordinario.

In pratica la contrattazione integrativa aziendale dovrà definire la modalità di riposo nelle 24 ore e prevedere, dopo la effettuazione del turno di servizio notturno la fruizione immediata di un adeguato periodo di riposo, al fine di evitare il rischio di causare incidenti professionali conseguenti a stanchezza, fatica o altri fattori che riducono l'efficienza della prestazione professionale.

Anche l'art. 12 afferma un principio innovatore nel Contratto di Lavoro del Dirigente Medico. Si afferma l'impegno delle parti a definire nella sequenza contrattuale (secondo biennio economico) un sistema sperimentale più elastico in materia disciplinare e comportamentale, le così dette "sanzioni intermedie", in caso di inadempienze e comportamenti sanzionabili dal punto di vista disciplinare in quanto, attualmente l'unico provvedimento disciplinare che si può adottare verso il Dirigente Medico sanzionabile è il recesso.



All'art. 13 viene introdotto il recesso del Dirigente, nel caso egli venga arrestato perché colto in flagranza nel commettere reati di peculato, corruzione o concussione e l'arresto sia convalidato dal Giudice per le indagini preliminari.

L'art. 16 introduce nuove norme al fine di rendere più trasparenti le decisioni in merito alla tutela assicurativa e di favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio, mediante l'introduzione di sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei. Le Aziende si impegnano a dare ai Dirigenti Medici tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni e modalità delle coperture assicurative e della tutela legale assicurando la massima informazione e trasparenza, anche mediante comunicazioni periodiche, idonee a fornire il costante aggiornamento dei Dirigenti sulle garanzie assicurative in atto.

Gli articoli dal 17 al 26 trattano tutti gli aspetti economici del contratto. All'art. 28 "Norme finali e transitorie", le parti negoziali, in considerazione del ritardo con il quale sono state avviate le trattative rispetto all'inizio del quadriennio 2006 - 2009 e del biennio economico 2006 - 2007, hanno ritenuto prioritario concludere questa fase negoziale in tempi brevi e pertanto hanno concordato unanimemente di rinviare eccezionalmente ad un'apposita sequenza contrattuale, integrativa del presente contratto alcune tematiche di particolare interes-

se, ed in particolare:

- ulteriore valorizzazione del secondo livello di contrattazione Aziendale;
  - riordino complessivo del sistema degli incarichi gestionali e professionali;
  - disciplina della flessibilità del rapporto di lavoro alla luce della legge 133/08;
  - regole sulla formazione;
  - verifica del sistema di valutazione;
  - individuazione di un sistema sperimentale di procedure e sanzioni a carattere disciplinare;
  - idonea disciplina in materia di copertura assicurativa e tutela legale, sulla base delle risultanze di una Commissione paritetica;
  - problematiche relative al risk - management ed alla sicurezza sul lavoro.
- In pratica si è rinviato al tavolo contrattuale del secondo biennio economico (2008 - 2009) il confronto su una serie di importanti argomenti che incideranno non poco sull'organizzazione del lavoro, la progressione professionale, quella economica e più precise garanzie per i dirigenti medici. In effetti il 22 dicembre 2008 si è aperta all'ARAN la trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro, secondo biennio economico, con l'illustrazione ufficiale dell'atto di indirizzo approvato dal Consiglio dei Ministri il 18 dicembre. La proposta economica è quella fatta propria dalla Legge Finanziaria per il 2009 e prevede aumenti a regime pari al 3,2% (aumenti che non compensano nemmeno il tasso di inflazione per il

2008). L'aumento mensile medio lordo sarebbe di 22 € al mese per il 2008 e di ulteriori 157 € lordi al mese per il 2009 per un complessivo aumento a regime di 179 € lordi al mese. Non vi è alcuna ipotesi di rivalutazione dell'esclusività di rapporto. Il Consiglio dei Ministri ha inoltre ribadito che le code contrattuali (assicurazioni, provvedimenti disciplinari, progressione degli incarichi ecc.) non dispongono di finanziamenti e non possono comportare oneri aggiuntivi. Nel corso dell'incontro all'ARAN tutte le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria hanno completamente respinto i contenuti dell'Atto di indirizzo proposto, chiedendo una riformulazione dell'intero Atto di indirizzo rendendolo più aderente alle aspettative dell'intera categoria. Si è in attesa di conoscere le determinazioni della parte pubblica.





## Consenso informato: stato e prospettive

di Ornella Mafrici

**A**ppare arduo potere trattare in poche colonne il tema del consenso informato che, negli ultimi anni, è stato indiscusso protagonista in materia di responsabilità medica. L'obbligo del medico di informare il paziente, non essendo previsto da una specifica disposizione di legge, ha trovato, fino ad oggi, il suo esclusivo fondamento nella Carta Costituzionale, nel Codice di deontologia medica, nelle norme ordinarie e nei trattati ed accordi internazionali. Sulla base degli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione, si è ritenuto che la mancanza di informazione del medico al paziente violasse, da un lato, il diritto del paziente stesso all'autodeterminazione, dall'altro, il diritto a non essere sottoposto a trattamenti sanitari contro la sua volontà ed il diritto alla salute. Tra le norme di rango ordinario, in materia di consenso, ricordiamo, fra le altre, l'art. 33 L. 833/78 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) secondo cui "Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari[...] devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato", l'art. 4 L. 458/67 che prevede l'obbligo del consenso del paziente al trapianto, in assenza di uno stato di necessità, l'art. 14 della L. 194/78, sulla base del quale il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve "fornire alla

donna le informazioni[...]"; l'art. 121 DPR 309/90 secondo cui "il servizio pubblico per le tossicodipendenze [...] ha l'obbligo di chiamare la persona segnalata per la definizione di un programma terapeutico e socio - riabilitativo".

Negli accordi internazionali si fa espresso riferimento al consenso libero ed informato come nei "Principi concernenti la procreazione umana artificiale" (Consiglio d'Europa 1989), nella Dichiarazione Europea sulla promozione dei diritti del paziente (Amsterdam 1994), nella Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (Oviedo 1997). Anche secondo la giurisprudenza più recente l'obbligo di informare il paziente è stato ritenuto sussistere non solo, come in passato, nei casi in cui fossero in serio pericolo la vita o l'incolumità fisica del paziente (Cass. n. 1950/67, n. 2439/75, n. 1132/76, n. 3908/68), ma anche in relazione a qualsiasi attività medica (attività chirurgica, diagnostica e strumentale) che potesse comportare un qualsiasi rischio.

I giudici di via Cavour, con un orientamento diffuso, hanno ritenuto che nel caso di omesso consenso, il medico rispondesse dell'insuccesso dell'intervento anche in mancanza di colpa (Cass. n. 5444/2006). L'illecito del medico non è stato individuato nel mancato rispetto delle *leges artis* ma nell'omessa informazione che ha impedito al paziente di rifiutare



*La cura degli infermi, Manoscritto Gaddiano*

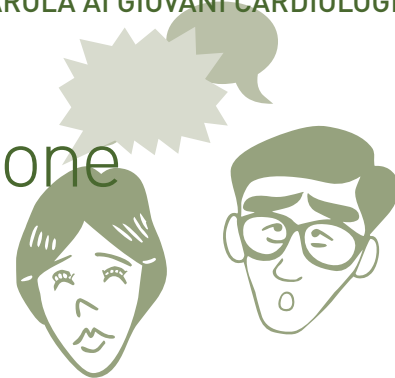
l'intervento. L'obbligo di informare il paziente, specie in sede civile, è stato posto a fondamento di numerose decisioni: la giurisprudenza infatti ha ritenuto, fra l'altro, che l'informazione fosse indispensabile per la validità del consenso (Cass. n. 14638/2004), che dalla sottoscrizione di un modulo del tutto generico non fosse possibile desumere la correttezza dell'informazione medico - paziente (Cass. n. 24791/2008) che, al di fuori dei casi di TSO o in cui ricorresse uno stato di necessità, in mancanza di consenso informato, l'intervento del medico fosse "illecito", anche quando fosse nell'interesse del paziente, per violazione del diritto di libertà dell'individuo, di scelta del trattamento e del diritto alla salute che comportano anche il possibile rifiuto della terapia e la decisione di interromperla anche in fase terminale (Cass. n. 21748/2007). In più occasioni, la giurisprudenza ha avuto modo di indicare che il consenso potesse essere prestato in qualunque forma, anche orale (il noto DDL Calabrò prevede solo la forma scritta e sottoscritta), così come i contenuti di una corretta informazione del paziente che in sintesi sono: la natura dell'intervento o dell'esame e cioè se sia demolitivo, invasivo, doloroso, farmacologico, manuale, strumentale ecc., la portata e l'estensione dell'intervento, con l'indicazione dei distretti

corporei interessati, i rischi anche se ridotti, la possibile percentuale di successo, gli effetti collaterali, la possibilità di conseguire il medesimo risultato attraverso altri interventi ed i rischi di tali interventi, le eventuali inadeguatezze della struttura. Per essere efficace il consenso deve essere prestato da persona capace di intendere e di volere e, in mancanza, da chi ne ha la rappresentanza legale (genitore o tutore). Innovativa, in sede penale, è la sentenza della Corte di Cassazione, a sezioni unite, n. 2.437 del 28.01.2009 che, a fronte della diversità di orientamenti giurisprudenziali in materia di consenso, ha statuito che ove il medico sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico diverso da quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato e tale intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli, si sia concluso con esito fausto, nel senso che ne è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento, anche alle alternative ipotizzabili e senza che vi fosse il parere contrario del paziente, tale condotta, anche in mancanza di consenso, è priva di rilevanza penale, non essendo configurabile né il reato di lesioni colpose né quello di violenza privata. In tale contesto normativo e giurisprudenziale si colloca l'art. 2 delle Disposizioni in materia di

alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento (DDL Calabrò) che, così come emendato l'11.03.2009 dalla Commissione Sanità del Senato, prevede "Salvo i casi espressamente previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole". L'obiettivo del Legislatore sembra essere quello di volere regolare la materia del consenso informato anche se il diritto all'autodeterminazione rischia di essere seriamente compromesso ove, contestualmente, fosse sancito il divieto di sospendere le cure salva vita. È innegabile che il consenso costituisca già un principio di diritto ed il cardine deontologico della medicina, ma potrà solo una norma ristabilire l'alleanza terapeutica tra medico e paziente e non trasformarsi in una mera "finzione legale"?

# Giovani Cardiologi e l'auscultazione cardiaca

di Rosa Pecoraro



73



*Ernest Board, Laennec auscultata il cuore di un paziente*

“È vero che nella scienza ciò che contano sono i dati, ma è anche vero che un ammasso di dati non è scienza più di quanto un mucchio di pietre sia una casa...”

**Henri Poincaré da “La scienza e l'ipotesi”**

Lo stetoscopio, questo strumento che ci penzola dal collo, che pesa sulla nostra nuca durante le nostre giornate, o che aggrovigliato si incastra fra gli appunti nelle tasche del nostro camice... Questo mezzo di amplificazione acustica del nostro esame obiettivo viene oggi troppo poco usato? Abbagliati dalle immagini, dalla possibilità di “vedere” l'oggetto del nostro studio direttamente sullo schermo dell'ecografo, sopra - alimentati dapprima dalle immagini, M - mode, bidimensionali, color, dall'analisi Doppler, dalle immagini angiografiche fino al recente potenziamento esplosivo delle metodiche di imaging TC e RMN che ci permettono sempre più di “vedere” ciò che un tempo vedeva solo il chirurgo o l'anatomo patologo, non stiamo forse relegando questo antico quanto valido strumento ad un ruolo sempre meno preponderante?

In un elegante e stimolante articolo pubblicato di recente sul Journal of Cardiovascular Medicine il Dott. Dolara<sup>1</sup> ci ricorda l'importanza dell'auscultazione cardiaca come strumento indispensabile e fonte di moltissime informazioni per il medico, anche nell'epoca moderna. La sua invenzio-



ne risale agli inizi del XIX secolo ed è attribuita al medico francese René Théophile Hyacinthe Laennec, nato a Quimper nel 1781. All'età di 14 anni Laennec iniziò a studiare medicina con uno zio, medico a Nantes. Fu allievo di Corvisart (medico di Napoleone) che introdusse nella diagnostica il principio della percussione, che venne sistematicamente approfondita da Laennec. Durante le guerre civili nel 1799 e nel 1800 René Laennec prestò la sua opera di chirurgo nell'esercito e nel 1801 andò a Parigi per seguire corsi universitari di medicina. Studiò approfonditamente i problemi dell'anatomia patologica e della medicina clinica. Morì all'età di 45 anni, affetto da tubercolosi polmonare. La sua invenzione ebbe un enorme successo, ma non subito. Va ricordato che lo stetoscopio all'inizio si diffuse perché nel 1800 non era consentito auscultare con l'orecchio il petto di una donna e lo stetoscopio risolveva egregiamente questo problema di costume. Oggi lo stetoscopio è usato dai medici di tutto il mondo per auscultare il cuore e i polmoni di milioni di pazienti.

L'origine stessa del termine stetoscopio (dal greco *στήθος*, *stéthos* petto, e *σκοπή*, *skopé* osservazione) sta a ricordarci che la sua invenzione nacque dall'esigenza di guardare al di dentro, di scoprire ed amplificare ciò che non si può vedere. Ma allora, nell'epoca moderna, in cui le apparecchiature ci consentono oramai di vedere strutture in movimento in tempo diretto, di analizzare la patofisiologia del cuore e dei vasi... Ci si potrebbe chiedere a cosa serva ancora questo strumento diagnostico appeso al nostro collo.

Possiamo forse farne a meno?

La nuova generazione di Cardiologi ha ricevuto una formazione molto diversa rispetto all'epoca in cui la necessità aguzzava l'ingegno e quella stessa necessità di conoscere stimolava a cercare di scoprire con tutti i sensi l'ignoto. Oggi le informazioni acquisibili grazie alle nuove metodiche diagnostiche, la loro facile accessibilità ed il possesso delle tecnologie di imaging (sempre più agevoli, di dimensioni ridotte e trasportabili) hanno smorzato l'esigenza del clinico, la fame di vedere e sentire, alimentando la credenza che un numero sempre maggiore di informazioni arricchisca di per sé la conoscenza. La diagnosi però si avvale non solo delle informazioni ottenute, ma soprattutto della relazione tra esse, grazie alla capacità e all'esperienza del clinico di correlare le varie espressioni all'interno di un fenomeno clinico.

I saggi clinici ci insegnano che un esame obiettivo attento e completo, eseguito nelle condizioni ambientali migliori possibili, unito ad un'anamnesi accurata, ci fornisce nella maggior parte dei casi la diagnosi e, nei casi ove ciò non sia possibile, ci consente di guidare l'iter diagnostico, mirando l'indicazione agli esami strumentali in base ai reperti obiettivi, evitando così un utilizzo massivo, incoordinato, delle metodiche di imaging. Non dimentichiamo inoltre che l'auscultazione è il mezzo diagnostico di maggior fattibilità, maneggevolezza e trasportabilità e ci consente di valutare in tempo reale l'evoluitività di una patologia (intensità di un soffio, comparsa di un soffio nuovo...).

Il medico di un tempo, privo della

tecnologia, possedeva l'arte della medicina nelle sue mani ed in pochi strumenti rudimentali a sua disposizione. L'esame obiettivo quindi, comprensivo di un'attenta auscultazione, metteva il medico in una relazione anche fisica con il paziente il quale, percependo l'aspetto non solo tecnico ma anche umano del gesto, riceveva di per sé un iniziale effetto terapeutico dato dalla relazione empatica. Durante la formazione clinica del medico odierno solo una minima parte viene dedicata all'insegnamento della auscultazione cardiaca e questo, unitamente allo sviluppo tecnologico ha senz'altro contribuito al suo declino. Ma, come ricordato dal Dott. Dolara, pur non potendo e non dovendo prescindere dalle metodiche ultrasonografiche in loro possesso, le nuove generazioni di medici e di Cardiologi dovrebbero utilizzare l'auscultazione come un'arma imprescindibile di completezza e di comprensione del paziente e della patologia nella loro interezza, orientando così il processo clinico. A noi giovani, quindi il compito di perpetuare quest'arte, applicandone la potenza diagnostica nell'attività clinica quotidiana e rimandando così ancora di molto l'avvio prematuro dello stetoscopio al suo posto d'onore all'interno del museo della Medicina.

#### Bibliografia

1. Alberto Dolara, The decline of cardiac auscultation: 'the ball of the match point is poised on the net', *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2008 Nov;9(11):1173-4.
2. <http://www.cascinamacondo.com>
3. Sztajzel JM, Picard - Kossovsky M, Lerch R, Vuille C, Sarasin FP, Accuracy of cardiac auscultation in the era of Doppler - echocardiography: A comparison between cardiologists and internists.



# Cuore e cardiopatie nelle ricerche di Erofilo di Calcedone

*di Giuseppe Squillace*

**O**riginario di Calcedone, piccolo centro in Asia Minore, Erofilo visse tra la fine del IV e la prima metà del III secolo a.C. Discepolo di Prassagora di Cos, apprese dal maestro i fondamenti della sua scienza medica seguendone le lezioni a Cos o più probabilmente ad Alessandria d'Egitto dove avrebbe trascorso gran parte della sua vita. Le sue ricerche in campo medico trovarono alimento nella massiccia opera di mecenatismo svolta dal re Tolomeo II Filadelfo che proprio ad Alessandria raccolse intellettuali di fama come gli ingegneri Ctesibio e Archimede, il matematico Euclide, l'astronomo Aristarco, il medico Erasistrato. Avvalendosi degli insegnamenti di Prassagora, delle strutture del Museo di Alessandria e dell'ingente patrimonio librario raccolto nella biblioteca della città, Erofilo poté portare avanti le sue ricerche raggiungendo risultati ragguardevoli. In particolare, partendo dagli studi del maestro su vene, arterie, battiti del polso, sviluppò una sua teoria in merito alle pulsazioni. Chiarendo poi ulteriormente la distinzione tra arterie, rilevò la differenza di spessore tra di esse e indicò nelle vene i condotti che dal ventricolo destro si diramavano lungo tutto il corpo, nelle arterie i condotti che avevano nel ventricolo sinistro il loro punto di irraggiamento.

I frammenti superstiti delle opere di Erofilo sono stati raccolti da Heinrich von Staden (Herophilus. "The art of medicine in early Alexandria", Cambridge 1989). Proprio da essi è possibile ricavare una serie di notizie relative agli studi di Erofilo sul cuore e sulle patologie ad esso correlate. Il medico di Calcedone distinse le pulsazioni dalle palpitazioni. A suo dire, infatti, le pulsazioni investigano le arterie e il cuore, le palpitazioni, unitamente a tremori e spasmi, coinvolgevano invece muscoli e nervi. Inoltre, mentre le pulsazioni erano movimenti naturali e involontari che accompagnavano l'essere vivente dalla nascita alla morte, palpitazioni, tremori e spasmi costituivano movimenti sporadici e innaturali che potevano assumere carattere patologico (frammenti 149 - 152). Secondo Erofilo, il ritmo innaturale delle pulsazioni era prima causa di spasmi, poi di tremori, infine di palpitazioni, ciascun fenomeno di intensità più sostenuta rispetto al precedente. Sulla base di questa teoria le palpitazioni si configuravano, secondo il medico di Calcedone, come una vera e propria patologia a carico dell'apparato cardiocircolatorio: se la pulsazione era un'attività del cuore, di contro la palpitazione rientrava nella sfera delle malattie ovvero dei movimenti contro natura (frammento 153). Erofilo distinse nei movimenti del



cuore la sistole e la diastole: una dilatazione delle arterie la prima, un ritorno del corpo alla posizione iniziale la seconda (frammento 157). Arrivò a distinguere le pulsazioni in funzione di ritmo, grandezza, velocità e veemenza. Differenze, queste, dettate dalla presenza di patologie, dalle stagioni, dallo stile di vita (frammenti 162 - 163). Diede nomi precisi e piuttosto particolari ai differenti tipi di pulsazione distinte in "pulsazione che sparisce", "pulsazione che si ferma", "pulsazione che ritorna", "pulsazione che salta come una gazzella", "pulsazione che trema", "pulsazione a forma di coda di topo" (frammenti 168 - 169). Di alcune di esse le fonti hanno conservato la spiegazione. Ad esempio, era detta "a gazzella" la pulsazione formata da battiti anomali e irregolari: fenomeno, questo, che si verificava nel caso l'arteria interrompesse il suo movimento naturale. In tal caso la ripresa del movimento della pulsazione avveniva in forma scattante, proprio come il passo di una gazzella. Tali pulsazioni irregolari potevano portare col tempo anche a vere e proprie patologie cardiache: è quanto Erofilo aveva verificato su un suo paziente affetto prima da pulsazione a gazzella, poi da cardiopatia (frammento 170).

Accostando il tempo della sistole a quello della diastole Erofilo arrivò ancora a diagnosticare patologie cardiache già in corso e a rilevarne la gravità. Avendo stabilito infatti dei parametri di normalità nella valutazione del ritmo cardiaco e dei movimenti di sistole e diastole, egli, sulla base dell'allontanamento da essi, poté rilevare quanto fosse grave la patolo-

gia e quali danni avesse già procurato (frammento 175). Il medico di Calcedone segnalò ancora il cambiamento del ritmo delle pulsazioni: da quelle più blande in età infantile, a quelle più forti in età adulta, via via sempre più marcate in relazione all'avanzare dell'età (frammenti 177 - 181).

Pur vissuto tra IV e III secolo a.C. e disponendo di strumenti diagnostici assai limitati e rudimentali rispetto a quelli di oggi, tuttavia le scoperte di Erofilo ebbero notevoli ripercussioni sulle future ricerche nel settore della medicina. Non più sede della ragione fin da Alcmeone di Crotona (VI secolo a.C.), con Erofilo il cuore e i movimenti ad esso correlati diventarono oggetto di studi specifici favoriti anche dalla pratica della dissezione e della vivisezione ampiamente impiegate ad Alessandria sui condannati a morte. Progressi rilevanti quelli del medico di Calcedone il quale stilò un preciso collegamento tra le disfunzioni nella pulsazione e le malattie e, pur senza arrivare a teorizzarlo, fu molto vicino al concetto di "pressione arteriosa": il tutto in un contesto culturale all'avanguardia sostenuto dal re Tolomeo II Filadelfo, il quale favorì al contempo filologia e poesia, architettura e matematica, astronomia e medicina nella consapevolezza che tutte queste scienze avrebbero dato lustro a lui e alla sua dinastia ma anche progresso e benessere a tutto il regno.

Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri



Fondazione Italiana per la Lotta  
alle Malattie Cardiovascolari

FIRENZE  
FORTEZZA DA BASSO  
4-7 GIUGNO 2009

## 40° CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ANMCO

Ricerca, innovazione  
e qualità

Per l'Operatore Sanitario >>>

## IL CINQUE PER MILLE PER IL TUO CUORE

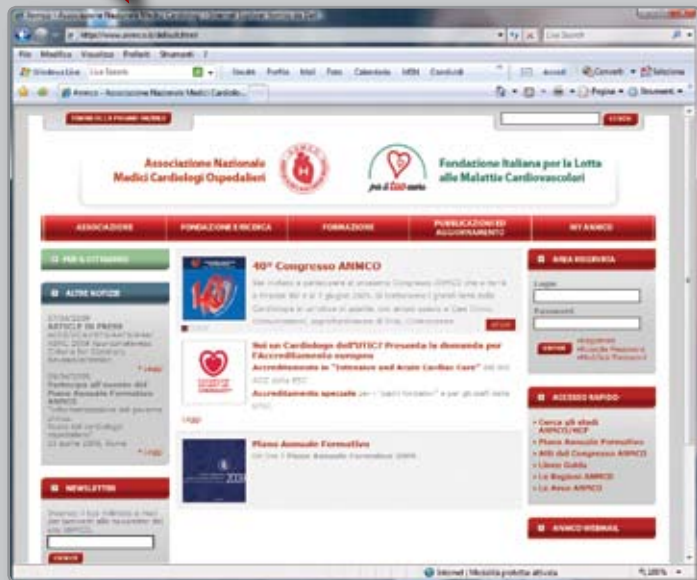
C'è più cuore nella tua prossima Dichiarazione dei redditi. Con una tua firma e l'indicazione del Codice Fiscale 94070130482 puoi destinare il cinque per mille dell'IRPEF alla Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF ONLUS. Per aiutare la lotta alle malattie cardiovascolari basta un piccolo gesto.

Quest'anno il  
**5xMille**  
è per il tuo cuore

Per Il Cittadino >>>

# UN NUOVO SITO WEB

per la comunicazione  
tra il Cardiologo e il Cittadino





ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification

