

# cardiologia

## negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

NOVEMBRE • DICEMBRE 2010 N° 178

### “Il Valore della Vita”

La prima Campagna di Sensibilizzazione dei Cittadini Italiani per la Lotta all'Infarto Miocardico

12 - 20 febbraio 2011

La nuova Campagna della Fondazione *“per il Tuo cuore”*

### Dalla FIC

un saluto a tutti i Cardiologi italiani

### ESC Window

Uno sguardo oltralpe e al di là del mare

Fondazione, Area Prevenzione e Scuola: **una lunga storia... dai banchi al WEB**

### Il Mediatore

tra Medico e Paziente

### Berlino,

giovani Cardiologi in cerca di assistenza... ventricolare meccanica!

**Il cuore delle note, le note...**

### García Lorca,

il poeta della libertà



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



## TORNARE ALLA VITA E DALLE PERSONE CHE AMI.

OGNI ANNO OLTRE **130.000 PERSONE**  
SONO COLPITE DA INFARTO.  
MA SE TI **CURI SUBITO** E CONTINUI  
A FARLO PUOI **TORNARE A VIVERE.**

**Il valore della vita** nasce con l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sulla diffusione delle malattie cardiovascolari affinché sempre più persone colpite da infarto possano riacquistare il proprio benessere e prevenire un secondo attacco. Dai valore alla tua vita.



[ilvaloredellavita.it](http://ilvaloredellavita.it)

**DAI VALORE**  
ALLA TUA VITA

È un progetto





In copertina foto del  
Rockefeller Center,  
New York City



N. 178 novembre/dicembre 2010  
Rivista ufficiale dell'Associazione  
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor  
Mario Chiatto

Co - Editor  
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione  
Maurizio Giuseppe Abrignani  
Pasquale Caldarola  
Fabrizio Giovanni Oliva  
Serena Rakar  
Roberto Valle

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

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

Direttore Responsabile  
Gennaro Santoro

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

Stampa  
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto Grafico e Impaginazione  
Studio Mirannalti - Fiesole (FI)

**DAL PRESIDENTE**  
"Il Valore della Vita". p. 3  
La prima Campagna di  
Sensibilizzazione dei Cittadini Italiani  
per la Lotta all'Infarto Miocardico  
di Marino Scherillo



**LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" ONLUS RISPONDE**  
Progetto GISSI Outliers. p. 6  
Studio CAPIRE (Coronary  
Atherosclerosis in outlier subjects:  
Protective and Individual Risk factor  
Evaluation)  
di A. P. Maggioni, M. Magnoni,  
A. Maseri

12 - 20 febbraio 2011. p. 7  
La nuova Campagna della  
Fondazione "per il Tuo cuore".  
Obiettivo: educazione dei cittadini e  
sostegno della ricerca indipendente  
in Cardiologia  
di Francesco Chiarella

**DALLA FIC** p. 9  
Un saluto a tutti i Cardiologi italiani  
di Francesco Romeo

**DAL CENTRO STUDI** p. 11  
Corso avanzato di formazione su  
metodologia, strategie e tecniche  
della Ricerca Clinica: un bilancio  
della prima edizione, aspettando nel  
2011 la successiva  
di M. Ceseri, L. Cipressa, E. Baldini

**ESC WINDOW** p. 13  
Uno sguardo oltralpe e al di là  
del mare ai Paesi che fanno parte  
come noi della Società Europea di  
Cardiologia  
di M. Lettino e P. Faggiano

**DALLE AREE**  
**AREA ARITMIE** p. 17  
Considerazioni sull'attività dell'Area  
Aritmie nel biennio 2009 - 2010  
di Massimo Zoni Berisso  
Sempre al servizio della p. 20  
Comunità cardiologica: siamo partiti  
con una nuova iniziativa  
di Massimo Zoni Berisso

**AREA EMERGENZA - URGENZA** p. 21  
Una riflessione sull'attività dell'Area  
Emergenza - Urgenza nel biennio  
2009 - 2010  
di G. Fradella e M. Lettino

**AREA INFORMATICA** p. 24  
Una seconda giovinezza per  
l'Ecocardiografia?  
di Guido Giordano



<b>AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE</b>			
Amarcord ...	p. 27		
<i>di Andrea Rubboli</i>			
<b>AREA MANAGEMENT &amp; QUALITÀ</b>	p. 30		
L'orientamento all'Utente/Cliente come stimolo al miglioramento continuo. L'esperienza del Questionario conoscitivo dell'ANMCO Piemonte e Valle D'Aosta			
<i>di P. Corsetti, E. Pasini, D. Pavan, G. Italiani, V. Lenti, G. Levantesi</i>			
I risultati dell'indagine di soddisfazione condotta nelle 27 Cardiologie Certificate	p. 32		
<i>di P. Caldarola, E. Pasini, O. Pitocchi</i>			
<b>AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE</b>			
Fondazione, Area Prevenzione Cardiovascolare e Scuola, una lunga storia... dai banchi al WEB	p. 35		
<i>di Stefano Urbinati</i>			
<b>DALLE REGIONI</b>			
<b>ABRUZZO</b>	p. 38		
Registro Regionale Abruzzese delle SCA: un contributo alla progettazione della Rete per l'Emergenza Cardiologica			
<i>di D. Di Clemente, L. Paloscia, G. Levantesi</i>			
<b>CALABRIA</b>	p. 40		
KROTON 2010: Up - date in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione			
<i>di Mario Chiatto</i>			
Lettera all'Onorevole Giuseppe Scopelliti a cura del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria	p. 43		
<b>CAMPANIA</b>	p. 44		
XVIII Congresso di Cardiologia dell'ANMCO Campania			
<i>di Giovanni Gregorio</i>			
<b>MARCHE</b>	p. 46		
Aggiornamenti e controversie in tema di Imaging Cardiovascolare			
<i>di Luigi Minutiello</i>			
Lettera aperta del nuovo Presidente Regionale ANMCO Marche	p. 47		
<i>di Luigi Minutiello</i>			
<b>PIEMONTE E VALLE D'AOSTA</b>	p. 54		
La consulenza cardiologica preoperatoria: «fare ciò che serve quando serve».			
Dalle Linee Guida alla pratica clinica.			
<i>di S. Luceri e M. R. Conte</i>			
<b>PUGLIA</b>	p. 58		
La Syncope Unit in Puglia			
<i>di V. Lopriore, R. Troccoli, G. Santoro</i>			
<b>SARDEGNA</b>	p. 60		
Il cuore nell'Isola: collaborazione, conoscenza, innovazione			
<i>di Bruno Loi</i>			
<b>SICILIA</b>	p. 62		
Grande successo del Congresso Regionale ANMCO Sicilia			
<i>di E. Mossuti e A. Nicosia</i>			
<b>TOSCANA</b>	p. 64		
La differenza tra Costo e Valore. Una differenza importante			
<i>di Giancarlo Casolo</i>			
<b>UMBRIA</b>	p. 67		
Di quanto ridurre la pressione arteriosa? Più ombre che luci...			
<i>di Paolo Verdecchia</i>			
<b>ASSOCIAZIONI PER IL CUORE E DINTORNI</b>			
Cosenza Cuore Onlus	p. 69		
<i>di G. Misuraca e R. Caporale</i>			
<b>FORUM</b>	p. 71		
È possibile translare in Italia il Programma Euroaction per la Prevenzione Primaria e Secondaria della Cardiopatia Ischemica?			
<i>di Sabino Scardi</i>			
<b>FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO</b>			
Il nuovo CCNL della Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN, le "code" contrattuali	p. 74		
<i>di Domenico Gabrielli</i>			
<b>IL PARERE LEGALE</b>	p. 76		
Il Mediatore tra Medico e Paziente			
<i>di Ornella Mafri</i>			
<b>LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI</b>			
Berlino: giovani Cardiologi in cerca di assistenza...ventricolare meccanica!	p. 78		
<i>di Alessandro Verde</i>			
<b>NORD CHIAMA SUD, SUD CHIAMA NORD. FOTOGRAFIE DELL'ATTIVITÀ INFERMIERISTICA</b>			
Intervista a Antonio Boscolo	p. 80		
<i>di Roberto Valle</i>			
Intervista a Elisa Armenise e Mariella Galietti	p. 80		
<i>di Francesco Tota</i>			
Primo Censimento degli Ambulatori Infermieristici dedicati allo Scompensamento Cardiaco nella Regione Veneto	p. 85		
<i>di S. Barro, E. Sartori, R. Valle, A. Anzoletti Boscolo</i>			
<b>COME ERAVAMO</b>	p. 88		
Piccola storia della Medicina Cardiovascolare			
<i>di Maurizio G. Abrignani</i>			
<b>VIAGGIO INTORNO AL CUORE</b>	p. 91		
Il cuore delle note, le note...			
<i>di Rocco Abate</i>			
L'"intelligenza del cuore" e la via labirintica	p. 94		
<i>di Maria Luisa Morrone</i>			
<b>I VERSI DEL CUORE</b>	p. 97		
García Lorca: il poeta della libertà			
<i>di Silvana Ruffolo</i>			





## “Il Valore della Vita”

### La prima Campagna di Sensibilizzazione dei Cittadini Italiani per la Lotta all’Infarto Miocardico

È un originale format di ANMCO e Fondazione “*per il Tuo cuore*” di comunicazione multimediale e multimodale per la promozione della salute cardiovascolare che ha realizzato 80 milioni di contatti.

DI MARINO SCHERILLO

“*Dai Valore alla Tua Vita*” è l’incipit della prima *Campagna Sociale* promossa dal Consiglio Direttivo ANMCO e dalla Fondazione “*per il Tuo cuore*” con il supporto di Astra Zeneca, per la sensibilizzazione dell’opinione pubblica sull’importanza di salvaguardare la salute del cuore con un focus sui rischi legati all’infarto e al post - infarto miocardico. Il **Comitato Scientifico** del Progetto è costituito da Maurizio G. Abrignani, Pompilio Faggiano, Francesco Mazzuoli, Gian Luigi Nicolosi, Marino Scherillo, Pier Luigi Temporelli, Massimo Ugucioni e Stefano Urbinati. L’iniziativa mira a creare una maggiore consapevolezza negli adulti e a stimolare una *call to action* che coinvolga i più giovani - i nostri figli - affinché si trasformino in “ambasciatori” presso le famiglie, della prevenzione e dell’adozione di stili di vita salva cuore. Con questo obiettivo, la Campagna ha previsto un progetto specifico indirizzato al mondo della Scuola, nel solco



del tradizionale impegno verso questo settore da parte di ANMCO e Fondazione “*per il Tuo cuore*”. Oltre a finalità di sensibilizzazione ed educazione, la Campagna include anche attività di raccolta fondi a favore della Fondazione “*per il Tuo cuore*” Onlus, per la ricerca cardiovascolare.

#### Le iniziative e gli strumenti

La Campagna è partita il 20 novembre 2010, con la programmazione di uno **Spot Emozionale** visto da milioni di spettatori, trasmesso dalle principali reti TV nazionali nei giorni 20, 21 e 22 novembre in prime time (19:50 e 20:25) su RAI 1, RAI 2 e CANALE 5 e successivamente nei circuiti TV delle

Metropolitane e degli Aeroporti fino al 5 dicembre 2010 (Figura 1). Inoltre nella settimana dal 22 al 28 novembre la Campagna “*Il Valore della Vita*” è apparsa sui più importanti quotidiani per aumentarne la diffusione e la risonanza. Proseguirà con il progetto nelle Scuole, denominato “*Art for Heart School*”, che coinvolgerà le Scuole Primarie e Secondarie e si estenderà con l’organizzazione di una Mostra Fotografica dal titolo “*Art for Heart Photo*”, in cui le opere donate da artisti emergenti saranno battute all’asta nel corso di un Evento di *fund raising* a favore della Fondazione “*per il Tuo cuore*”, per sostenere la ricerca cardiovascolare. La Campagna “*Il Valore della Vita*” terminerà a maggio 2011, in occasione del 42° Congresso Nazionale ANMCO.

#### Lo spot TV

Il filmato, della durata di 30”, si apre sull’immagine di un papà con sua figlia seduti ad un tavolo che completano insieme un puzzle. All’improvviso l’uomo porta la mano al petto.



## TORNARE ALLA VITA E DALLE PERSONE CHE AMI.

OGNI ANNO OLTRE **130.000 PERSONE** SONO COLPITE DA INFARTO. MA SE TI **CURI SUBITO** E CONTINUI A FARLO PUOI **TORNARE A VIVERE.**

Figura 1

Ha un malessere: un infarto. Arrivano i soccorsi. La bambina comincia la sua attesa. Poi, mentre guarda nel vuoto, due mani le coprono gli occhi e capisce che suo padre è tornato. Si apre in un grande, commovente sorriso. Quando la bambina si volta, l'uomo apre la mano e le dà il pezzo di puzzle. Si abbracciano con felicità e sollievo: il padre si è ristabilito ed è tornato a far parte della vita della sua famiglia. La *voice over* dello Spot recita: «**Ogni anno oltre 130.000 persone sono colpite da infarto. Ma se ti curi subito e continui a farlo puoi tornare a vivere.**». Lo spot contiene in chiusura il richiamo al Sito WEB della Campa-

gna, raggiungibile con Smartphone mediante Quick Code oppure all'indirizzo [www.ilvaloredellavita.it](http://www.ilvaloredellavita.it), con link al Sito WEB ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" (Figura 2).

### La Campagna stampa

A sostegno dello spot, dal 20 novembre è partita anche una Campagna stampa che ha ripreso i temi e i toni del film tv, per aumentarne la diffusione e la risonanza. La Campagna ha avuto una copertura di circa una settimana (22 - 27 novembre 2010) e ha coinvolto le principali testate: *Corriere della Sera, La Repubblica, Il Sole 24 Ore.*

### L'attività educativa e il Concorso creativo nelle Scuole

Promosso in partnership con l'Editrice *La Scuola*, attiva dal 1904 nel mondo dell'educazione e della cultura, il progetto si rivolge alle Scuole Primarie e Secondarie. L'iniziativa mira a coinvolgere gli studenti sul tema centrale della Campagna, attraverso una attività didattica specifica e mediante una gara creativa sul tema del cuore. L'informazione sulla Campagna è stata diffusa mediante 25.000 opuscoli indirizzati a Dirigenti Scolastici e Professori; l'adesione al progetto è prevista mediante compilazione ed inoltro del modulo fax inserito nell'opuscolo (Figura 3).

Nel dettaglio, il progetto si articola in due step.

- **Una attività educativa in classe**

Ogni Scuola che aderisce al Concorso riceve un mini Manuale Didattico, che può essere utilizzato dai Docenti per articolare delle vere e proprie lezioni sul tema "Il Cuore dà Valore alla Vita", con spunti per contestualizzare l'argomento in funzione delle diverse materie scolastiche: per esempio "Il cuore motore del corpo umano" (con contenuti di scienze e anatomia), "Il cuore della terra" (con contenuti di geografia e ambiente), "Il cuore nella



Figura 2



Figura 3



Figura 5

letteratura" (con contenuti di racconti e poesie sul cuore di autori italiani e stranieri).

• **Un Concorso creativo "Art for Heart: disegna ciò che ti dice il Cuore"**

Gli studenti sono invitati a realizzare elaborati sul tema del Concorso che saranno poi selezionati da una Giuria e saranno esposti nelle Unità Operative di Cardiologia dei nostri Ospedali che ne faranno richiesta. Il Concorso partirà a gennaio 2011 e la premiazione dei vincitori è prevista in occasione del Congresso Nazionale dell'ANMCO a maggio 2011.

**La Mostra fotografica**

Promozione di una Mostra fotografica di talenti contemporanei sul tema "Art for Heart". La Mostra è organizzata in partnership con la Fondazione FORMA per la fotografia/Agenzia

Contrasto, prestigiosa istituzione fotografica italiana e gli artisti doneranno le proprie opere originali, selezionate in funzione del tema (Figura 4). Gli scatti saranno esposti nel prossimo mese di febbraio 2011 in occasione di due Mostre aperte al pubblico a Milano e a Roma. In particolare la Mostra di Roma sarà realizzata in occasione della **Settimana "per il Tuo cuore"** della Fondazione "per il Tuo cuore" prevista nella settimana dal 12 al 20 febbraio. Le opere saranno inoltre protagoniste di un esclusivo Evento di *fund raising*, in cui saranno battute all'asta. I proventi saranno devoluti a favore della Fondazione "per il Tuo cuore", per sostenere la ricerca scientifica cardiovascolare.

**Congresso ANMCO 2011**

In occasione della Cerimonia Inaugurale del 42° Congresso Nazionale ANMCO verrà premiata una classe delle Scuole Primarie ed una della Scuole Secondarie, vincitrici del Concorso che saranno ospitate per una visita guidata a Firenze: città d'Arte e di Cuore dove ha sede la nostra Associazione (Figura 5). Un grazie di Cuore al Comitato Scientifico, alla Segreteria ANMCO, alla Segreteria della Fondazione "per il Tuo cuore" ed alla CDM Milan coordinata dal Dr. Ignazio Iasiello che hanno reso possibile questa preziosa ed originale Campagna di Comunicazione ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore", che lascerà il segno nel Cuore di tanti italiani.

Figura 4



# Progetto GISSI Outliers

## Studio CAPIRE

(Coronary Atherosclerosis in outlier subjects:  
Protective and Individual Risk factor Evaluation)

DI A. P. MAGGIONI, M. MAGNONI, A. MASERI

La relazione tra i fattori di rischio cardiovascolare convenzionali ed il processo di aterosclerosi coronarica è il tema dello Studio CAPIRE. Lo Studio di un gruppo di soggetti con coronarie indenni da aterosclerosi, nonostante molteplici fattori di rischio e, all'estremo opposto, di uno di soggetti con aterosclerosi coronarica diffusa, e nonostante basso profilo di rischio, si propone di generare nuove ipotesi sui fattori di protezione e di suscettibilità individuali verso lo sviluppo dell'aterosclerosi coronarica. La popolazione oggetto dello Studio sarà selezionata tra i soggetti di età compresa tra i 45 e i 75 anni, di entrambi i sessi che, in assenza di precedenti manifestazioni cliniche di cardiopatia ischemica, sono stati sottoposti a studio non invasivo TC multistrato delle arterie coronarie (MSCT) per sospetta coronaropatia secondo gli attuali criteri di appropriatezza. Quindi, la popolazione inclusa nello Studio verrà selezionata partendo dal dato anatomo-

mico, fornito dalla MSCT, di assenza o presenza di estesa aterosclerosi delle arterie coronarie (> 5 segmenti/16) e successivamente integrato con il profilo di rischio cardiovascolare basato sul numero e gravità di fattori di rischio presenti nei singoli soggetti e sulle loro caratteristiche biomorali e genetiche. In questo modo verranno selezionate due popolazioni di soggetti (a) un gruppo con coronarie indenni da aterosclerosi pur avendo molteplici fattori di rischio ( $\geq 3$ ) e (b) da un gruppo con diffusa malattia aterosclerotica delle arterie coronarie pur in presenza di un basso profilo di rischio. Verranno selezionate anche due popolazioni di controllo: (c) soggetti che presentano coronarie indenni da aterosclerosi e basso profilo di rischio, (d) soggetti con malattia coronarica diffusa in presenza di molteplici fattori di rischio. Il disegno dello Studio è prospettico con una fase trasversale di confronto tra le popolazioni e una fase longitudinale di follow-up previsto di cinque anni, con nuovo

studio TAC ove richiesto clinicamente. L'analisi retrospettiva su popolazioni già incluse in database istituzionali ha permesso di stimare una numerosità della popolazione arruolabile di 200 soggetti per ogni gruppo in due anni. I dati di tutti i soggetti inclusi nello Studio riguardanti i fattori di rischio convenzionali, i precedenti anamnestici, i dati antropometrici, il profilo psicosociale e il regime alimentare verranno raccolti in una banca dati dedicata. Tutti i soggetti selezionati saranno sottoposti a prelievo venoso periferico da cui si otterranno microaliquote di siero, plasma e sangue intero che andranno a costituire una banca biologica dedicata già istituita presso l'istituto Mario Negri di Milano e utilizzati per caratterizzare e quantizzare i fattori di rischio e di protezione individuale attraverso il dosaggio di marcatori noti ed emergenti nell'ambito del profilo lipidico, metabolico, trombotico, infiammatorio, immunologico e genetico.



# 12-20 Febbraio 2011

## La nuova Campagna della Fondazione "per il Tuo cuore"

DI FRANCESCO CHIARELLA



Come già avvenuto nel 2009 e nel 2010, anche quest'anno la Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus si rivolgerà a tutti i cittadini per richiamare l'importanza della prevenzione e del corretto stile di vita e per chiedere il sostegno alla Ricerca in Cardiologia. Sono note a tutti le difficoltà che incontra la ricerca scientifica indipendente in Italia, quando l'obiettivo di conoscenza risulta disgiunto da fini produttivi o di scarso interesse per l'industria. Uno degli elementi nuovi e qualificanti introdotti dalla Presidenza di Attilio Maseri e dalla formula "per il Tuo cuore" è rappresentato dalla attenzione portata allo sviluppo della ricerca scientifica indipendente, che deve essere supportata da un impegno vasto e solido, coinvolgendo i media ma soprattutto facendo appello alla grande sensibilità dei Cardiologi. La nuova Campagna "per il Tuo cuore" rappresenta un grande impegno per tutti.

### Un impegno per la RAI

Le manifestazioni della Campagna avranno come punto di riferimento la Settimana "per il Tuo cuore", che include, come nelle precedenti edizioni, il 14 febbraio 2010, giornata di S. Valentino, e prosegue nei giorni successivi andando a concludersi la domenica seguente, il 20 febbraio. Dal punto di vista mediatico si tratta di un periodo particolarmente propizio per richiamare l'attenzione del pubblico su tematiche riferibili al cuore anche se i messaggi saranno tanto più

efficaci quanto più troveranno una sinergica riproposizione nella vita di tutti i giorni da parte di persone conosciute direttamente. Siamo molto grati alla RAI che, come nelle precedenti edizioni, ha voluto rinnovare per il 2011 il suo impegno ed il suo coinvolgimento. Molto dobbiamo alla dedizione di Luciano Onder e ai suoi suggerimenti, che ci aiuteranno ad impiegare al meglio gli importanti spazi di comunicazione che la RAI ci destinerà per parlare a tutti di cardiologia. Sono previste trasmissioni in cui Cardiologi e Pazienti verranno invitati quali ospiti, ed altre in cui gli stessi Giornalisti parleranno di prevenzione ed illustreranno agli ascoltatori gli obiettivi delle linee innovative della Ricerca Cardiologica mirata a fornire cure "su misura". Andranno in onda spot e promo e verrà a più riprese riproposto in sottotitolo il numero da comporre per l'invio di SMS da telefono fisso o da cellulare. Le sedi dei TG Regionali verranno invitate a dare spazio ai Cardiologi locali. In altre parole, dalle varie emittenti radiotelevisive tutti i cittadini verranno invitati a sostenere la Ricerca in Cardiologia inviando un SMS solidale.

### Un impegno per tutti i Cardiologi ospedalieri

Ma i primi attori della Campagna "per il Tuo cuore" saremo noi Cardiologi, impegnati a trasmettere al mondo che ci circonda - pazienti, famiglie, operatori sanitari, persone che si incontrano nei momenti di svago, di sport, nel volontariato - l'importanza di obiettivi concreti per prevenire le malattie cardiovascolari e per acquisire conoscenze nuove, utilizzabili per migliorare la salute di tutti. Il primo livello di impegno che ci viene richiesto è minimale, estremamente semplice, alla portata di tutti: si tratta di affiggere alla porta dei nostri Reparti i manifesti che richiamano l'attenzione sull'iniziativa e di consegnare ai pazienti in dimissione ed a quanti affollano gli Ambulatori, un depliant illustrativo, che metterà in

**ACCENDI  
IL TUO CUORE  
PER LA RICERCA**

Donna 2€ inviando un SMS  
o chiamando da telefono fisso il numero **48545**

"Ogni cuore è diverso,  
aiutaci a conoscere  
meglio il Tuo"

per il tuo cuore  
www.periltuocuore.it

forte evidenza il numero da digitare per l'invio dell'SMS solidale. Se le Cardiologie si attiveranno seriamente la Campagna avrà successo in quanto la sua notorietà arriverà capillarmente su tutto il territorio nazionale e potenzierà l'invito che arriverà ai cittadini dalla RAI e dai media.

**Un impegno speciale per chi vorrà realizzare la manifestazione "Cardiologie Aperte" il 12 e 13 febbraio 2010**

Riprendendo una modalità partecipativa ben nota ai Car-



diologi dell'ANMCO, le Cardiologie che vorranno potranno realizzare un evento a supporto della Campagna "per il Tuo cuore" che si inquadra, a livello nazionale, nella manifestazione "Cardiologie Aperte". Quest'anno "Cardiologie Aperte" si configura come una serie di eventi disegnati secondo la creatività delle diverse Cardiologie promotrici, che avranno come denominatore comune lo scopo di intercettare persone cui far conoscere la Fondazione e cui chiedere un piccolo aiuto concreto per sostenere la Ricerca. In maniera spontanea e fuori dagli schemi i Cardiologi realizzeranno l'evento che

riterranno più efficace, "su misura" per la specifica situazione, al chiuso o all'aperto, negli spazi dell'Ospedale o nelle piazze, nelle sedi delle attività sportive o nei circoli ricreativi, nei teatri, nelle scuole o nei municipi. Non ci sono schemi precostituiti, ciascuno proponga quello che ritiene pur di sensibilizzare e di richiedere come minimale coinvolgimento, l'SMS solidale. La Fondazione per parte sua si impegna a dare visibilità e pubblico riconoscimento agli eventi che comporranno "Cardiologie Aperte" che verranno annunciati e pubblicati sulle pagine dei principali quotidiani nazionali. Il modello di adesione all'iniziativa, che può essere richiesto alla Segreteria della Fondazione "per il Tuo cuore" e che deve essere rispedito entro il 31 dicembre 2010, è stato inviato alla rete delle oltre 700 Strutture cardiologiche ospedaliere dell'ANMCO, cui toccherà

l'onere di prodigarsi per la Fondazione e contestualmente l'onore di uno specifico ringraziamento dalle pagine di *Repubblica* e del *Corriere della Sera*.

### **Un impegno per la Segreteria della Fondazione**

La Segreteria della Fondazione rappresenterà il perno organizzativo e di coordinamento della Campagna: ad essa andranno comunicate le iniziative locali, le necessità di materiali e di supporto, la disponibilità a mettersi in contatto con i media. La Segreteria provvederà alla stampa e all'invio dei manifesti da affiggere, dei depliant da distribuire, del Comunicato Stampa, delle Lettere informative alle Direzio-

ni degli Ospedali laddove richiesto. Il gravoso compito sarà facilitato se le Cardiologie rispetteranno le tempistiche previste. Grazie fin d'ora alla Segreteria della Fondazione per il complesso lavoro che dovrà portare a termine.



### **La Maratona di Verona**

Nell'ambito delle manifestazioni della Campagna, la Fondazione ha stabilito una partnership con un evento sportivo di grande richiamo internazionale, la Maratona di Verona (Giulietta e Romeo Half Marathon), in programma a Verona domenica 20 febbraio 2011. Nel 2010 la manifestazione vide allinearsi al via 6.500 corridori tra cui grandi campioni e semplici corridori amatoriali. A tutti i partecipanti alla edizione 2011, che celebra i dieci anni dell'appuntamento podistico, verranno consegnate la brochure della Campagna e la maglietta con stampato il logo della Fondazione e la scritta "Corri per il Tuo cuore". All'ombra dell'Arena, oltre ai partecipanti alla corsa, ci sarà spazio per un grande raduno cittadino ed in questo contesto la visibilità della Fondazione sarà richiamata da striscioni e da volantaggio.

# Un saluto a tutti i Cardiologi italiani

DI FRANCESCO ROMEO



**A**vendo avuto da qualche mese il privilegio di assumere la Presidenza della FIC ritengo doveroso mandare un saluto a tutti i Cardiologi italiani con grande stima e sincerità. Come tutti sanno la FIC è nata nel 1998 dall'esigenza di un interlocutore unico nei confronti delle Istituzioni italiane e delle Società Scientifiche europee e internazionali. Questa nascita, però, non è stato il frutto di alchimie di laboratori politici, ma il risultato di una sempre più avvertita necessità di condivisione da parte di tutti i Cardiologi italiani di obiettivi, di progressioni, di "mission", di una adeguata visibilità del lavoro clinico e scientifico della Cardiologia italiana. La forte personalità giuridica, culturale, sociale delle due Società fondatrici (SIC e ANMCO) pur costituendo un elemento di sviluppo e di affermazione, conteneva anche il rischio intrinseco della paura di perdere la propria individualità o di essere prevaricatrici l'una sull'altra. Questi processi non sono semplici, abbiamo avuto battute di arresto, momenti di riflessione, incertezze sul futuro. Oggi posso dire che il lavoro difficile, controverso, dei miei predecessori e di tutto il Consiglio Direttivo mi ha posto nella condizione di privilegio, ma anche di grande responsabilità di guidare con ottimismo questo processo. La mia storia personale ovviamente mi condiziona nell'assunzione di questa responsabilità, e mi impone, di rispettare i principi fondamentali che ritengo essere, oltre che la guida etica della mia azione personale, l'unico requisito per raggiungere gli obiettivi. I principi fondamentali sono:

1) il rispetto reciproco della indivi-

dualità e personalità di ogni soggetto coinvolto in questo progetto;

2) la reciprocità leale in ogni azione che coinvolga l'attività della Federazione;

3) l'alto senso istituzionale che uniforma ogni nostra attività.

Tutto questo è indispensabile per affermare il valore della nostra comunità cardiologica che annovera circa 8.000 iscritti, per avere un'alta dignità di rappresentanza nei confronti delle Istituzioni e delle altre Società Scientifiche. La FIC deve rappresentare agli organi istituzionali il ruolo della nostra disciplina nel raggiungimento di quell'obiettivo fondamentale che è l'allungamento dell'aspettativa di vita. A questo obiettivo il nostro contributo ha rappresentato l'80% del totale. Lo scarso coinvolgimento mediatico e politico - istituzionale della nostra categoria ovviamente non penalizza noi Medici, ma rallenta il processo di diffusione della cultura e dell'informazione indispensabili per instaurare un programma sempre più efficace di prevenzione primaria. La FIC deve riaffermare la propria area non di interesse ma di competenza specifica, minata sempre più subdolamente da programmi politici sconsiderati di frazionamento delle nostre attività, e di coinvolgimento in ruoli impropri di altri Specialisti che pensano di poter usufruire di un momento di visibilità

interferendo con la Specialità che ha avuto per merito dei Cardiologi il maggior successo. L'idea acefala degli Ospedali per intensità di cura sarebbe un grave danno per i pazienti e questo noi dobbiamo evitarlo. Questo processo però non può trovare "distinguo" tra noi stessi. Il Cardiologo deve geneticamente essere unico, con varie espressioni fenotipiche, cioè quello che si interessa di più di Emodinamica, di più di Elettrofisiologia, di Unità Coronarica, di Tecniche di Imaging, ma non possiamo creare tanti sub Specialisti, figure anacronistiche nel XXI secolo dove una visione olistica del Medico è destinata a sostituire una visione ultraspecialistica tipica del XV secolo in tutte le branche. La FIC deve catalizzare un processo di integrazione del Cardiologo che lavora sul territorio, in Strutture private accreditate, in Strutture ospedaliere, in Strutture universitarie, attraverso la creazione di riti per l'assistenza e di circuiti culturali di interscambio tra Università, Ospedale, Territorio. Un contributo fondamentale ci può venire dalle Associazioni di pazienti che sono la vera legittimazione del nostro ruolo. Ma, come dicevo nella premessa, tutto questo può funzionare se è supportato da reciprocità, lealtà e rappresentatività ampia. Ogni Società deve forse perdere un po' di egoismo per poter creare una vera Federazione non di Società, ma di uomini Medici che lavorano fortunatamente con grande successo e poche frustrazioni all'obiettivo di garantire agli altri uomini un diritto inalienabile, sancito dalla nostra Costituzione, che è il diritto alla salute.



## PRESIDENTE

### MARINO SCHERILLO

Direttore di Struttura Complessa  
U.O. di Cardiologia  
A.O. "G. Rummo"  
Via dell'Angelo, 1 - 82100 Benevento  
Tel. 0824/57679 - 0824/57580  
Fax 0824/57679  
**e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it**

## PRESIDENTE DESIGNATO

### FRANCESCO BOVENZI

Direttore di Struttura Complessa  
U.O. di Cardiologia  
Ospedale "Campo di Marte"  
Via dell'Ospedale, 1 - 55100 Lucca  
Tel. 0583/449515 - Fax 0583/970448  
**e-mail: f.bovenzi@usl2.toscana.it**

## PAST - PRESIDENT

### SALVATORE PIRELLI

Direttore di Struttura Complessa  
U.O. di Cardiologia  
Istituti Ospitalieri  
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona  
Tel. 0372/405333 - 332  
Fax 0372/433787  
**e-mail: pirelli.s@libero.it**

## VICE-PRESIDENTE

*Attività Culturali*

### MASSIMO UGUCCIONI

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

## VICE-PRESIDENTE

*Attività Organizzative e Gestionali*

### FRANCESCO MAZZUOLI

Dirigente Medico  
Cardiologia Generale 1  
A.O.U. "Careggi"  
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze  
Tel. 055/7947692 - Fax 055/7947468  
**e-mail: mazzuolif@aou-careggi.toscana.it**

## SEGRETARIO GENERALE

### PASQUALE CALDAROLA

Direttore di Struttura Complessa  
Cardiologia - UTIC  
Ospedale "San Paolo"  
Via Caposcardicchio, 1 - 70123 Bari  
Tel. 080/5843491 - Fax 080/5843433  
**e-mail: pascald@libero.it**

## TESORIERE

### DOMENICO GABRIELLI

Direttore di Struttura Complessa  
U.O. di Cardiologia  
Ospedale Civile "Augusto Murri"  
Via Augusto Murri, 9 - 63023 Fermo  
Tel. 0734/6252071 - Fax 0734/625238  
**e-mail: d.gabrielli@asl11.marche.it**

## CONSIGLIERI

### MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Dirigente Medico  
U.O. di Cardiologia  
Ospedale Civile "Sant'Antonio Abate"  
Via Cosenza - 91016 Erice (TP)  
Tel. 0923/809315 - Fax 0923/809317  
**e-mail: maur.abri@alice.it**

### ROBERTO CERAVOLO

Dirigente Medico  
UTIC - Emodinamica e Cardiologia  
Interventistica  
Ospedale Civile Pugliese  
Viale Pio X, 91 - 88100 Catanzaro  
Tel. 0961/883447 - Fax 0961/883944  
**e-mail: roberto.ceravolo@alice.it**

### FABRIZIO OLIVA

Dirigente Medico  
Cardiologia 2 - Ospedale "Niguarda"  
Piazza Ospedale Maggiore, 3  
20162 Milano  
Tel. 02/64442335 - Fax 02/66101716  
**e-mail: fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it**

### FILIPPO OTTANI

Dirigente Medico  
U.O. di Cardiologia  
Ospedale "G.B. Morgagni L. Pierantoni"  
Via Forlanini, 34  
47100 Forlì  
Tel. 0543/7351601 - Fax 0543/735115  
**e-mail: ottanif@alice.it**

### SERENA RAKAR

Dirigente Medico  
S.C. di Cardiologia  
Ospedale "Cattinara"  
A.O.U. Ospedali Riuniti  
Via Valdoni, 1 - 34149 Trieste  
Tel. 040/3994865 - Fax 040/3994878  
**e-mail: serenarakar@hotmail.com**

### ROBERTO VALLE

Dirigente Medico  
U.O. di Cardiologia  
Ospedale Civile  
Strada Madonna Marina, 500  
30019 Chioggia (VE)  
Tel. 041/5534236 - Fax 041/5534265  
**e-mail: rvalle@asl14chioggia.veneto.it**

# Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca Clinica: un bilancio della prima edizione, aspettando nel 2011 la successiva

DI M. CESERI, L. CIPRESSA, E. BALDINI

## L'organizzazione

La Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, al fine di promuovere e sostenere la formazione clinica e l'attività di ricerca cardiovascolare nell'ambito dei suoi scopi istituzionali, ha proposto e realizzato per l'anno 2009 - 2010 il "Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della ricerca clinica". Il percorso formativo era indirizzato a giovani laureati in materie biomediche. L'iscrizione al Corso poteva essere fatta secondo due modalità: o come allievo, partecipando alle sessioni didattiche, con

*il Tuo cuore*". Scopo dell'iniziativa era infatti quello di formare figure professionali in grado di gestire le attività necessarie per una corretta conduzione di uno studio clinico nel rispetto della normativa vigente: i partecipanti hanno avuto modo di vivere da vicino la realtà della ricerca clinica in Italia, inserendosi in un contesto concreto, con stimolanti prospettive di sbocchi professionali. Il Corso si proponeva inoltre di uniformare le competenze degli operatori sanitari che si occupano di Ricerca, a livello nazionale, incentivandone la crescita su tutto

## La fase operativa

Hanno partecipato al "Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della ricerca clinica" 24 studenti, di cui 5 allievi, 3 uditori e 17 borsisti. Per questi ultimi il Centro Studi ANMCO ha stipulato accordi con le Amministrazioni ospedaliere affinché "ospitassero" i tirocinanti in formazione e potessero avere parte attiva in alcune delle attività sperimentali del Reparto. Hanno presieduto il Corso sia docenti interni al Centro Studi ANMCO (personale che si occupa dei vari aspetti degli studi)

Le competenze acquisite durante il "Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della ricerca clinica" hanno dato la possibilità agli allievi di gestire in prima persona varie fasi nella conduzione pratica di uno studio

la possibilità di svolgere attività di monitoraggio in affiancamento a personale esperto, oppure come uditore, per la sola parte d'aula. La Fondazione ha inoltre bandito delle Borse di Studio per la partecipazione al Corso in qualità di allievi: per i vincitori era prevista una attività di tirocinio presso centri ospedalieri che partecipano alla ricerca ANMCO/Fondazione "per

il territorio. Il Bando di selezione è stato pubblicato il 26 maggio 2009 e alla sua scadenza, il 15 giugno 2009, hanno presentato domanda di partecipazione 32 candidati; valutate le domande, i richiedenti sono stati convocati per un colloquio attitudinale orale presso il Centro Studi ANMCO, ai fini dell'assegnazione della Borsa di Studio tra quanti sono risultati idonei.

che docenti esterni invitati in qualità di esperti (CRO, Aziende Farmaceutiche, Enti di Certificazione, MD esperti in Linee Guida). Gli argomenti trattati durante le sessioni didattiche sono stati:

- Metodologia della ricerca;
- Tipologie dei diversi studi clinici;
- Norme etiche e regolatorie a cui è necessario attenersi per "fare ricerca";



- Nozioni di Certificazione di Qualità e Audit (UNI EN ISO 19011: 2003);
- Procedure necessarie per la pianificazione e la conduzione degli studi clinici;
- Nozioni di statistica;
- Nozioni di fisiopatologia del sistema cardiovascolare.

Il Centro Studi ANMCO della Fondazione ha coordinato tutti gli aspetti del corso, offrendo agli allievi anche un tutoring personalizzato.

### L'obiettivo comune

Il "Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della ricerca clinica" si inserisce nel progetto di più ampio respiro che ha come obiettivo la creazione di un gruppo di centri cardiologici cui affidare la Ricerca Scientifica cardiovascolare e al cui interno inserire personale appositamente formato e dedicato agli aspetti logistico - organizzativi dello studio: il Supporter alla Ricerca. L'idea nasce da un'indagine conoscitiva fatta a cura del Centro Studi ANMCO, che evidenzia come lo svolgimento delle attività connesse alla Ricerca clinica da parte di una persona specializzata permette al medico di alleggerire il suo impegno, consentendogli di riservare maggiore attenzione agli aspetti clinici che la ricerca comporta: un simile approccio è di notevole rilievo nell'ottica di una Ricerca svolta da promotori no profit, che per definizione è parte integrante della pratica clinica.

### I risultati

Le competenze acquisite durante il "Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della ricerca clinica" hanno dato la possibilità agli allievi di gestire in prima persona varie fasi nella conduzione pratica di uno studio, quali:

- i rapporti con i promotori delle ricerche e con i comitati degli studi (Steering Committee, Event Validation Committee, Data Safety Monitoring Board);
- l'iter dei protocolli di studio presso il Comitato Etico locale della Struttura partecipante;
- l'aderenza al protocollo di studio, la gestione della "source documentation" di ciascun paziente e della sperimentazione in generale, la compilazione delle Schede Raccolta Dati (Case Report Form, CRF, che talora può essere elettronica, e - CRF dunque) e la gestione delle richieste di correzione e chiarimento dei dati raccolti localmente ed inviati centralmente;
- la gestione degli eventi avversi;
- la gestione della documentazione dello Studio (es. manuali operativi, brochure per i pazienti);
- la gestione del farmaco sperimentale.

### Le prospettive future

La prima edizione del "Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della ricerca clinica" è stata positiva, ma sicuramente c'è ancora spazio per migliorare, pertanto si sta già lavorando alla seconda, da

svolgersi nel 2011, il cui bando verrà pubblicato entro la fine dell'anno in corso. Tra le modifiche che verranno introdotte c'è una strutturazione diversa dei moduli didattici e una articolazione in due anni: nel primo ci saranno tre moduli didattici e daranno una visione d'insieme sulla Ricerca clinica, nel secondo anno ci saranno due moduli e forniranno competenze ad un livello avanzato di formazione. Inoltre i corsi saranno aperti a Medici e Operatori sanitari, che vogliono strutturare meglio la propria formazione teorica per garantire un elevato standard qualitativo della ricerca condotta; in quest'ottica il corso rientrerà nel Piano Annuale Formativo ANMCO 2011 e darà diritto ai crediti ECM. Per le altre novità si rimanda al bando che verrà pubblicato sul Sito WEB ANMCO (<http://www.anmco.it/fondazione/CentroStudi/download/>). La via da percorrere è già tracciata: il progetto è di ampio respiro e le premesse sono buone, con le novità che verranno introdotte nella seconda edizione si arricchirà l'offerta formativa nell'ottica di migliorare il livello qualitativo della Ricerca Clinica nei centri cardiologici italiani, favorendo lo sviluppo di nuove conoscenze. Per implementare progetti ad alto standard qualitativo è indispensabile poter contare su risorse umane specializzate: la Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus è fiduciosa che questa iniziativa possa rilanciare la Ricerca Cardiologica italiana nel panorama internazionale.

# Uno sguardo oltralpe e al di là del mare, ai Paesi che fanno parte come noi della Società Europea di Cardiologia

DI M. LETTINO E P. FAGGIANO

**C**omincia con questo numero di “*Cardiologia negli Ospedali*” una nuova Rubrica che porterà ai Lettori notizie dal mondo scientifico europeo e dai modelli organizzativi della Sanità in Paesi a noi vicini, ma spesso con tradizioni culturali e assetto socio - sanitario assai diversi. La Rubrica “ESC Window” vuole essere una apertura a tutto raggio sulla Ricerca e sui risultati di Studi clinici randomizzati o di tipo osservazionale di matrice

europea, soprattutto quando vengono sperimentate strategie terapeutiche o di organizzazione della Cardiologia di possibile applicazione italiana, e quindi di interesse per l’ANMCO. Un secondo obiettivo sarà quello di confrontare le nostre esperienze con quelle di altri paesi d’Europa, grazie alla collaborazione istituitasi all’interno della Società Europea di Cardiologia (ESC) tra numerosi Cardiologi e Ricercatori italiani e altri colleghi di

diversa nazionalità. Abbiamo pensato di cominciare “aprendo la finestra” sia su un Working Group della ESC, quello di Acute Cardiac Care, del cui Direttivo fa parte la Dott.ssa Maddalena Lettino, sia su una delle Associazioni Europee gemmate dalla ESC, la European Association of Echocardiography (EAE), che sarà presieduta dal Dott. Luigi Badano, a partire dal mese di dicembre 2010.

## Il Working Group Europeo di Acute Cardiac Care (WG ACC) Maddalena Lettino, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia

Si è appena tenuto a Copenhagen il 4° Congresso del Working Group Europeo di Acute Cardiac Care. Il Gruppo di Lavoro, per certi versi assimilabile all’Area Emergenza - Urgenza ANMCO, si è costituito nel 2001 per riunire il gruppo dei Cardiologi Intensivisti, ponendosi quattro finalità principali:

1. ridefinire la centralità delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologia (UTIC) nella gestione dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta;
2. suggerire Linee Guida e formu-

lare Documenti di Consenso per rendere omogenea sia l’organizzazione funzionale delle UTIC nei vari Paesi europei, che l’approccio diagnostico - terapeutico ai pazienti che vi afferiscono;

3. promuovere la formazione professionale dei Medici intensivisti e degli Infermieri dedicati alle UTIC attraverso un processo di accreditamento che ne certifichi in ultima analisi la competenza professionale;
4. facilitare lo scambio di informazioni e pertanto le possibilità di miglio-

ramento fra diverse realtà europee afferenti alla ESC.

Fino ad oggi il lavoro del Working Group è stato intenso e produttivo; è stata promossa da subito la stesura di un “Position Paper” sulla organizzazione funzionale delle UTIC europee, indirizzato alla Società Europea di Cardiologia, e tutt’ora aperto a possibili revisioni e aggiornamenti, anche in relazione alla variazione dei modelli organizzativi di gestione delle patologie cardiache acute che si sono andati sviluppando nelle diverse realtà

nazionali. Contemporaneamente è stato avviato il programma di accreditamento del ruolo di Cardiologo intensivista, la cui certificazione viene resa possibile da un esame di valutazione delle competenze teoriche e dalla documentazione di una adeguata padronanza delle procedure che sono di uso comune nel paziente critico. Sono state pertanto istituite sessioni di esame biennali, con una prova scritta in grado di verificare una completa conoscenza della letteratura che riguarda le principali patologie del paziente affetto da patologia cardiaca acuta e delle Linee Guida europee già emesse sul trattamento delle Sindromi Coronariche Acute, dello scompenso acuto e delle aritmie. Ai Cardiologi che hanno maturato anni di esperienza in UTIC, ricoprendo anche ruoli di responsabilità nella loro gestione, è stata riconosciuta la certificazione sulla base dell'anzianità, senza la necessità di sottoporsi all'esame o alla registrazione delle procedure. Molti italiani hanno partecipato con entusiasmo e successo al

programma di accreditamento e molti si sono già candidati per le sessioni future. Durante quest'ultimo anno gli iscritti al Working Group sono aumentati in tutte le Nazioni europee e in Italia in modo particolare, e sono state effettuate le elezioni per il rinnovo del Comitato Esecutivo (Nucleus), ottenendo nel nuovo gruppo coordinatore una rappresentanza di Svizzera, Francia, Inghilterra, Germania, Spagna, Italia, Turchia e Danimarca, con il coordinamento attuale di Christiaan Vrints dell'Ospedale Universitario di Antwerpen in Belgio. Una consistente delegazione italiana ha partecipato al recente Congresso di Copenhagen sia attraverso la presentazione di contributi originali di ricerca che attraverso Letture e dibattiti ai vari Simposi programmati dal Comitato Scientifico. Si sono toccati molti argomenti di grande interesse come l'organizzazione delle reti per la gestione dello STEMI anche alla luce delle ultime Linee Guida europee, la terapia antitrombotica ottimale delle Sindromi Coronariche Acute, soprattutto nel tentativo di

trovare un equilibrio tra l'efficacia dei nuovi farmaci antiaggreganti e anticoagulanti e le potenziali complicanze emorragiche, la terapia dello scompenso acuto e dello shock cardiogeno e, infine, il ruolo dei biomarcatori di necrosi miocardica nella definizione e stratificazione prognostica dell'infarto, così come degli strumenti di laboratorio ormai indispensabili per gestire l'emergenza, quali l'Ecocardiografia di ultima generazione. Tra i nuovi obiettivi del Nucleus, che ovviamente porterà avanti le finalità già definite dai "Padri fondatori" del Working Group, c'è una attenzione particolare alle singole realtà nazionali, con il desiderio di collaborare con i vari Gruppi di Studio o Aree dei diversi paesi europei, promuovendo programmi educazionali, iniziative scientifiche o Congressi con lo scopo di creare una comunità attiva e omogenea, che sia in grado di ottimizzare la gestione della patologia cardiaca che interessa le UTIC, nonostante le diversità locali.

### La European Association of Echocardiography (EAE) Luigi Badano, U.O di Cardiologia - Policlinico di Padova

La European Association of Echocardiography (EAE) è stata la prima Association della ESC, creata nel 2003, con una mission precisa: "promuovere l'eccellenza diagnostica, la ricerca, lo sviluppo tecnico e la formazione nel campo della ultrasonografia cardiovascolare in Europa". Dal 2003 ad oggi la EAE è cresciuta molto. Oggi conta

circa 2.150 membri, ha un giornale (*European Journal of Echocardiography*) con Impact Factor, tiene un convegno annuale (EuroEcho) che è diventato il più grande congresso di ecocardiografia al mondo con circa 3.500 partecipanti (8 - 11 dicembre 2010, Copenaghen), svolge un programma di certificazione di competenza

ed accreditamento dei laboratori, e mantiene un sito web che è in assoluto il più frequentato tra quelli delle cinque Association che fanno parte della ESC. Quest'anno si svolgono le elezioni di rinnovo del board che sarà insediato il prossimo dicembre durante l'EuroEcho. Io prenderò il posto del Prof. Jose L. Zamorano di



Madrid come Presidente della EAE. Un compito impegnativo in un momento delicato per l'ecocardiografia e l'imaging cardiovascolare in generale. Nonostante l'ecocardiografia rappresenti la modalità di imaging cardiovascolare più utilizzata e quella che, da sola, offre il maggior contributo diagnostico nella maggior parte delle cardiopatie, altre tecniche di imaging (Risonanza Magnetica, Tomografia Assiale Computerizzata, Cardiologia Nucleare, fusione di più tecniche di Imaging) stanno rapidamente guadagnando i loro spazi nei percorsi di valutazione morfo - funzionale del sistema cardiovascolare offrendo nuove opportunità diagnostiche, ma anche sollevando problemi di compatibilità economica, sicurezza (ad es. danni da radiazioni) e appropriatezza. Ecco che è venuto il momento di valutare se ha ancora senso oggi gestire una Association che si occupa di una sola metodica (pur molto diffusa e cruciale nella gestione del paziente con cardiopatia, come l'Ecocardiografia), o se invece è il momento di evolvere verso una Association che, mettendo insieme tutte le metodiche di Imaging Cardiovascolare non - invasivo, si occupi di pazienti, di trovare le giuste indicazioni per le varie modalità di Imaging (da sole o in associazione) nelle varie cardiopatie in modo da disegnare percorsi diagnostici con il miglior rapporto costo/efficacia tenendo anche in buon conto la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Altri due aspetti politici vorrei affrontare nel

prossimo biennio: i giovani e le donne Medico, e la diffusione della cultura dell'imaging in Europa. Guardando i dati dei frequentatori di EuroEcho, colpisce il fatto che solo il 4% abbia meno di 35 anni. D'altro canto, nonostante oggi il 70 - 80% dei Medici che si occupano di Imaging non invasivo siano donne, con un loro particolare modo di lavorare, imparare e gestire i rapporti professionali, meno del 20% dei membri dei Board delle Società Scientifiche come la EAE o l'ESC sono donne. Credo che noi dobbiamo fare qualcosa di concreto per coinvolgere i giovani e le donne Medico in modo da disegnare iniziative che incontrino i loro bisogni formativi e professionali e preparare in questo modo la futura leadership dell'Imaging in Europa. A differenza degli Stati Uniti in cui, benché siano una federazione di Stati autonomi, la comunità medica è accunata dalla lingua inglese (americano), in Europa i paesi membri della ESC (e della EAE) parlano 54 lingue diverse. Tutte le iniziative formative e di certificazione/accreditamento sono create in lingua inglese per cercare di renderle accessibili alla maggior parte dei membri, ma viene, di fatto, escluso un grandissimo numero di cultori dell'Imaging cardiovascolare che hanno poca confidenza con la lingua inglese o ne sono intimiditi. Tuttavia costoro sono probabilmente coloro che più hanno bisogno di formazione ed informazioni. Credo che lo strumento del Sito WEB e la traduzione, almeno nelle lingue più diffuse, dei

Documenti di raccomandazioni/Linee Guida così come degli esami di Certificazione/Accreditamento siano un traguardo fondamentale per perseguire la mission della EAE che ho citato all'inizio di questo testo. Come si vede, un programma ambizioso, ma non potrebbe essere da meno per poter proseguire la tradizione dei grandi Presidenti che mi hanno preceduto (Fausto Pinto, Alan Fraser, Petros Nihoyannopoulos, Jose L. Zamorano), e che potrò realizzare contando sull'aiuto di un Board di grandi professionisti molto motivati e del personale della Heart House dedicato alla EAE.

**AREA ARITMIE****Chairman** Massimo Zoni Berisso (Genova - Sestri Ponente)**Co - Chairman** Maurizio Landolina (Pavia)**Comitato di Coordinamento**

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)

Giampiero Maglia (Catanzaro)

Claudio Pedrinazzi (Crema)

Gianluca Zingarini (Perugia)

[www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/](http://www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/)**AREA CHIRURGICA****Chairman** Luigi Martinelli (Milano)**Co - Chairman** Pierluigi Stefano (Firenze)**Comitato di Coordinamento**

Mauro Cassese (Catanzaro)

Giuseppe Faggian (Verona)

Giovanni Marchetto (Cagliari)

Daniele Maselli (Roma)

[www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/](http://www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/)**AREA EMERGENZA - URGENZA****Chairman** Giuseppe Fradella (Firenze)**Co - Chairman** Maddalena Lettino (Pavia)**Comitato di Coordinamento**

Roberto Ceravolo (Catanzaro)

Marco Milo (Trieste)

Alessandro Pani (Cagliari)

Paolo Trambaiolo (Roma)

[www.anmco.it/aree/elenco/emergenza/](http://www.anmco.it/aree/elenco/emergenza/)**AREA INFORMATICA****Chairman** Guido Giordano (Catania)**Co - Chairman** Antonio Mantero (Milano)**Comitato di Coordinamento**

Paolo Barbier (Milano)

Domenico Di Girolamo (Caserta)

Walter Pitscheider (Bolzano)

Alfredo Posteraro (Tivoli - RM)

[www.anmco.it/aree/elenco/informatica/](http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/)**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE****Chairman** Andrea Rubboli (Bologna)**Co - Chairman** Loris Roncon (Rovigo)**Comitato di Coordinamento**

Ermanno Angelini (Brindisi)

Michele Azzarito (Roma)

Bianca Maria Fadin (Cremona)

Matteo Rugolotto (Treviso)

[www.anmco.it/aree/elenco/circolo/](http://www.anmco.it/aree/elenco/circolo/)**AREA MANAGEMENT & QUALITÀ****Chairman** Evasio Pasini (Lumezzane - BS)**Co - Chairman** Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)**Comitato di Coordinamento**

Paolo Corsetti (Torino)

Jessica Italiani (Pescia - PT)

Vincenzo Lenti (Taranto)

Giacomo Levantesi (Vasto - CH)

[www.anmco.it/aree/elenco/management/](http://www.anmco.it/aree/elenco/management/)**AREA NURSING****Chairman Medico** Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)**Co - Chairman Medico** Giuseppe Trocino (Monza - MI)**Chairman Infermiere** Lucia Sabbadin (Trento)**Co - Chairman Infermiere** Cristiana Caredda (Cagliari)**Comitato di Coordinamento**

Gioia Cassoni (Roma)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Paola Di Giulio (Milano)

Gaetano Satullo (Messina)

[www.anmco.it/aree/elenco/nursing/](http://www.anmco.it/aree/elenco/nursing/)**AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE****Chairman** Stefano Urbinati (Bologna)**Co - Chairman** Pompilio Faggiano (Brescia)**Comitato di Coordinamento**

Francesco Boncompagni (Cosenza)

Francesco Fattirolli (Firenze)

David Mocini (Roma)

Gian Piero Perna (Ancona)

[www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/](http://www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/)**AREA SCOMPENSO CARDIACO****Chairman** Michele Senni (Bergamo)**Co - Chairman** Gianfranco Misuraca (Cosenza)**Comitato di Coordinamento**

Mariantonietta Cicoira (Verona)

Giovanni Cioffi (Trento)

Paolo Midi (Genzano di Roma - RM)

Massimo Piepoli (Piacenza)

[www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/](http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/)

# Considerazioni sull'attività dell'Area Aritmie nel biennio 2009 - 2010

DI MASSIMO ZONI BERISSO



**C**on la fine di dicembre 2010 termina anche il mio mandato di Chairman dell'Area Aritmie iniziato due anni fa con la pubblicazione sul N. 168 (marzo/aprile 2009) di *"Cardiologia negli Ospedali"* di un articolo in cui enunciavo i punti salienti del futuro programma operativo. In quell'articolo intitolato "Biennio 2009 - 2010: progetti da concludere e nuove idee da sviluppare" avevo esposto i tre punti che avrebbero dovuto caratterizzare il lavoro dell'Area: 1) produrre iniziative utili a rispondere ad alcune tra le più discusse problematiche clinico - aritmologiche del momento (Morte Improvvisa e Fibrillazione Atriale); 2) consolidare e sviluppare rapporti di collaborazione con altre Associazioni Scientifiche Nazionali o Gruppi di Studio e 3) cercare di rivitalizzare un rapporto con i nostri Iscritti da alcuni anni molto affievolito. Non so se insieme al mio Co - Chairman Maurizio Landolina e a tutto il Comitato di Coordinamento (CdC) è stato fatto un buon lavoro, questo lo giudicherete dopo aver letto i contenuti di questo articolo o

lo avrete già giudicato per aver avuto modo di conoscere direttamente le iniziative portate a termine o quelle in divenire. So però che ce l'abbiamo messa tutta, talvolta anche superando ostacoli che non avremmo pensato di incontrare sul nostro cammino. Ostacoli burocratici e organizzativi che non hanno certo facilitato il lavoro. Ostacoli che, se non analizzati attentamente nelle sedi adeguate e possibilmente eliminati, potrebbero in futuro essere causa di altri disagi anche per i prossimi CdC sia della nostra che di altre Aree dell'ANMCO. Abbiamo comunque superato tutti i problemi guidati come sempre dalla volontà di perseguire la "mission" dell'Area e cioè di «essere al servizio della Comunità cardiologica italiana per contribuire a risolvere problematiche aritmologiche». Passando ora ad analizzare l'attività svolta in questo mio mandato, cercherò di esporre in dettaglio tutte le iniziative già realizzate e quelle già impostate ma ancora da terminare secondo la sequenza dei punti programmatici esposti più sopra.

## Produrre iniziative utili a rispondere ad alcune tra le più discusse problematiche clinico - aritmologiche del momento:

Nel settembre 2009 è terminata la raccolta dati della Survey "Strategie di Prevenzione Primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane" proposta e iniziata dal precedente CdC guidato da Giuseppe Inama in collaborazione con l'Area Scompensio Cardiaco. I dati della Survey sono stati elaborati durante la fine del 2009 e i primi mesi del 2010 e sono stati presentati al Congresso Nazionale ANMCO nel maggio di quest'anno ed è stato già elaborato un testo da inviare ad una Rivista scientifica internazionale. Le informazioni ottenute sui percorsi seguiti dai Cardiologi italiani per porre indicazione all'impianto di un ICD in prevenzione primaria ci sono parse importanti soprattutto per individuare alcuni punti critici gestionali che dovranno essere modificati con opportune iniziative educazionali.

- Si è conclusa l'elaborazione dei dati provenienti da due Survey nazionali sull'uso dell'ablazione chirurgica della Fibrillazione Atriale, effettuate nel 2006 e nel 2009 in collaborazione con l'Area Chirurgica. Stefano Benussi, responsabile dell'iniziativa, sta elaborando un documento da inviare a una rivista scientifica; in questo lavoro viene confrontata la frequenza di utilizzo di tale procedura in Italia nei due periodi esaminati e vengono analizzati i risultati e le eventuali potenzialità di sviluppo della tecnica;

- È stata terminata la fase organizzativa propedeutica alla raccolta dei dati della Survey "Percorsi diagnostico-terapeutici per la cura della Fibrillazione Atriale in Italia", organizzata in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo (AIAC) e il Gruppo di Studio delle Aritmie della Società Italiana di Cardiologia. Da questa Survey si prevede di ottenere un quadro aggiornato su: 1) prevalenza della Fibrillazione Atriale (FA) in Italia; 2) carico di procedure diagnostiche per ogni paziente affetto da FA; 3) percorsi terapeutici comunemente adottati per la cura della FA; 4) aderenza alle Linee Guida gestionali e 5) punti di maggiore criticità nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici che potrebbero essere modificati attraverso una adeguata azione di informazione e di formazione. L'iniziativa è stata interamente finanziata grazie alla

collaborazione delle ditte SANOFI Italia e Boehringer - Ingelheim Italia. Si ritiene di poter iniziare la raccolta dei dati entro la fine dell'anno in corso e di poter presentare i risultati al prossimo Congresso Nazionale (per maggiori dettagli vedere articolo "Sempre al servizio della Comunità cardiologica: siamo partiti con una nuova iniziativa" su questo stesso numero di *"Cardiologia negli Ospedali"*).

- È in corso di avanzata progettazione l'idea di costituire una Commissione "ad hoc" per la stesura di un documento dell'Area che sia di supporto ai Cardiologi italiani a proposito delle loro incertezze sulle indicazioni all'impianto di ICD e CRTd per la prevenzione primaria della Morte Improvvisa. Questa idea è nata da più considerazioni e da alcune constatazioni: 1) è opinione diffusa anche in campo internazionale che le attuali Linee Guida non possono essere ritenute del tutto esaurienti a risolvere i problemi e i dubbi di una appropriata scelta nella pratica clinica quotidiana; 2) i risultati della Survey "Strategie di Prevenzione Primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica - comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane" hanno evidenziato alcune criticità nei percorsi diagnostico-terapeutici seguiti dai Cardiologi italiani che richiedono sicuramente un aggiustamento; 3) l'inchiesta sul Sito WEB ANMCO (Poll del mese: <http://www.anmco.it/poll/>) "Ritenete che le attuali Linee

Guida sulle Indicazioni all'ICD per la Prevenzione Primaria della Morte Cardiaca Improvvisa diano risposte sufficientemente esaurienti ai dubbi quotidiani del Cardiologo?" ha ricevuto una risposta negativa da ben il 72% dei 684 Colleghi che hanno risposto; • Nel prossimo Piano Annuale Formativo ANMCO 2011 è stata inserita una iniziativa dell'Area volta a tenere Corsi di formazione in Aritmologia. Si tratta di due Corsi Residenziali a Perugia e a Treviglio di durata cinque giorni, indirizzati a Cardiologi non Aritmologi ospedalieri o operativi sul territorio; durante tali Corsi i responsabili terranno lezioni teoriche e dimostrazioni pratiche traendo spunto dalla normale attività quotidiana allo scopo di avvicinare quanto più possibile i Cardiologi "generalisti" alle problematiche della moderna Aritmologia clinica e interventistica; una buona riuscita degli eventi potrebbe indurre a riproporre e ampliare l'iniziativa a più Centri negli anni futuri.

**Consolidare e sviluppare rapporti di collaborazione con altre Associazioni Scientifiche Nazionali o Gruppi di Studio**

Con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) è stato iniziato un ottimo rapporto di collaborazione per effettuare la già citata Survey "Percorsi diagnostico-terapeutici per la cura della Fibrillazione Atriale in Italia"; la logica di questa collaborazione risiede nel fatto che essendo obiettivamente

difficile ricostruire in modo corretto la storia clinica del paziente con Fibrillazione Atriale (spesso lunga, contorta e fatta di tante tappe dove tanti specialisti hanno detto o dicono «la loro»), ci è parso logico identificare nel MMG l'unica figura in grado di tenere il "bandolo" di tale complessa matassa anamnestica e quindi in grado di fotografare un percorso non condizionato da posizioni preconette. La collaborazione si è ulteriormente allargata con l'invito rivoltomi a partecipare come Relatore e come Moderatore a Simposi del Congresso Nazionale SIMG 2010.

- Un rappresentante dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo (AIAC) è entrato a far parte dello Steering Committee della Survey "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia". In qualità di Chairman dell'Area sono stato nominato membro della Commissione FIC - AIAC "Struttura e organizzazione funzionale dell'aritmologia" che ha prodotto il relativo documento pubblicato sul "Giornale Italiano di Cardiologia" (2010;11:604-24);

- Un rappresentante del Gruppo di Studio Aritmologia della Società Italiana di Cardiologia (SIC) è entrato a far parte dello Steering Committee della Survey "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia".

### Cercare di rivitalizzare un rapporto con i nostri Iscritti da alcuni anni molto affievolito

Questo è sicuramente il punto più dolente del programma 2009 - 2010. Nonostante gli sforzi effettuati per avvicinare all'Area i nostri associati interessati all'Aritmologia i risultati non possono essere ritenuti soddisfacenti. All'inizio del mandato è stata inviata una Lettera a tutti gli Iscritti storici dell'Area (oltre 1.000) invitandoli a riconfermare la loro adesione e a inviare proposte per migliorare il funzionamento dell'Area e infine a partecipare più numerosi all'Assemblea annuale. Abbiamo ricevuto circa 60 risposte da parte di coloro che sempre hanno lavorato per l'Area e niente più. L'Assemblea annuale è stata partecipata da uno sparuto numero di Iscritti nel 2009 e da circa 80 persone nel 2010 (riteniamo solo in seguito alla programmazione di Letture Magistrali da parte di due tra i più autorevoli rappresentanti della Cardiologia italiana: Fiorenzo Gaita e Eugenio Picano). Nessuna proposta operativa ci è giunta dalla periferia. Nonostante questa disarmante risposta abbiamo comunque continuato a lavorare anche in questo settore ampliando e aggiornando il Sito WEB dell'Area con la nascita di nuove Sezioni, l'ampliamento di quelle già esistenti e l'inserimento di rinnovate banche bibliografiche. Sono state

pure inserite le slide di alcune relazioni e letture magistrali ritenute di particolare interesse. Anche per questo aspetto nessun riscontro tangibile da parte degli associati! Questo è quanto è stato fatto dalla squadra che ho guidato in questi due anni e che sta per affidare il "testimone della staffetta" alla prossima, guidata da Maurizio Landolina. Ringrazio tutti coloro che hanno fatto parte del CdC e che hanno contribuito con grande capacità e disponibilità a portare avanti il lavoro: Maurizio Landolina, Giuliano Ermini, Massimo Grimaldi, Giampiero Maglia, Claudio Pedrinazzi e Gianluca Zingari. Mi auguro che tutti lascino con un buon ricordo dell'attività svolta, dello spirito di collaborazione instaurato e con la volontà di continuare a vivere nell'ANMCO. Vi è assoluta necessità di forze giovani e nuove! Ringrazio anche Giuseppe Inama che da Chairman nel biennio precedente il mio ci ha sempre consigliato e aiutato. Un ringraziamento particolare alla Segreteria delle Aree che ci ha accompagnato e soprattutto consigliato sulla migliore rotta da seguire in un mare talvolta difficile da navigare. Un ringraziamento e un invito infine a tutti i Cardiologi italiani che ci hanno sostenuto nel continuare i progetti avviati, dare forma alle idee esposte e nell'appoggiare anche coloro che mi seguiranno, perché persone di alto spessore umano e scientifico.

# *Sempre al servizio della Comunità cardiologica:* siamo partiti con una nuova iniziativa

DI MASSIMO ZONI BERISSO

In accordo con la "mission" dell'Area («essere al servizio della Comunità cardiologica italiana per contribuire a risolvere problematiche aritmologiche»), il Comitato di Coordinamento dell'Area ha elaborato una iniziativa indirizzata a conoscere l'usuale comportamento dei Medici italiani nella gestione clinica dei pazienti con Fibrillazione Atriale. Si tratta di una Survey intitolata "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia", organizzata in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmologia (AIAC) e il Gruppo di Studio delle Aritmie della Società Italiana di Cardiologia. L'iniziativa dopo una complessa gestazione è ora ai nastri di partenza grazie al sostegno di Boheringer - Ingelheim Italia e Sanofi - Aventis Italia. Si conta di terminare la raccolta dei dati entro i primi mesi del 2011 e di poter pubblicare i primi risultati subito dopo. Questo progetto fa parte del programma biennale di iniziative 2009 - 2010 presentato al momento dell'insediamento dell'attuale Comitato di Coordinamento. Trova le principali motivazioni nelle seguenti considerazioni: 1) la Fibrillazione Atriale (FA) è uno tra i più importanti problemi di Salute Pubblica e una delle maggiori cause di spesa per i Sistemi Sanitari dei paesi economicamente più avanzati; 2) nonostante negli anni passati siano stati effettuati numerosi e ampi Studi per testare nuovi mezzi (farmaci, stimolazione cardiaca definitiva, ablate and pace, ablazione transcateretere)

e/o nuove strategie terapeutiche per la cura della FA (controllo del ritmo, controllo della frequenza), i risultati non sono ancora conclusivi e le indicazioni alle procedure non ancora sufficientemente codificate, pertanto l'uso di una strategia o di un trattamento piuttosto che un altro è talvolta dettato più dall'esperienza personale del Medico curante che da una sicura dimostrazione di utilità dello stesso; 3) nonostante la pubblicazione di Linee Guida il comportamento del Medico spesso si allontana dai percorsi diagnostico - terapeutici suggeriti da queste. Da queste considerazioni nascono pertanto alcune domande:

- quanto sono seguite le indicazioni al trattamento della FA proposte dalle Linee Guida?
- qual è l'efficacia delle strategie diagnostico - terapeutiche applicate nella pratica clinica quotidiana?
- quali momenti dei percorsi diagnostico - terapeutici comunemente adottati presentano le maggiori criticità?

Lo scopo della Survey è dunque cercare di dare una risposta a queste domande e di ottenere un quadro complessivo del modo di gestire la FA in Italia. È evidente che rispondere ai quesiti appena esposti non è compito semplice. Trattandosi di un problema clinico trasversale che coinvolge numerosi Operatori Sanitari (Cardiologi, Internisti, Endocrinologi, MMG, ecc.) diventa molto complesso dipanare una "matassa clinico - anamnestica" spesso contorta, fatta di tante tappe dove tanti specialisti hanno detto o dicono "la loro". A noi è sembrato che l'unico modo per superare questa

"impasse" potesse essere rivolgerci a colui che per definizione è il "collettore finale" della storia dei pazienti e cioè il Medico di Medicina Generale (MMG). Abbiamo quindi coinvolto in questa iniziativa la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Per numerosi motivi: la SIMG dispone di una rete nazionale di associati distribuiti omogeneamente sul territorio e dotati di un sistema omogeneo di gestione informatizzata delle cartelle cliniche che consente una raccolta completa di dati clinico - anamnestici; la SIMG ha dimostrato di saper sfruttare questa potenzialità in modo efficace pubblicando validi lavori scientifici anche in campo cardiologico; il MMG garantisce una raccolta di informazioni imparziale, teoricamente non influenzata da posizioni preconcepite. La Survey prevede il coinvolgimento di circa 250 MMG distribuiti omogeneamente sul territorio italiano, ognuno dei quali segue circa 1.000 - 1.500 assistiti di età > 15 anni di cui 10 - 15 con FA. In tal modo si stima di poter monitorare circa 3.500 soggetti affetti da FA. Da questa Survey si prevede di ottenere un quadro aggiornato su: 1) prevalenza della FA in Italia; 2) carico di procedure diagnostiche per ogni paziente affetto da FA; 3) percorsi terapeutici comunemente adottati; 4) aderenza alle Linee Guida gestionali e 5) punti di maggiore criticità nella gestione dei percorsi diagnostico - terapeutici che potrebbero essere modificati attraverso un'adeguata azione di informazione e di formazione.

# Una riflessione sull'attività dell'Area Emergenza - Urgenza nel biennio 2009 - 2010

DI G. FRADELLA E M. LETTINO

Comunicare e condividere la logica dell'attività svolta e la linea editoriale seguita

Quando ci si avvia al termine di una esperienza diventa quasi inevitabile cercare di avviare una revisione di quanto è stato fatto. Le motivazioni, come nel nostro caso, possono essere molteplici: elencare e analizzare quanto è stato realizzato e confrontarlo con il documento programmatico di inizio mandato; valutare il livello di coesione del gruppo; cercare di comprendere il grado di coinvolgimento dei destinatari delle nostre iniziative; cercare di valutare l'utilità e l'efficacia del progetto; cercare di verificare quello che non è stato fatto e le motivazioni. In ultimo dare adeguata visibilità a chi si è impegnato per la realizzazione del programma. Ma fondamentale serve a comunicare e condividere la logica che ha sotteso l'attività svolta, la linea editoriale perseguita, le modalità operative prescelte, la gestione dei rapporti nell'ambito dell'Associazione ed all'interno del Comitato di Coordinamento. Il tutto allo scopo di rendere ancor più trasparente l'ope-

rato, cercando un sempre maggiore coinvolgimento di tutti gli Iscritti, per i quali ci si è impegnati. Ed è proprio dagli Iscritti che è partito il percorso intrapreso all'inizio del biennio, in particolare dai bisogni formativi degli Iscritti, con l'obiettivo di favorire la crescita culturale ed operativa di tutti i Cardiologi ed in particolare di quelli che lavorano nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) e, di conseguenza, di migliorare l'assistenza ai pazienti cardiopatici acuti. Su questa base si sono realizzati i nostri Convegni, per i quali abbiamo privilegiato temi "caldi", sui quali non vi è unanimità di vedute: il dibattito è aperto e le soluzioni proposte diversificate; partendo dai dati scientifici più accreditati e più recenti si è cercato di proporre delle considerazioni e delle conclusioni utili per il miglioramento organizzativo ed assistenziale delle nostre UTIC. Il miglioramento organizzativo ed assistenziale è stato il cardine anche dei Corsi di Clinical Competence del Cardiologo UTIC,

che hanno utilizzato una metodologia didattica innovativa, induttiva e coinvolgente, basata sulla partecipazione dei discenti e sull'interazione. Lo scopo finale era e rimane il potenziamento e la crescita delle nostre UTIC, sia Hub che Spoke, e la creazione della nuova figura del "Cardiologo Intensivista". I Corsi, al momento attuale, rappresentano l'unica iniziativa in tale senso realizzata in Europa dalle Società Scientifiche Cardiologiche che afferiscono alla ESC; inoltre rappresentano eventi continuamente aggiornati da un punto di vista scientifico, innovativi ed interessanti da un punto di vista didattico, e di assoluto rilievo strategico nell'attuale momento di transizione che vivono non solo le UTIC ma le Strutture di Cardiologia nel loro complesso. Ma è altrettanto importante sottolineare come tutte le scelte dell'Area siano state sempre condivise all'unanimità, dopo una ampia, serena e approfondita discussione in cui ciascun membro ha apportato il proprio contributo

## Comitato di Coordinamento Area Emergenza - Urgenza biennio 2009-2010

<b>Chairman</b>	Giuseppe Fradella (Firenze)	
<b>Co - Chairperson</b>	Maddalena Lettino (Pavia)	
<b>Comitato di Coordinamento</b>	Roberto Ceravolo (Catanzaro) Marco Milo (Trieste) Alessandro Pani (Cagliari) Paolo Trambaiolo (Roma)	
<b>Consulenti</b>		
Consulente Scientifico		Leonardo De Luca (Roma)
Consulente per i Corsi di Clinical Competence		Maria Rosa Conte (Torino)
Referente del Gruppo per la Rianimazione Cardiopolmonare		Salvatore Campione (Catania)

di idee e proposte. Al tempo stesso l'Area si è mossa all'interno dell'Associazione cercando la collaborazione di tutti, Presidenti Nazionali, Consigli Direttivi, Presidenti e Consigli Regionali, altre Aree, Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, come facilmente desumibile dall'elenco delle iniziative svolte e in programma.

### Convegni

L'Area ha attivamente collaborato alla progettazione ed alla realizzazione dei Seminari di Aggiornamento sul Dolore Toracico che si sono svolti in contemporanea a Milano, Roma e Bari il 4 dicembre 2009. L'Area ha realizzato il Convegno "La preparazione alla PTCA nelle Sindromi Coronariche Acute" che si è svolto a Firenze il 23 gennaio 2010 (per i Cardiologi del Centro - Nord), ripetuto a Roma il 20 marzo 2010 (per i Cardiologi del Centro - Sud) e il Convegno "Sindromi Coronariche Acute: la gestione del rischio emorragico in UTIC", svoltosi a Firenze il 27 febbraio 2010. Nel 2010 per la prima volta le Aree hanno potuto organizzare e svolgere un proprio Simposio nell'ambito del Congresso Nazionale ANMCO. L'Area Emergenza - Urgenza ha molto apprezzato questa innovazione ed ha realizzato un Simposio che ha rappresentato la sintesi dell'attività del biennio, incentrato sulle competenze del

Cardiologo UTIC, dal titolo "UTIC 2010: le competenze del Cardiologo Intensivista".

### Attività di Formazione

I Corsi di Clinical Competence per il Cardiologo UTIC rappresentano certamente l'elemento maggiormente caratterizzante dell'attività dell'Area. Ideati e messi a punto già nel precedente biennio, i Corsi sono stati implementati e ulteriormente diffusi in questo biennio. I Corsi si sono svolti a Castiglione di Sicilia (13 - 15 novembre 2009), Roma (22 - 24 marzo 2010), Milano (22 - 24 novembre 2010). I Corsi hanno ricevuto commenti molto positivi da parte dei discenti ma anche da parte dei committenti e dal Board del WG ACC della ESC. Sono già stati programmati i Corsi di Napoli (primo trimestre 2011) e di Taormina (10 - 12 aprile 2011, nell'ambito del Mediterranean Cardiology Meeting). In questo biennio è stato ideato e messo a punto, in collaborazione con l'Area Nursing, il Corso di Clinical Competence per gli Infermieri UTIC, la cui prima edizione è a Cagliari dal 2 al 4 dicembre 2010. Continuano ad essere svolti e a ricevere attestazioni di apprezzamento e gradimento i Corsi RCP ANMCO, riconosciuti da American Heart Association, che ha attribuito all'ANMCO il ruolo di International

Training Organization. Nel 2010 sono stati festeggiati i dieci anni di attività, durante i quali sono stati svolti oltre 10.000 Corsi con oltre 15.000 Discenti.

### Attività Scientifica

L'Area ha partecipato alla realizzazione ed alla stesura di alcuni lavori scientifici, incentrati sulle tematiche trattate nel biennio: "Clinical implication and management of bleeding events in patients with acute coronary syndrome" (JCM, 2009); "Le Competenze Cliniche del Cardiologo di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica: dalle Esigenze Pratiche ai Progetti Formativi" (GIC, 2010); "Epidemiology and patterns of care of patients admitted to the Italian Intensive Cardiac Care Units (ICCU). The *Blitz 3* Registry." (JCM, 2010); "Distribuzione e appropriatezza dei ricoveri ed utilizzo di risorse nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica Italiana. Lo studio *Blitz 3*" (GIC, in press). Inoltre è stato presentato ed accettato un Poster, "Cardiological competence in the Intensive Care Units in Italy: a challenging training program endorsed by the National Scientific Society of Hospital Cardiologists ANMCO" al Congresso WG ACC - ESC, svoltosi a Copenaghen, dal 16 al 19 ottobre 2010. L'Area ha inoltre collaborato costantemente a "Cardiologia negli Ospedali".



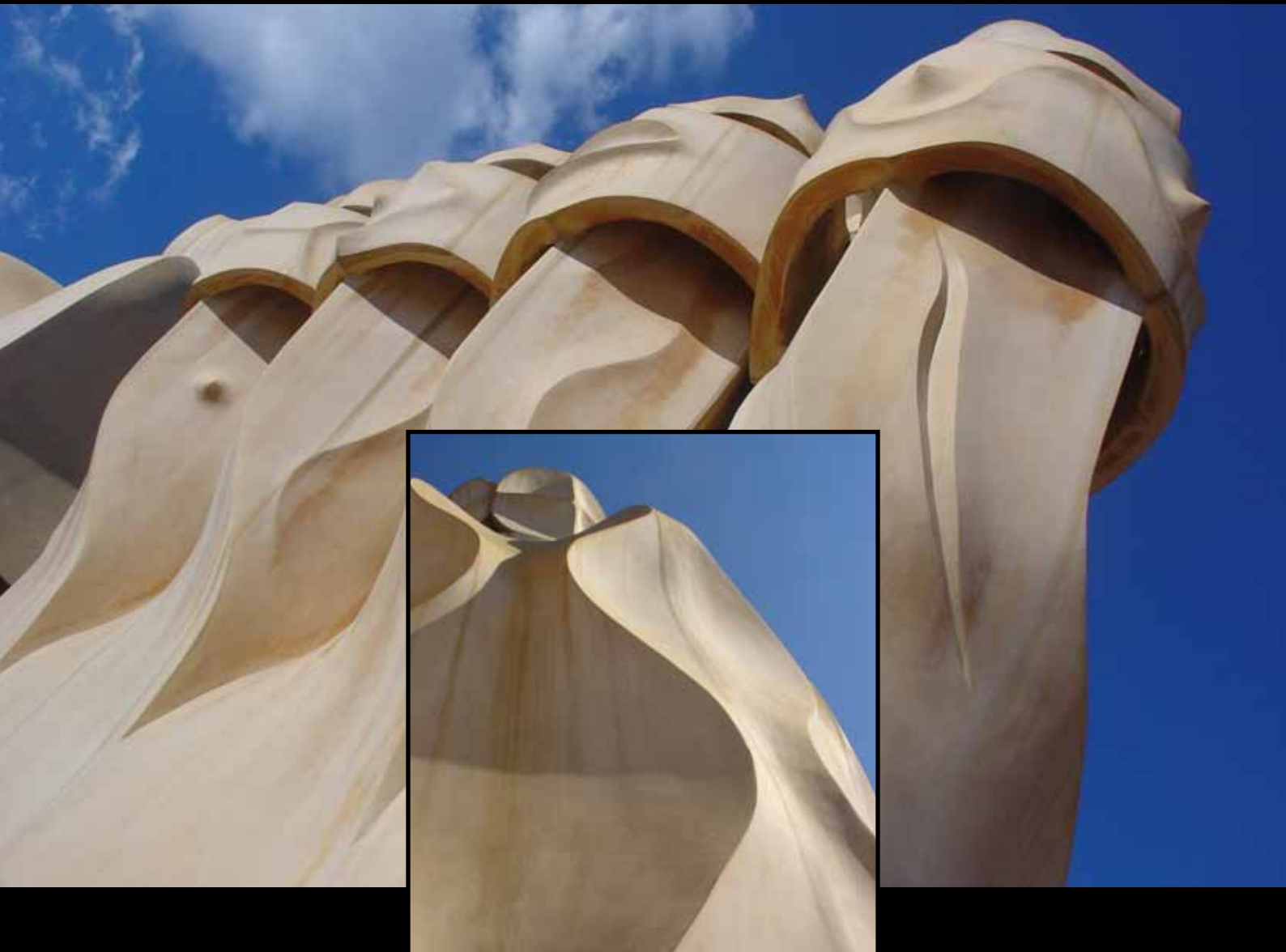
## Sito WEB

Nel corso del biennio l'Area Emergenza - Urgenza ha abbandonato un proprio Sito, gestito autonomamente rispetto al Sito WEB ANMCO nel quale è rientrata optando per la linea comune anche alle altre Aree della nostra Associazione. Inoltre l'Area, con il coordinamento di Paolo Trambaiolo, ha provveduto a rinnovare totalmente i contenuti WEB dando una nuova impostazione ed aggiornando completamente il materiale inserito. Il processo è stato svolto tenendo presente la linea editoriale dell'Area: aggiornamento scientifico di alto profilo e costante attenzione alle ricadute pratiche, assistenziali e organizzative. L'Area inoltre ha intrapreso alcune altre iniziative che, nonostante siano ideate, analizzate e progettate, talora nei dettagli, per vari motivi (economici, organizzativi, ecc.) non sono state portate a termine. Fra questi il Convegno "Il progetto ANMCO - HCF per la Scuola", in collaborazione con la Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus e l'Area Prevenzione Cardiovascolare; il Convegno "Ecocardiografia in Emergenza"; il Convegno "Scompenso Cardiaco Acuto e Sindromi Coronariche Acute", in collaborazione con l'Area Scompenso Cardiaco. Quanto è stato elaborato verrà ovviamente consegna-

to al nuovo CdC. È opportuno infine segnalare l'elezione nel Board del WG ACC della ESC di Maddalena Lettino, prossima Chairperson dell'Area Emergenza - Urgenza, che avrà pertanto l'onere e l'onore di rappresentare a livello europeo la capillare ed efficiente Rete delle UTIC italiane.

## In conclusione

Alcune cose sono state fatte, altre ancora se ne potevano fare. Così come alcuni problemi rimangono aperti, a partire dai rapporti con gli associati. Il tentativo di rendere più "aperta" e "coinvolgente" l'Area (pubblicazione dei Verbali delle riunioni, delle iniziative, delle presentazioni dei Convegni, di altro materiale scientifico e didattico in un Sito completamente ristrutturato e più fruibile) ha ottenuto solo parzialmente il risultato atteso. Queste le riflessioni alla fine del biennio, che sottoponiamo all'attenzione degli associati e che passiamo, a *mo'* di testimone, al Comitato di Coordinamento del prossimo biennio.



*Antonio Gaudí, La Pedrera Argonautas, Barcellona*

## *Una seconda giovinezza per l'Ecocardiografia?*

Tecnologie digitali e scienze informatiche offrono gli strumenti per garantire l'integrità del processo clinico e salvaguardare il ruolo clinico di ciascuna delle figure mediche che coopera nella realizzazione del processo, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze

Sta per avere inizio una nuova stagione dell'Ecocardiografia fondata su tre principali temi:  
Referto strutturato, cuore virtuale e dinamiche del cuore in 3D

DI GUIDO GIORDANO



**U**n lungo periodo di decadenza per l'Ecocardiografia sta forse per concludersi. Una epoca di delusioni per i pazienti, che si aspettavano priorità per la qualità degli esami e per l'affidabilità delle diagnosi piuttosto che per l'ossessivo incremento numerico delle prestazioni. Una epoca di delusioni per i Medici dediti alla disciplina, che hanno operato in un contesto che svilisce il merito e le competenze professionali. Alcune innovazioni tecnologiche pongono le premesse perché una nuova stagione dell'Ecocardiografia possa avere inizio, un'era riconducibile a tre principali temi.

### Il Referto strutturato

Per prassi il Cardiologo consegna al paziente il tracciato elettrocardiografico (Reperto) insieme alla propria interpretazione diagnostica (Referto). Referto e Reperto, insieme, costituiscono il Referto strutturato (Figura 1). Il Referto strutturato dell'ECG consentirà ai colleghi che ne prenderanno visione di confermare o smentire la diagnosi elettrocardiografica. Il Cardiologo che referta l'ECG è consapevole che consegnare il Reperto insieme al Referto, mette in gioco la propria credibilità professionale; ciononostante non si sottrae a questa prassi. Questo comportamento ha contribuito a mantenere elevata la soglia di affidabilità della diagnosi elettrocardiografica ed a mettere in evidenza le competenze del Medico. La stampa cartacea è un supporto

adeguato per il contenuto informativo dell'elettrocardiogramma ma non lo è per la ricca quota di contenuto dinamico dell'esame ecocardiografico; ne consegue che spacciare alcune fotografie per Reperto dell'esame ecocardiografico costituisce in parte un falso ideologico. Tecnologie digitali e scienze informatiche offrono gli strumenti idonei per documentare lo studio ecocardiografico. Le soluzioni tecnologiche vanno dal semplice ed economico supporto ottico (CD o DVD), all'indispensabile PACS, fino alla condivisione degli studi "on the cloud". Fornire per prassi il Referto strutturato per ciascun esame diagno-

stico determina una serie di implicazioni positive. Questo comportamento infatti:

- rafforza la validità della diagnosi a tutela del paziente, poiché impone al Medico esecutore una maggiore assunzione di responsabilità, rassicurandolo al contempo sul piano medico - legale;
- svela le competenze professionali del medico e contribuisce a definire un contesto che ne valorizza il merito, che potrà essere riconosciuto ed apprezzato;
- svela le qualità delle apparecchiature utilizzate e le modalità di produzione degli esami, scoprendo realtà talora inconfessabili, dando così un forte impulso allo svecchiamento del parco macchine installato e contribuendo a mantenere elevato il livello qualitativo degli strumenti e della loro modalità di utilizzo;
- migliora le aspettative delle giovani generazioni di medici che si dedicano alla metodica.

Referto Ritmo sinusale. Blocco di branca destra completo

Reperto



Figura 1 - Esempio di Referto strutturato.  
Condividi la diagnosi? Ruolo di garanzia del Reperto.

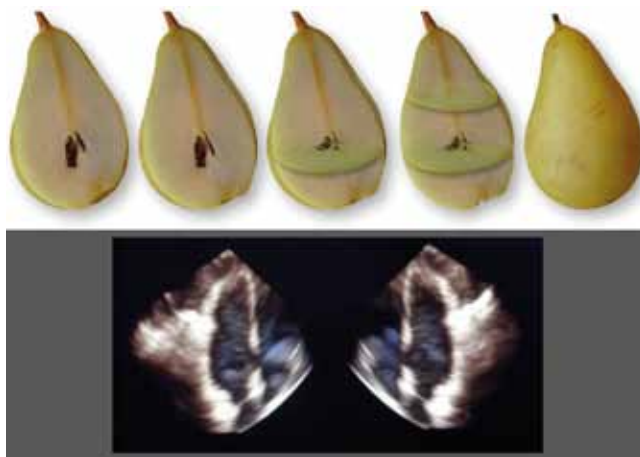


Figura 2  
L'esplorazione tomografica

## Il cuore virtuale

Un tempo si poteva esaminare un organo interno del corpo umano solo previo espanto da cadavere. Con gli ultrasuoni possiamo esaminare gli organi interni in vita. Le sezioni tomografiche del cuore, quelle che è possibile operare con la scansione manuale transtoracica, consentono di definire la complessa struttura stereoscopica anatomica del cuore (Figura 2). Con l'Ecocardiografia tridimensionale, invece, è possibile produrre un clone virtuale del cuore in toto, trasferirlo in una piattaforma digitale e lì procedere all'esplorazione anatomo - funzionale utilizzando appositi "coltelli anatomici" e operando piani di sezione non più vincolati dai limiti geometrici imposti dall'approccio transtoracico bidimensionale. Si tratta di una grande svolta: prelevare virtualmente il cuore dal torace del paziente per analizzarlo in una piattaforma digitale con metodologie innovative. C'è di più: questa modalità operativa propone lo sviluppo futuro della fusione multimodale dell'Imaging, già una realtà per la Radiologia. Si tratta della possibilità di ricostruire il cuore virtuale integrando e fondendo insieme le informazioni ed i segnali che provengono da molteplici metodiche di Imaging, ad esempio Risonanza Magnetica ed Ecografia.

## La dinamica del cuore in 3D

Le pareti del cuore ed i flussi ematici si muovono in uno spazio tridimensionale. La metodica Doppler, finora utilizzata per lo studio funzionale del

cuore e dei flussi ematici, presenta un limite invalicabile: essa coglie solo una delle tre componenti spaziali del movimento, quella che avviene lungo la direzione del fronte di propagazione del segnale ultrasonoro. Immaginiamo di trovarci in un affollato salone al buio e di disporre solo di un sottilissimo fascio laser per illuminare la scena. Sarà assai arduo ricostruire mentalmente la reale struttura stereoscopica del salone ed ancora più difficile intuire ciò che si muove all'interno. Quando la luce si accende e si può osservare in 3D, all'improvviso tutto diviene più semplice e comprensibile. Finora abbiamo esaminato le dinamiche del cuore alla luce di un sottile fascio di luce laser. Lo "speckle tracking" è una tecnica d'analisi che si applica a varie metodiche di Imaging, compresi gli ultrasuoni. Essa si applica allo studio del movimento delle pareti e del sangue ed abbatte l'invalicabile limite monodimensionale del Doppler, infatti essa si applica con approccio bidimensionale e, più di recente, tridimensionale. Lo "speckle tracking" è pertanto una tecnica potenzialmente in grado di "accendere la luce" e mostrarci le dinamiche del cuore nella loro reale estrinsecazione spaziale. Inoltre essa si applica al clone digitale virtuale del cuore e consente, a differenza del Doppler, anche le indagini a posteriori. Assisteremo sicuramente ad un graduale perfezionamento e allo sviluppo della metodica che potrebbe preannunciare una grande novità: essa soppianderà

il Doppler? I principali ostacoli che si frappongono all'innovazione ed alla realizzazione di cambiamenti così radicali sono di natura culturale. La rapidità con cui avviene il progresso tecnologico e scientifico e la vastità delle conoscenze mediche creano serie difficoltà all'attuazione di radicali cambiamenti nell'approccio culturale e nelle modalità operative che si sono consolidate. La valenza storica del lungo processo personale di maturazione professionale e l'aver vissuto testimonianza diretta di una parte dell'evoluzione scientifica possono rappresentare un ostacolo per le generazioni più mature cui tuttavia spetta il compito di spianare la strada alle nuove generazioni ed agevolare il progresso della Medicina. La preannunciata seconda giovinezza dell'Ecocardiografia si inserisce nel panorama più ampio del profondo processo di innovazione iniziato con l'introduzione delle tecnologie digitali e delle scienze informatiche nella gestione dei processi clinici. Il processo clinico un tempo era più semplice ed era svolto da un singolo Medico; adesso è sempre più articolato e coinvolge molteplici figure mediche che operano in collaborazione. Tecnologie digitali e scienze informatiche offrono gli strumenti per garantirne l'integrità e salvaguardare il ruolo clinico di ciascuna delle figure mediche che coopera nella realizzazione del processo clinico, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze.



## Amarcord...

Il programma incentrato su ricerca osservazionale, standardizzazione/ottimizzazione della pratica clinica, formazione di competenze specifiche su malattia tromboembolica venosa e miglioramento dei rapporti con gli Iscritti è stato in larga parte rispettato

DI ANDREA RUBBOLI

**G**iunti al termine di un mandato è inevitabile, ma anche opportuno, abbandonarsi ai ricordi. E non si tratta di certo de *La "Gradisca"*, procace parrucchiera, o di mastodontiche tabaccaie, né di nonni che aspettano nella nebbia più impenetrabile il passaggio del *transatlantico Rex*, e neppure di zii squinternati che in cima ad un albero gridano «*voglio una donnaaaaaaa*». Si tratta piuttosto dei progetti che il Comitato di Coordinamento si era proposto di (e si era impegnato a) portare avanti al momento dell'insediamento, e di quelli che in realtà è riuscito a portare a compimento nel biennio 2009 - 2010.



### Il programma ed i risultati

Al momento del suo insediamento, il Comitato di Coordinamento aveva individuato quattro punti, chiaramente esplicitati nella Sezione del Sito WEB ANMCO riservata al programma dell'Area: 1. condurre attività di ricerca, essenzialmente volta all'iden-

tificazione delle modalità correnti di gestione delle malattie del circolo polmonare; 2. ottimizzare/standardizzare la pratica clinica, soprattutto relativamente ad aspetti ancora controversi e non chiarificati dalle Linee Guida; 3. formare professionisti Cardiologi con specifiche competenze sulla malattia tromboembolica venosa e l'ipertensione polmonare; 4. migliorare i rapporti fra Comitato di Coordinamento ed Iscritti. Andiamo ad esplorarli in sintesi.

1. la metodologia di ricerca attraverso la quale tale attività è stata (ed è tuttora) condotta consiste nell'implementazione di Registri osservazionali che,

da un lato rappresentano una modalità “economicamente sostenibile”, e dall’altro costituiscono la prima tappa di una strategia più articolata volta ad individuare le criticità (da correggere successivamente mediante opportune azioni) a partire dall’osservazione e catalogazione dei comportamenti correnti nel nostro territorio nazionale. Le iniziative condotte con tale modalità comprendono: a) l’Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER), che consiste in una raccolta prospettica di dati relativi alla gestione del paziente con embolia polmonare, sia nella fase intra - ospedaliera che post - dimissione (per 12 mesi), promossa e coordinata da Franco Casazza, alla quale partecipano oltre 50 centri sparsi sul territorio nazionale, in cui sono stati arruolati oltre 1.500 pazienti, ed i cui risultati preliminari sono già stati presentati ai Congressi ISTH 2009 (Boston), ANMCO 2010 (Firenze) e ESC 2010 (Stoccolma); b) il Registro INCidenza di Ipertensione Polmonare In ulTrasonografia (INCIPIT), che consiste in un censimento condotto in oltre 150 Laboratori di Ecocardiografia in Italia nel periodo 10 - 28 novembre 2008, per valutare l’epidemiologia e la tipologia dell’ipertensione polmonare riscontrata nell’attività ordinaria,

coordinato da Iolanda Enea e Stefano Ghio, ed i cui risultati sono stati presentati in forma preliminare al Congresso Nazionale ANMCO 2009 di Firenze, al Congresso della ESC 2009 a Barcellona e al Congresso Nazionale ANMCO 2010 (Firenze), e pubblicati in forma definitiva sul “Giornale Italiano di Cardiologia” (Enea I. et al. G Ital Cardiol 2010;11:402-7).

2. L’ambito entro il quale il Comitato di Coordinamento ha lavorato con l’obiettivo di ottimizzare e standardizzare la pratica clinica è quello del follow up del paziente con embolia polmonare. Tale fase, estremamente importante per i risvolti prognostici legati al possibile verificarsi di recidive ed al possibile sviluppo di una condizione grave ed invalidante quale l’ipertensione polmonare, non è infatti affrontata, né tantomeno standardizzata, in alcun documento scientifico. Dopo un percorso burocratico abbastanza prolungato, dovuto all’acquisizione in itinere dell’egida della Federazione Italiana di Cardiologia che, data l’importanza dell’argomento, ha voluto conferire all’iniziale progetto dell’Area Malattie Circolo Polmonare ANMCO, di elaborare un documento di consenso per la gestione di tale fase, una connotazione federativa, l’i-

niziativa ha preso le mosse nella scorsa estate sotto la guida ed il coordinamento di una Commissione ANMCO - SIC nominata dalla Federazione Italiana di Cardiologia e composta da Carlo D’Agostino (Coordinatore), Vittorio Pengo (Co - Coordinatore), Michele D’Alto, Andrea Rubboli, Dario Vizza e Pietro Zonzin.

3. Per sviluppare competenze specifiche nella gestione della malattie del circolo polmonare, che richiedono approfondite conoscenze multidisciplinari, il Comitato di Coordinamento dell’Area ha elaborato l’ambizioso progetto di istituire un Corso di Clinical Competence, promosso da Andrea Rubboli, Michele Azzarito e Bianca Maria Fadin denominato “Dalla trombosi venosa profonda all’embolia, all’ipertensione polmonare” che si è svolto il 4 e 5 novembre 2010 a Firenze, e che ha visto il partecipante coinvolgimento di un numero ristretto di discenti che suddivisi in piccoli gruppi coordinati da un Tutor, hanno potuto confrontarsi interattivamente su Casi Clinici presentati e discussi dai maggiori esperti italiani.

4. La disponibilità sul Sito WEB dei Verbali delle cinque Riunioni annuali del Comitato di Coordinamento, efficacemente redatti da Michele

Rugolotto e costantemente revisionati da Andrea Rubboli e, soprattutto, la costante presenza sulle pagine di *“Cardiologia negli Ospedali”*, ad opera di Andrea Rubboli, è stata pienamente rispettata durante il biennio 2009 - 2010 con l’obiettivo dichiarato di migliorare i rapporti con gli Iscritti, che così possono essere costantemente informati sull’operatività e progettualità dell’Area. In conclusione, quindi, gli impegni presi all’inizio del mandato sono stati in larga parte portati a termine. Inoltre, durante il biennio 2009 - 2010 è stato anche possibile risolvere, grazie anche alla collaborazione ed apertura dei Presidenti Salvatore Pirelli e Marino Scherillo, l’annoso e stagnante problema del finanziamento alle iniziative dell’Area, ed in particolare del Registro IPER. Nel ripercorrere l’attività svolta nel biennio 2009 - 2010 sarebbe improprio, oltre che ipocrita, enumerare solo ciò che ha funzionato, dal momento che altre attività (ad esempio Campagne Educazionali) avrebbero potuto essere intraprese. Inoltre, all’interno di questo, seppur ampiamente sviluppato, programma vi è il rammarico di non aver saputo/potuto coinvolgere realmente gli Iscritti nelle attività dell’Area, la cui parteci-

pazione alle Riunioni degli Iscritti al Congresso Nazionale ANMCO (pur tenendo conto dell’allontanamento generale dalla vita associativa di questi anni) ed il cui feedback alle nostre attività sono stati globalmente modesti.

### Progetti e ringraziamenti

Possiamo garantire che l’avvicinamento del Comitato di Coordinamento si configurerà come una transizione e, mentre nuovi progetti verranno implementati, verranno conclusi quelli avviati durante il biennio 2009 - 2010, quali il censimento INCidenza di Ipertensione Polmonare In ulTrasonografia 2 (INCIPIT 2) coordinato da Iolanda Enea e volto a determinare se e come i Laboratori di Ecocardiografia sono collegati a gruppi di lavoro dedicati alla diagnosi e terapia della ipertensione polmonare, ed il Censimento/Registro Pulmonary Embolism Thrombo - Embolectomy Registry (PETER) coordinato da Loris Roncon e Pietro Zonzin, volto a identificare e quantificare i centri che sul territorio nazionale eseguono il trattamento meccanico dell’embolia polmonare, ed a implementare un database nazionale nel quale far convergere tutti i dati relativi ai pazienti trattati in Italia con tale modalità. Al

momento di congedarci, va ora rivolto il più sincero “in bocca al lupo” a chi ci succederà nel compito oneroso, ed onorifico, di dirigere l’Area Malattie Circolo Polmonare nel biennio 2011 - 2012, ed un sentito ringraziamento al Co - Chairman Loris Roncon, ai componenti il Comitato di Coordinamento Ermanno Angelini, Michele Azzarito, Bianca Maria Fadin e Matteo Rugolotto, ai consulenti Franco Casazza e Pietro Zonzin, ai Referenti per gli Studi Clinici Iolanda Enea e Amedeo Bongarzoni, al membro del Comitato Scientifico Giuseppe Favretto ed al Coordinatore del Documento federativo sul Follow up dell’Embolia Polmonare Carlo D’Agostino. Un ringraziamento ancora più sentito infine, viene rivolto da tutto il Comitato di Coordinamento 2009 - 2010 a Simonetta Ricci, Segreteria Aree ANMCO, e Simona Saracco, Segreteria ANMCO, alle quali saremo sempre debitori per la professionalità e disponibilità, oltre che per la gentilezza, costantemente dimostrate nell’indirizzare e supportare il nostro lavoro.

# *L'orientamento all'Utente/Cliente come stimolo al miglioramento continuo*

## L'esperienza del Questionario conoscitivo dell'ANMCO Piemonte e Valle d'Aosta

Conoscere i bisogni e le aspettative dell'Utenza per migliorare la qualità del prodotto offerto

DI P. CORSETTI, E. PASINI, D. PAVAN, G. ITALIANI, V. LENTI, G. LEVANTESI

### Orientamento al Cliente/Utente e azione manageriale

Conoscere desideri, aspettative e bisogni dei potenziali Associati ANMCO che sono Clienti/Utenti cui una Organizzazione si rivolge (nel nostro caso Società Scientifica), rappresenta la maniera più efficace per competere sul mercato e realizzare gli obiettivi che l'Organizzazione stessa si è data. Ciò vale sia che si tratti di massimizzare la redditività di capitali investiti (organizzazioni "profit") sia di perseguire obiettivi di carattere sociale, culturale o, in senso più lato, filantropico la cui unità di misura possa non essere, ad una prima lettura, di carattere immediatamente economico (organizzazioni "no profit"). Comprendere la psicologia del Cliente/Utente, anticipandone ed orientandone la richiesta così da soddisfare le sue aspettative, espresse o latenti, rientra in quell'ambito definito con termini anglosassoni come "customer satisfaction". In contesti poco turbolenti, a bassa complessità o con pochi

"competitor" esterni, l'orientamento al Cliente può non rappresentare la principale preoccupazione di una organizzazione ma, ove la sfida competitiva si faccia più serrata, solo affilati strumenti di management permettono di mantenere le posizioni di mercato o di conquistarne di nuove. Portare a compimento un qualsiasi disegno strategico richiede quindi, oltre alla profonda conoscenza della propria organizzazione, accurate indagini di mercato per capire chi rappresenti e che cosa voglia la platea dei potenziali Clienti/Utenti.

### Dare valore al prodotto

Ma l'azione manageriale non deve limitarsi a questo. Una volta individuato chiaramente il "target", occorre creare prodotti ai quali il Cliente/Utente attribuisca un "valore" pari o superiore a ciò cui egli rinuncia nella transazione economica che lo porta a fruirne (es. cessione di denaro in cambio di beni di consumo). Un prodotto ritenuto di poco o nullo pregio difficilmente trova acquirenti o ha un valore

di scambio basso, indipendentemente dall'averne uno maggiore che non viene percepito come tale. Il percorso descritto è quello accidentato dell'autoconsapevolezza, lo stesso che deve percorrere ogni organizzazione che voglia definire se è in possesso delle giuste risorse per sfruttare le opportunità del mondo esterno scongiurando le minacce alla sua sopravvivenza. La Tecnica SWOT è uno degli strumenti manageriali che permettono sia l'analisi sistematica dei punti di forza e di debolezza sia una chiara definizione dei rischi e delle opportunità presenti nell'ambiente esterno consentendo di realizzare matrici di orientamento delle scelte strategiche in funzione del profilo identitario, delle risorse e del contesto competitivo entro cui una organizzazione si muove. Il tutto temperato dalla coscienza che qualsiasi analisi ha sempre ampi margini di incertezza che rendono talora necessaria l'adozione di "strategie emergenti" molto diverse da quelle inizialmente previste.



**Il Consiglio Direttivo ANMCO Piemonte e Valle d'Aosta in carica nel biennio 2008 - 2010 ha progettato, diffuso ed analizzato un Questionario conoscitivo sulle Strutture Cardiologiche presenti sul territorio regionale**

**Una organizzazione i cui Soci rivestono il duplice ruolo di Clienti/Utenti e di potenziali creatori di valore, che manchi di stimolarne motivazione e il senso di appartenenza, avrebbe il dovere di interrogarsi sull'efficacia delle sue strategie**

### **Conoscere le aspettative per soddisfare le esigenze**

Queste, in sintesi, le motivazioni teoriche che hanno spinto il Consiglio Direttivo ANMCO Piemonte e Valle d'Aosta in carica nel biennio 2008 - 2010 a progettare, diffondere ed analizzare un Questionario conoscitivo alle Strutture Cardiologiche presenti sul territorio regionale, i cui primi dati sono stati presentati nel Simposio dell'Area Management & Qualità al Congresso Nazionale ANMCO tenutosi a Firenze nel mese di maggio 2010. Nel panorama della Cardiologia italiana l'ANMCO mantiene intatta una sua autorevolezza come promotrice di ricerca scientifica e fonte di linfa culturale ma è, anche percepita come poco incisiva nei rapporti con il decisore politico, non sempre capace di porsi in relazione adeguata con il mondo universitario e, infine, scarsamente efficace nell'offrire slancio e motivazione ai suoi Soci. Quest'ultimo dato merita un brevissimo commento in funzione delle precedenti considerazioni su transazioni e valore di scambio. Una organizzazione i cui i Soci rivestono il duplice ruolo di Clienti/Utenti e di potenziali creatori di valore, che manchi di stimolarne motivazione e senso di appartenenza avrebbe il dovere di interrogarsi sull'efficacia delle sue strategie. Essa, infatti, dovrebbe comprendere i rischi conseguenti all'appannarsi del suo "appeal" se, smettendo di interpretare desideri e bisogni emergenti dei suoi Clienti, offrisse servizi che solo in parte rispondono alle loro esigenze o che sono facilmente reperibili altrove da "provider" più accattivanti o capaci di coinvolgere. Per

la valutazione di rischi ed opportunità l'orientamento prevalente è che l'innegabile deriva iperspecialistica che contraddistingue la Cardiologia sia uno dei pericoli maggiori a fronte del ritorno ad una visione più clinica, considerata non come un regresso ma come riproposizione di una idea meno tecnicistica della professione medica (forse... "L'Arte perduta di guarire" di cui scriveva il Dott. Lown). Parimenti temuta una regionalizzazione estrema in Sanità per il rischio che diventi difficile garantire l'uniformità dei percorsi clinico - assistenziali, soprattutto a fronte di severe misure di razionalizzazione e di tagli dei bilanci sanitari. Questi ed altri gli argomenti trattati nel Questionario e sui quali i Soci hanno espresso la loro opinione. Se e come vadano modificate le strategie interne dell'ANMCO o come essa possa contribuire a governare i cambiamenti della Sanità interagendo con i suoi interlocutori naturali (la Società civile, la Politica, l'Industria, l'Università), sono tematiche estremamente complesse che, da anni, vedono impegnati in prima linea i più autorevoli esponenti del mondo cardiologico italiano. Con il loro progetto i Cardiologi di Piemonte e Valle d'Aosta e l'Area Management & Qualità hanno inteso offrire, a loro e a tutti i Colleghi dell'Associazione, un contributo di conoscenza utilizzando uno strumento della cultura manageriale, allo scopo di identificare dove si concentrino le maggiori aspettative dei Soci e quali possano essere gli ambiti in cui cogliere l'opportunità per iniziative sempre più rispondenti ai loro bisogni.



## *I risultati dell'indagine di soddisfazione condotta nelle 27 Cardiologie Certificate*

DI P. CALDAROLA, E. PASINI, O. PITOCCHI

**I**l team di progetto (ANMCO - Cardiologie - OPT) ed AstraZeneca, Sponsor dell'iniziativa, hanno fornito nel corso di questi ultimi anni una chiave di lettura concreta e pratica del concetto di Clinical Governance in Cardiologia, attraverso lo sviluppo e l'implementazione di un modello organizzativo adeguato a garantire:

- gestione per processi e integrazione tra i settori interni all'Unità Operativa di Cardiologia ed i servizi esterni (PS, Ingegneria Clinica, Farmacia Ospedaliera, ecc.);

- analisi delle criticità nei processi operativi e nei Percorsi Paziente;
- misurabilità e trasparenza riguardo i risultati raggiunti, attraverso un adeguato sistema di monitoraggio degli indicatori essenziali;
- coinvolgimento di tutto il personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo riguardo le logiche e gli strumenti organizzativi implementati;
- condivisione del progetto e delle relative azioni di miglioramento con le funzioni aziendali preposte alla Qualità, alla Gestione del Rischio,

all'Accreditamento, oltre al coinvolgimento della parte politico - istituzionale quale Assessorato alla Salute e Agenzia Sanitaria Regionale. A tre anni dall'avvio dell'iniziativa è stata effettuata una indagine di soddisfazione rivolta ai componenti dello Staff Qualità delle 27 Cardiologie sinora certificate, al fine di valutare e sostanzialmente validare il progetto ed il percorso effettuato. Nel mese di luglio 2010 è stata infatti condotta l'indagine ed i risultati sono riportati nella tabella di pagina seguente.

QUESITO	RISULTATO			
1. Globalmente il progetto di consulenza ad oggi ha soddisfatto le Vs aspettative?	completamente 83%	per la maggior parte 13%	solo in parte 4%	per nulla 0%
2. Ritenete che i tempi previsti per il progetto siano adeguati?	completamente 29%	per la maggior parte 67%	solo in parte 4%	per nulla 0%
3. Come giudicate complessivamente la capacità di OPT di fornire un valore aggiunto in termini di metodi, approcci e strumenti?	ottima 92%	sufficiente 8%	insufficiente 0%	pessima 0%
4. Come giudicate complessivamente la capacità dei consulenti di instaurare una relazione positiva con i partecipanti al Progetto?	ottima 100%	sufficiente 0%	insufficiente 0%	pessima 0%
5. Il Progetto è risultato utile per il miglioramento della Vs. Organizzazione?	completamente 50%	per la maggior parte 38%	solo in parte 12%	per nulla 0%
6. Il Progetto è risultato utile per l'ottimizzazione dei rapporti tra la Vs. Organizzazione e il resto della Struttura?	completamente 21%	per la maggior parte 50%	solo in parte 25%	per nulla 4%
7. Il Progetto è risultato utile per agevolare il confronto tra Voi e le altre Cardiologie partecipanti al Progetto?	completamente 25%	per la maggior parte 46%	solo in parte 25%	per nulla 4%
8. Come giudicate il Vostro attuale livello di autonomia nell'utilizzare, mantenere e migliorare il Vs. modello organizzativo?	ottima 17%	sufficiente 75%	insufficiente 8%	pessima 0%
9. Alcuni aspetti del progetto citati come particolarmente ben riusciti:				
<p>Adozione strumenti pratici per governare i rischi: Scheda Terapeutica Unica (STU), moduli Consensi Informati, consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, Check List per la verifica e il controllo del rispetto delle Buone Pratiche, delle Linee Guida e dei protocolli interni.</p> <p>Esame introspettivo e conoscitivo della nostra UOC.</p> <p>Analisi e rilevazione principali criticità/problematiche organizzative/non conformità + diffusione e condivisione tra colleghi + confronto con il gruppo di lavoro.</p> <p>Implementazione attività utili per migliorare i rapporti con altre UU.OO aziendali.</p> <p>Gestione delle risorse strumentali tecnologiche della U.O.C (secondo un piano strutturato in accordo con l'Ingegneria Clinica).</p> <p>Adozione routinaria metodologie e strumenti organizzativi (es. distribuzione questionari Customer Satisfaction alla dimissione del paziente; miglioramento comunicazione con l'Utenza all'arrivo in Reparto mediante CD e counseling sistematico alla dimissione).</p> <p>Confronto con persone qualificate ad affrontare e risolvere le criticità; superare l'autoreferenzialità grazie anche all'aiuto di soggetti esterni che ci valutano.</p> <p>Ottimizzazione della comunicazione interna (tra colleghi, collaboratori e superiori) e verso l'esterno (Azienda e Utenza).</p> <p>Sensibilizzazione alle logiche della Clinical Governance (Sistema di Gestione per la Qualità, Hospital Risk Management, ecc.).</p> <p>Individuazione indicatori di processo e attivazione sistema di monitoraggio.</p> <p>Formazione più mirata alle esigenze della professione nell'ambito cardiologico.</p> <p>Supporto costante/tutoring continuo consulenti OP.</p> <p>Valore aggiunto umano, oltre che professionale dei consulenti OPT, della loro capacità di coinvolgere e motivare le persone.</p> <p>Semplicità e nel contempo efficacia degli strumenti utilizzati.</p>				

10. Alcuni aspetti del progetto citati come da approfondire:

- Maggiore responsabilizzazione Direzione Generale
- Coinvolgimento della Direzione Sanitaria nel progetto (indispensabile per l'avvio)
- Coinvolgimento effettivo delle U.O. Qualità aziendali
- Raccolta indicatori clinici
- Rispetto privacy
- La gestione della documentazione clinica
- Maggior durata
- Percorsi diagnostico - terapeutici - assistenziali
- Interazione e confronto tra le Cardiologie partecipanti al Progetto

11. Alcuni suggerimenti e/o consigli:

- Calendarizzazione più lenta, presenza del tutor per la verifica di mantenimento
- Applicare strumento di valutazione soddisfazione anche per il Personale della UOC
- Determinare e formalizzare standard di assistenza infermieristica
- Validare Linee Guida e adozione di Linee Guida regionali
- Valutare rapporti costi - benefici nel percorso pz.
- Discutere aspetto dell'integrazione interprofessionale
- Fornire programma di mantenimento ed eventuale supporto
- Continuare su questa strada
- Maggior presenza dei consulenti
- Valutare l'opportunità/possibilità di inserire un componente Direzione Sanitaria nello Staff Qualità
- Programmazione incontri tra Staff vari reparti dell'H per uniformare documentazione (es. STU)



I risultati confermano un giudizio positivo riguardo:

1. la validità intrinseca del progetto;
  2. l' utilità di un supporto da parte di un qualificato team di consulenti;
  3. l'impatto positivo del progetto sulle attività delle UOC;
  4. il livello di autonomia per il mantenimento del modello organizzativo;
- Ci incoraggiano a proseguire l'esperienza di certificazione in altre realtà

cardiologiche e a continuare un monitoraggio sulle U.O. già certificate. Esistono sicuramente degli ambiti da migliorare:

- creare le condizioni per un maggiore e più partecipato coinvolgimento della Direzione Strategica aziendale e delle altre UU.OO./Servizi interessati, anche con il coinvolgimento diretto all'interno dello Staff Qualità di un referente dell'Area Qualità e Accredi-

tamento;

- implementare il progetto in tempi un po' più lenti;
- potenziare e rendere visibile la misurazione degli indicatori clinici;
- sviluppare l'approccio e l'analisi dei percorsi diagnostico - terapeutici - assistenziali, con forte attenzione all'ambito della riabilitazione.

## Fondazione, Area Prevenzione Cardiovascolare e Scuola, *una lunga storia... dai banchi al WEB*

DI STEFANO URBINATI

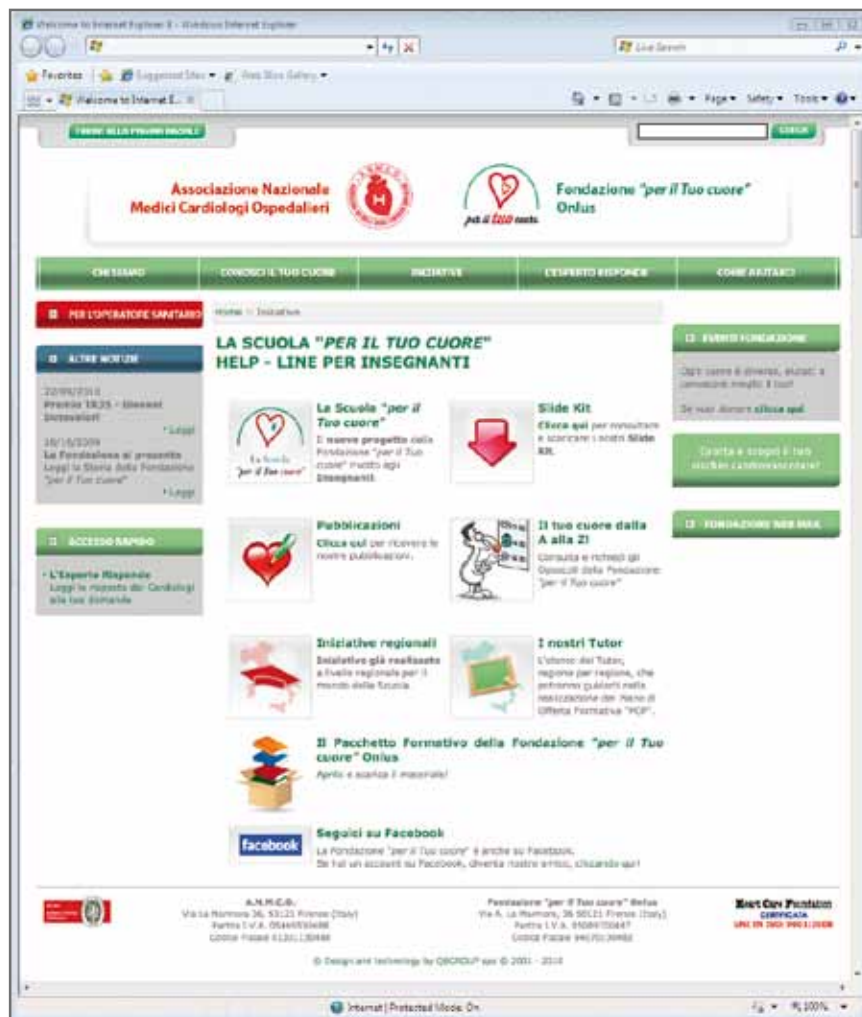


**F**in dal 1997, cioè fin dalla sua fondazione, Heart Care Foundation, ovvero Fondazione *“per il Tuo cuore”* Onlus, ha sempre riconosciuto tra le sue mission principali quella di diffondere l’educazione alla prevenzione e al primo soccorso attraverso la Scuola e fin dal principio è apparso chiaro che l’obiettivo doveva essere quello di formare gli Insegnanti e non necessariamente quello di presentarsi direttamente e “fare lezione” nelle Scuole. Perché chi si occupa di didattica ha le idee molto chiare: l’intervento isolato dell’esperto è molto meno efficace del percorso educativo che può portare avanti nel tempo un Insegnante “formato”. Cominciarono così i corsi “Io e il mio cuore” dove Insegnanti e Cardiologi si sono trovati insieme a condividere i materiali didattici e ad integrarsi in corsi sviluppati in tutta Italia dove gli Insegnanti diventavano promotori di percorsi da realizzare autonomamente nelle proprie Scuole con l’aiuto di sussidi *ad hoc*. Il passo avanti ulteriore lo fece Franco Valagussa nel 2004 con il progetto “Scuola Tuttocore”. Le

intuizioni furono tre: la prima, quella di farsi accreditare dal MIUR come Ente formatore per distinguersi dalla pletera di Associazioni che chiedono di collaborare con la Scuola, la seconda quella di rivolgersi anche ai ragazzi più giovani, quelli delle Medie e delle Elementari, e infine quella di integrare i percorsi di prevenzione sugli stili di vita con quelli sull’emergenza, perché non c’è esperienza più entusiasmante di quella che può provare un ragazzo alle prese con una rianimazione cardiopolmonare. L’esperienza dalla Brianza di Valagussa si è estesa a tutta l’Italia, sono stati scritti i Manuali per le Scuole, e anche alcuni fatti apposta per i più piccoli. Poi arriva il 2008 e HCF, diventata, sotto la spinta del Prof. Maseri, la Fondazione

*“per il tuo cuore”* ci riprova. Realizza “Cuore, alimentazione ed esercizio fisico” un programma “chiavi in mano”, portato avanti grazie alla tenacia e alla determinazione di Pier Luigi Temporelli, nell’ambito del programma ministeriale “Guadagnare salute” che riconosce La Fondazione come capofila nella promozione degli stili di vita nelle Scuole. Ma non basta. Nel 2009 la Fondazione decide che per investire nel vasto mondo della Scuola non è sufficiente l’intuizione e la passione di pochi, come sostiene Gian Luigi Nicolosi, ma ci vogliono tanti Cardiologi, quanti ne può mettere in campo, competenti e appassionati, l’Area Prevenzione Cardiovascolare che viene identificata come braccio educativo della Fondazione. La mission stavolta non è quella di imporre un modello preconstituito ma di mettere a disposizione delle Scuole tutto quello, ed è tanto, che c’è già: slide kit, esperti disponibili a collaborare con le Scuole, testi, percorsi didattici e lo strumento del momento è la rete, anzi il nuovo Sito ANMCO uscito dalle menti e dal cuore di un gruppo di

Cardiologi appassionati coordinati da Alessandra Chinaglia con la collaborazione di Simonetta Ricci e dello Staff del Sito WEB ANMCO. E la rete, diventata un social network, tramite il Sito della Fondazione può diventare il Forum dove Cardiologi e Insegnanti si possono incontrare e le iniziative realizzate localmente avere visibilità e proporsi per essere ammirate, ma anche utilizzate e reinventate. Durante il Congresso ANMCO 2010 è stata inaugurata la nuova Sezione del Sito **La Scuola “per il Tuo cuore”. Help - line per Insegnanti** cui potranno accedere gli Insegnanti, registrando il nome loro e della loro Scuola, in modo da darci la possibilità di conoscere i partner con cui stiamo collaborando. Per loro a disposizione Slide Kit, un lungo elenco di Esperti ANMCO in tema di prevenzione, ma anche Istruttori BLS - D che, grazie alla collaborazione dell’Area Emergenza - Urgenza, in particolare di Giuseppe Fradella e di Salvatore Campione, mette in campo tutte le sue forze migliori per diffondere la pratica della rianimazione cardiopolmonare tra i giovani. A disposizione delle Scuole ci sono i testi “A tu per tu con l’emergenza”, “Mi muovo sto bene” e anche, di prossima pubblicazione, “Mangio bene” così come gli Opuscoli di prevenzione che La Fondazione realizzò alcuni anni fa. E infine l’area “eventi” ospiterà tutte le iniziative che le Scuole decideranno di portare avanti insieme a noi. Il progetto **La Scuola “per il Tuo cuore”. Help - line per Insegnanti** ha bisogno di essere conosciuto e apprezzato nel mondo della Scuola. E allora quale traino migliore per fare conoscere il Sito della Campagna ANMCO in cor-



so “Il Valore della Vita”, fortemente voluta dal Presidente Marino Scherillo, dove si ricorda a tutti i Cittadini il pericolo di ammalarsi di cuore e si propone il Cardiologo nella duplice veste di colui che cura un cuore malato, ma anche di chi può contribuire a prevenire la malattia stessa. Nello Spot della Campagna, nei pieghevoli distribuiti nelle Scuole in grande quantità per promuovere fotografie, poesie, composizioni sul cuore c’è la segnalazione del Sito e in particolare della Sezione nella quale ogni Insegnante è invitato ad entrare. In primavera verranno contattati i Dirigenti Scolastici Regionali e Provinciali tramite i Presidenti Regionali ANMCO perché invitino le Scuole a formulare le loro iniziative formative, i loro POF, usufruendo di questa collaborazione e, se sarà possibile, verrà anche istituito un

Bando di Concorso per premiare nel 2011 le Scuole che avranno avuto le idee più originali o che avranno realizzato i corsi più avvincenti. L’ANMCO e la Fondazione, come l’American Heart Association, hanno ben chiaro il concetto che accanto alla ricerca di terapie sempre più sofisticate ed efficaci, vada promossa una attenta e capillare Campagna di prevenzione e che la Scuole e i ragazzi devono rappresentare un target privilegiato. Le tre iniziative messe in campo contemporaneamente, “Cuore, alimentazione ed esercizio fisico”, **La Scuola “per il Tuo cuore”. Help - line per Insegnanti** e la Campagna di Comunicazione “Il Valore della Vita” testimoniano quanto sia vivace la proposta cardiologica in questa direzione.

## ABRUZZO

*Presidente:* Leonardo Paloscia (Pescara)

*Consiglio Regionale:*

Domenico Di Clemente (Pescara)  
Giacomo Levantesi (Vasto - CH)  
Loredana Mantini (Chieti)  
Cosimo Napoletano (Teramo)  
Massimo Pasquale (Chieti)  
Marco Flavio Tiburzi (Avezzano - AQ)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/)

## BASILICATA

*Presidente:* Luigi Truncellito (Policoro - MT)

*Consiglio Regionale:*

Antonio Giovanni Cardinale (Matera)  
Michele Antonio Clemente (Matera)  
Berardino D'alexandro (Policoro - MT)  
Salvatore Gubelli (Venosa - PZ)  
Pasqualino Innelli (Marsico Vetere - PZ)  
Antonio Lopizzo (Potenza)  
Rosa Anna Manta (Policoro - MT)  
Vincenzo Domenico Martone (Potenza)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/)

## CALABRIA

*Presidente:* Mario Chiatto (Cosenza)

*Consiglio Regionale:*

Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria)  
Roberto Caporale (Cosenza)  
Nicola Cosentino (Cariati - CS)  
Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)  
Alessandro Ferraro (Località Germaneto - CZ)  
Raffaele Lumare (Crotona)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/)

## CAMPANIA

*Presidente:*

Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania - SA)

*Consiglio Regionale:*

Cesare Baldi (Salerno)  
Gennaro Bellizzi (Ariano Irpino - AV)  
Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA)  
Aldo Celentano (Napoli)  
Franco Mascia (Caserta)  
Gerolamo Sibilio (Pozzuoli - NA)  
Paolo Silvestri (Benevento)  
Attilio Varricchio (Napoli)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/campania/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/campania/)

## EMILIA ROMAGNA

*Presidente:* Diego Ardissino (Parma)

*Consiglio Regionale:*

Alessandro Capecchi (Bentivoglio - BO)  
Nicoletta Franco (Rimini)  
Alessandro Fucili (Ferrara)  
Alessandro Navazio (Reggio Emilia)  
Giampiero Patrizi (Carpi - MO)  
Angelo Placci (Ravenna)  
Claudio Reverberi (Parma)  
Giovanni Quinto Villani (Piacenza)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/)

## FRIULI VENEZIA GIULIA

*Presidente:* Antonio Di Chiara (Tolmezzo - UD)

*Consiglio Regionale:*

Salvatore Accardo (Gorizia)  
Antonella Cherubini (Trieste)  
Ermanno Dametto (Pordenone)  
Giuseppe Di Fonso (Latisana - UD)  
Grazia Fazio (Gemona del Friuli - UD)  
Laura Massa (Trieste)  
Alessandro Proclemer (Udine)  
Antonio Riccio (Spilimbergo - PN)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/)

## LAZIO

*Presidente:* Furio Colivicchi (Roma)

*Consiglio Regionale:*

Francesco Biscione (Roma)

Giuseppe Cacciatore (Roma)  
Giuseppe Ferraiuolo (Roma)  
Antonino Granatelli (Tivoli - RM)  
Fabio Menghini (Roma)  
Roberto Mezzanotte (Ostia - RM)  
Giuseppe Pajes (Albano Laziale - RM)  
Giovanni Pulignano (Roma)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/)

## LIGURIA

*Presidente:* Gianfranco Mazzotta (La Spezia)

*Consiglio Regionale:*

Federica Airoldi (Pietra Ligure - SV)  
Stefano Benedetto (Rapallo - GE)  
Ornella Magaia (Genova)  
Sandro Orlandi (Sestri Levante - GE)  
Claudio Rapetto (Imperia)  
Andrea Saccani (Genova)  
Luisa Torelli (Savona)  
Alberto Valbusa (Genova)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/)

## LOMBARDIA

*Presidente:* Luigi Oltrona Visconti (Pavia)

*Consiglio Regionale:*

Francesca Buffoli (Mantova)  
Antonio Cirò (Monza)  
Giuseppe Di Tano (Cremona)  
Niccolò Grieco (Milano)  
Alberto Limido (Varese)  
Daniele Nassiaco (Saronno - VA)  
Marco Negrini (Milano)  
Carlo Sponzilli (Milano)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/)

## MARCHE

*Presidente:* Luigi Minutiello (Fabriano - AN)

*Consiglio Regionale:*

Luigi Aquilanti (Ancona)  
Giovanni Bersigotti (Pesaro)  
Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno)  
Marco Marini (Ancona)  
Anna Patrignani (Senigallia - AN)  
Michele Danilo Pierri (Ancona)  
Andrea Pozzolini (Fano - PU)  
Ettore Savini (Fermo)  
[web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/](http://web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/)

## MOLISE

*Presidente:* Carlo Olivieri (Isernia)

*Consiglio Regionale:*

Giuseppe Attademo (Agnone - IS)  
Carolina De Vincenzo (Campobasso)  
Emilio Musacchio (Campobasso)  
Pierluigi Paolone (Campobasso)  
Roberto Petescia (Isernia)  
Marina Angela Viccione (Isernia)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/molise/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/molise/)

## P.A. BOLZANO

*Presidente:* Rainer Oberhollenzer (Bolzano)

*Consiglio Regionale:*

Rupert Paulmichl (Merano - BZ)  
Walter Pitscheider (Bolzano)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/)

## P.A. TRENTO

*Presidente:* Domenico Catanzariti (Rovereto - TN)

*Consiglio Regionale:*

Annalisa Bertoldi (Trento)  
Roberto Bettini (Mezzolombardo - TN)  
Alessio Coser (Trento)  
Giuseppe Vergara (Rovereto - TN)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/trento/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/trento/)

## PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

*Presidente:* Maria Rosa Conte (Torino)

*Consiglio Regionale:*

Paolo Angelino (Rivoli - TO)  
Giacomo Giovanni Boccuzzi (Torino)

Paolo Corsetti (Torino)  
Anna Maria Costante (Alessandria)  
Brunella Demichelis (Torino)  
Federico Nardi (Verbania)  
Elena Maria Richiardi (Torino)  
Paolo Scacciarella (Torino)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/)

## PUGLIA

*Presidente:* Alessandro Vilella (Lucera - FG)

*Consiglio Regionale:*

Giovanni Deluca (Barletta)  
Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)  
Antonella Mannarini (Monopoli - BA)  
Tiziana Mazzella (Lecce)  
Teresa Pascente (Taranto)  
Giuseppe Santoro (Conversano - BA)  
Giuseppe Scalera (Bari - Carbonara)  
Luigi Stella (Gallipoli - LE)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/)

## SARDEGNA

*Presidente:* Bruno Loi (Cagliari)

*Consiglio Regionale:*

Raffaele Congiu (Cagliari)  
Francesco Dettori (Oristano)  
Rosa Chiara Manzi (Carbonia)  
Ignazio Maoddi (Nuoro)  
Antonella Marocco (Cagliari)  
Francesco Uras (Sassari)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/)

## SICILIA

*Presidente:* Ernesto Mossuti (Siracusa)

*Consiglio Regionale:*

Francesco Amico (Catania)  
Calogero Catalano (Sciaccia - AG)  
Roberto Di Paola (Catania)  
Giovanna Geraci (Palermo)  
Gianni Mobilia (Messina)  
Ignazio Maria Smecca (Palermo)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/)

## TOSCANA

*Presidente:* Giancarlo Casolo (Lido di Camaiore - LU)

*Consiglio Regionale:*

Andrea Boni (Lucca)  
Gabriele Castelli (Firenze)  
Nicola Ciabatti (Livorno)  
Massimo Fineschi (Siena)  
Ugo Limbruno (Grosseto)  
Massimiliano Mariani (Massa)  
Anna Maria Paci (Pisa)  
Guido Parodi (Firenze)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/)

## UMBRIA

*Presidente:* Paolo Verdecchia (Perugia)

*Consiglio Regionale:*

Daniella Bovelli (Terni)  
Rita Liberati (Foligno - PG)  
Sara Mandorla (Gubbio - PG)  
Cristina Martino (Spoleto - PG)  
Mariagrazia Sardone (Perugia)  
Donatella Severini (Città di Castello - PG)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/)

## VENETO

*Presidente:* Pietro Delise (Conegliano - TV)

*Consiglio Regionale:*

Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)  
Fabio Chirillo (Treviso)  
Fabio De Conti (Camosampiero - PD)  
Alessandro Desideri (Castelfranco Veneto - TV)  
Cosimo Perrone (Arzignano - VI)  
Guerrino Zuin (Mestre - VE)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/](http://www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/)

# Registro Regionale Abruzzese delle SCA: *un contributo alla progettazione della Rete per l'Emergenza Cardiologica*

Indagine conoscitiva delle caratteristiche epidemiologiche dei pazienti ricoverati per SCA nella Regione Abruzzo per una corretto disegno di Rete

DI D. DI CLEMENTE, L. PALOSCIA, G. LEVANTESI

**L**a cardiopatia ischemica rappresenta la principale causa di morte nel mondo occidentale, e questo nonostante i continui progressi nel trattamento e nella gestione dei pazienti ricoverati per tale patologia. La sempre maggiore diffusione di procedure interventistiche e l'utilizzo di farmaci innovativi sempre più efficaci, ha determinato una costante riduzione della mortalità, ma al contempo ha condizionato un progressivo incremento della Spesa Sanitaria. A ciò si aggiunge il fatto che, come dimostrato dagli Studi Blitz, esiste un ricorso differente all'utilizzo di metodiche invasive in pazienti con il medesimo profilo di rischio: in relazione cioè più al livello tecnologico dell'Ospedale in cui il paziente si ricovera, che alla reale indicazione clinica. Per tale motivo negli ultimi anni si è assistito al tentativo di "standardizzare" gli interventi terapeutici dei pazienti colpiti da infarto a prescindere dal posto in cui essi si ricoverano, in maniera da assicurare a tutti i cittadini il medesimo livello di qualità assistenziale. Per tale scopo già da anni esistono in

diverse realtà regionali Reti organizzative per l'Emergenza che consentono un rapido ed efficace trasporto dei pazienti che necessitano di procedure ad alta tecnologia dai Centri periferici al Centro di riferimento. Tale modello organizzativo "Hub and Spoke" è già stato proposto da tempo dalle Società Scientifiche cardiologiche nazionali, e codificato nel Documento FIC "La Rete Interospodaliere per l'Emergenza Coronarica" del 2005. Il tutto nell'ottica di ottimizzare il trattamento e consentire inoltre una corretta allocazione di risorse.

## Organizzazione regionale della Rete per l'Emergenza Coronarica

In questi mesi nella Regione Abruzzo gli Organi tecnico - politici preposti sono alle prese con l'organizzazione della Rete per l'Emergenza Coronarica. Ricordiamo che la nostra Regione non presenta una distribuzione territoriale omogenea della popolazione né dei Centri cardiologici dotati di Emodinamica h24. Infatti circa la metà del milione e 300.000 abitanti della Regione si raccoglie lungo la fascia costiera che va da Giulianova ad

Ortona, e che comprende la grossa area metropolitana Chieti - Pescara. Il resto del territorio regionale, prevalentemente montuoso, risulta invece scarsamente popolato, fatta eccezione per la zona dell'Aquila e per l'area marsicana che gravita su Avezzano. A questa distribuzione asimmetrica della popolazione corrisponde una analoga asimmetria della concentrazione di UTIC con Emodinamica h24: le tre strutture regionali pubbliche dotate di tali caratteristiche sono infatti localizzate a Teramo, Chieti e Pescara (raccolte quindi tutte in un'area di circa 70 Km) (Figura 1). Ne consegue che le aree più distanti, soprattutto dell'aquilano e del vastese, risultano di fatto impossibilitate a trattare i pazienti infartuati mediante angioplastica primaria nel rispetto delle tempistiche indicate dalle Linee Guida, e ciò ancora di più aggravato dallo stato attuale di assenza di percorsi organizzativi ben definiti per il trasporto rapido dei pazienti.

## Progetto di Registro Regionale delle Sindromi Coronariche Acute

Per tutto ciò risulta fondamentale ave-





Figura 1 - UTIC con Emodinamica h24

**La sempre maggiore diffusione di procedure interventistiche ha determinato una costante riduzione della mortalità, ma anche un incremento della spesa sanitaria**

**È fondamentale disporre di stime affidabili delle caratteristiche epidemiologiche di una popolazione che permettano il disegno di un corretto percorso assistenziale**

re a disposizione stime affidabili delle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche della popolazione regionale che permettano alle Autorità preposte di “disegnare” correttamente un percorso assistenziale rapido ed idoneo per tutti i pazienti infartuati. La maggiore difficoltà infatti è rappresentata dalla necessità di tener conto delle realtà locali e della struttura organizzativa preesistenti, della disponibilità di risorse, della necessaria cooperazione tra Unità Operative di Ospedali a diversa intensità di cure, dalla orografia territoriale, ecc., in maniera da evitare, almeno per il momento di attuale scarsità di risorse, l’apertura di ulteriori Centri di Emodinamica h24 in aree carenti. Per tale motivo il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO ha proposto l’istituzione di uno specifico Registro che raccolga i dati relativi ai pazienti che si ricoverano per sindrome coronarica acuta in tutto il territorio regionale. Lo studio, di tipo prettamente osservazionale ed il cui avvio è ormai prossimo, vedrà impegnati Referenti Cardiologi di tutte le Unità Operative di Cardiologia/UTIC della regione nella raccolta dati della durata di un anno su tutti i pazienti ricoverati per SCA nel loro Reparto. L’iniziativa prevede l’analisi di dati clinico - epidemiologici e terapeutici della fase intraospedaliera, in modo che possa essere di ausilio sia, come detto, alle Autorità Sanitarie Regionali competenti, sia alle singole Strutture ospedaliere ed ai Centri di

Ricerca per la misura del grado di aderenza alle Linee Guida. Successivamente è inoltre previsto un periodo di follow - up della durata di un altro anno. La raccolta dati avverrà attraverso una piattaforma WEB di facile e rapido utilizzo. Lo Studio, che ha richiesto l’endorsement dell’ANMCO, ha come partner operativo il Consorzio “Mario Negri Sud” di S. Maria Imbaro (CH), che curerà i rapporti con le diverse ASL e fornirà l’analisi dei dati raccolti. Tale iniziativa sarà inoltre supportata finanziariamente da Pfizer che ha messo a disposizione un grant per i Ricercatori. L’iniziativa, accolta favorevolmente dalle Autorità Sanitarie Regionali, verrà a queste presentata nel dettaglio nei prossimi giorni dal Presidente Regionale ANMCO Dott. Leonardo Paloscia, durante un incontro già programmato, al Commissario alla Sanità Regionale. In tale occasione in Dott. Paloscia consegnerà anche il succitato Documento FIC “La Rete Interospedaliera per l’Emergenza Coronarica”, in modo che possa essere di ausilio per la programmazione dei percorsi regionali di trasporto dei pazienti infartuati. Tutto il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO si augura che il progetto raggiunga le finalità proposte, in maniera da rappresentare un valido supporto tecnico - organizzativo ed al contempo rivesta valore scientifico per la comunità cardiologica regionale.



DI MARIO CHIATTO

Si è svolto a Crotona il 17 e 18 settembre 2010 il convegno "KROTON 2010 Up - date in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione" organizzato dall'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale di Crotona, diretta dal Dott. Massimo Elia, con il patrocinio delle Sezioni regionali calabresi dell'ANMCO e dell'AIAC. L'evento ha coinvolto gli esperti di questo settore che operano in tutti i centri della Calabria e numerosi prestigiosi



Bongiorni. Il Corso ha riscosso un grande successo. Nei due giorni sono stati trattati argomenti rilevanti che

presenti. Il primo Simposio del 17 settembre, moderato da Giuseppe Zampaglione e Mario Chiatto, ha trattato dell'iter diagnostico della sincope aritmica compreso lo SEE, egregiamente affrontato da Antonello Talarico e dei nuovi metodi di studio dei pazienti con Sindrome di Brugada con l'ausilio di mappaggi elettro-anatomici, di cui ha parlato Antonio Scarà giovane e promettente Borsista al Policlinico "Gemelli" di Roma. Il

## KROTON 2010: *Up - date in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione*

L'Evento ha coinvolto gli esperti di questo settore che operano in tutti i centri della Calabria e anche numerosi prestigiosi colleghi qualificati ed apprezzati in campo nazionale ed internazionale

Collegi qualificati ed apprezzati in campo nazionale ed internazionale, nonché il Presidente nazionale dell'AIAC, Prof.ssa Maria Grazia

hanno suscitato grande interesse con una discussione animata e un continuo scambio di pareri tra i numerosi

successivo Simposio, moderato da Rocco Mario Polimeni e Giancarlo Pulitanò, ha tracciato un percorso futuro a partire dal presente con i



*Il Dottor Massimo Elia*

**Si è svolto il 17 e 18 settembre il corso "Kroton 2010: Up - date in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione", organizzato dall'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale di Crotona, diretta dal Dott. Massimo Elia, con il patrocinio delle sezioni calabresi dell'ANMCO e dell'AIAC**

**Un grande interesse, infine ha suscitato il Simposio teorico pratico riservato ai Colleghi di Medicina Generale, Pronto Soccorso e 118 su Aritmie, PM e ICD**

nuovi sistemi di controllo a distanza dei device, già attivi per molte aziende, di cui ha parlato Antonello Talarico, e il nuovo PM MRI compatibile analizzato da Michele Comito. L'espansione delle possibilità di inviare dati, unitamente all'incremento del numero dei pazienti portatori di pacemaker e defibrillatori e dei dispositivi di resincronizzazione ha determinato, di fatto, la spinta propulsiva allo sviluppo della tecnologia del controllo remoto di tali dispositivi. Nel corso del tempo da controllo remoto del dispositivo si è passati al controllo remoto del paziente. Si possono ormai monitorare parametri oltre che legati al sistema (impedenza di pacing, stato di carica della batteria, ecc.), parametri clinici: peso corporeo, pressione arteriosa, livello di attività, Heart Rate Variability (HRV), burden di fibrillazione atriale, eventi aritmici trattati valutando l'opportunità e l'efficacia della terapia. Ecco perché le Linee Guida Eucomed, EHRA, ESC e HRS consigliano l'uso di RPM per: potenziare l'efficienza a fronte di un risparmio di tempo e risorse; migliorare la qualità di vita dei pazienti; migliorare la cura

dello scompenso cardiaco; rappresentare una reale possibilità di nuova organizzazione assistenziale. Michele Comito ha illustrato i vantaggi di poter eseguire un MRI in un paziente portatore di PM, vista la ormai larga diffusione di questa indagine diagnostica e la sua utilità per i pazienti. La lettura successiva di Michele Gulizia, Past President Nazionale dell'AIAC, sui primi 50 anni di cardiostimolazione ha suscitato molta emozione: la storia dai primi esperimenti sulle proprietà elettriche del muscolo cardiaco al primo impianto di PM, alla introduzione del primo defibrillatore impiantabile, a come erano i primi device e come sono oggi, molto sofisticati; tante immagini e filmati, alcuni inediti, hanno incantato la platea, grazie Michele! Il punto sull'ablazione transcateretere delle principali aritmie è stato il successivo Simposio moderato dal Professor Fulvio Bellocchi e dal Professor Giuliano Altamura di Roma. Saverio Iacopino del "S. Anna Hospital" di Catanzaro ha trattato le tachicardie sopraventricolari e in particolare ha presentato la sua importante e numerosa casistica di ablazioni in portatori di Sindrome di WPW, circa 300 pazienti calabresi, di cui due resuscitati da arresto cardiaco da FV. Fabio Megna di Crotona ha fatto il punto sull'ablazione nel flutter atriale ponendo una distinzione tra flutter

tipico e atipico per una diversa terapia mentre Giorgio Ventura di Belvedere Marittimo ha sottolineato le difficoltà diagnostiche e ablative nella TV. Sabato 18 settembre si è aperto con un Simposio interamente dedicato alla FA. Moderato da Vincenzo Ciconte di Catanzaro e Fulvio Bellocchi di Roma, alla domanda «A quali pazienti consigliare l'ablazione» ha risposto in modo puntuale ed esauriente Giampiero Maglia di Catanzaro mentre Stefano Nardi di Terni ha parlato di nuove tecniche di ablazione con una Relazione ricca di immagini. Antonio Dello Russo di Milano ha illustrato le complicanze di questa tecnica, come prevenirle e soprattutto come gestirle, ha presentato varie casistiche sull'incidenza di complicanze, Registri di Survey. Mauro Cassese, Cardiocirurgo del "S. Anna Hospital" di Catanzaro ha brillantemente intrattenuto i presenti sul ruolo del Chirurgo nel trattamento della FA proiettando alcuni filmati della sua numerosa casistica operatoria con la tecnica di ablazione. Roberto Cappato con una Lettura Magistrale ha presentato la nuova tecnologia, in fase avanzata di sperimentazione, che impiega solo un catetere sottocutaneo per il pacing e l'ICD. Come e quando cardiovertire una FA, per via transtoracica o per via endocavitaria ci è stato illustrato da Andrea Spampinato di Roma. Ha chiuso Francesco Pergolini, del gruppo di Giuseppe Di Pasquale di Bologna, che ha illustrato lo Studio RELY con le nuove opportunità

farmacologiche per la prevenzione del tromboembolismo nella FA. Si è parlato di Dabigatran, un inibitore diretto della trombina con un effetto anticoagulante prevedibile che non necessita del monitoraggio dei parametri emocoagulativi. La Prof.ssa Maria Grazia Bongiorno, Presidente Nazionale AIAC, ha abbracciato idealmente con la sua presenza tutti gli Elettrofisiologi calabresi; ha evidenziato il continuo miglioramento qualitativo e quantitativo dei Centri di stimolazione nonostante il grande momento di difficoltà in cui si dibatte la Sanità calabrese, ha avuto parole di incoraggiamento a proseguire sulla strada della crescita professionale e collaborazione tra i vari Centri; ha concluso con una Lettura Magistrale sullo stato dell'arte dell'estrazione dei cateteri, illustrando la sua casistica di Pisa tra le più importanti a livello internazionale. Una puntualizzazione sulla CRT è stata fatta con il Simposio moderato dal Prof. Ciro Indolfi dell'Università di Catanzaro e da Ferdinando Fascetti di Cosenza, con una panoramica sull'identificazione dei pazienti non - responder affidata ad Antonio Pangallo di Reggio Calabria e sul ruolo della MRI nella diagnostica cardiologica e in particolare nell'individuare proprio questi pazienti di Giovanni Bisignani di Castrovillari, mentre Antonio Curcio dell'Università di Catanzaro ha illustrato l'ultimo degli Studi MADIT, il MADIT - CRT. Estenderemo le indicazioni all'impianto anche in I e II

classe NYHA? Questa è la domanda che ci siamo posti tutti alla fine della Relazione. Naturalmente il dibattito è stato acceso e vivace. Alla fine della giornata si è svolto un Simposio inedito per questi corsi ultraspecialistici, dedicato ai Collegi di Medicina Generale, PS e 118. Con relazioni chiare, puntuali, tale difficile materia è stata resa pienamente comprensibile. Moderati da Anna Maria Pirozzi e Piero Vasapollo di Crotona, i Relatori Domenico Monizzi e Carlo Gatto di Crotona, Alessandro Lauro di Cosenza, Maria Levato di Lamezia Terme e Alessio Gargaro di Roma nella parte pratica, sono stati all'altezza di questo difficile compito. Ne è stata testimonianza il lungo dibattito, le discussioni, le molte domande rivolte ai Relatori, posticipando la chiusura oltre l'orario previsto. Nella giornata di sabato, infine, si è svolto un corso teorico - pratico per Infermieri e Tecnici di Cardiologia, volto ad approfondire la diagnosi delle più comuni aritmie cardiache, la gestione e il controllo di PM e ICD e soprattutto discutere il ruolo dell'Infermiere durante le procedure di stimolazione ed Elettrofisiologia. Con un sistema di televoto si è incrementato il dibattito, la discussione e soprattutto l'interattività con i Docenti. Obiettivo principale è stato accrescere le conoscenze in un settore in continua evoluzione come quello dell'Aritmologia interventistica. Visto, infine, il buon successo di tutto l'evento, arriverci a Kroton 2012!

**All'Onorevole Giuseppe Scopelliti**  
Presidente della Giunta Regionale della Calabria  
Commissario ad acta del Piano di Rientro

**Oggetto:**  
**Riordino rete assistenziale ospedaliera regionale G.01. Richiesta reinserimento U.O.C. di Cardiologia Riabilitativa.**

## **L' ANMCO,**

### **Premesso:**

**Che** la Regione Calabria, nell'ambito degli adempimenti finalizzati al rientro dai disordini accumulati nel settore sanitario, ha approvato il piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale con una serie di interventi che comportano la chiusura e/o la riconversione di Ospedali e di diverse U.O.C.;

**Ritenuto** che, in particolare con il decreto presidenziale n°18 del 22 ottobre 2010 della Regione Calabria adottato nella qualità di commissario ad acta per l'attuazione del suddetto piano di rientro, la S.V. ha approvato il riordino della rete assistenziale ospedaliera G.01, che riporta al prospetto all.8 l'articolazione delle strutture organizzative per specialità ed aziende sanitarie;

**Che** è stato rilevato, con grande sorpresa e preoccupazione, che nel prospetto anzidetto è stata completamente omessa la specialità di Cardiologia Riabilitativa a cui afferiscono tutti i pazienti post-cardiochirurgia, scompenso cardiaco III-IV classe NYHA con ambulatori dedicati come sancito dalla Delibera Regionale n° 390 del 24.5.2010, pazienti post-IMA/PTCA, pazienti trapiantati o con cardiopatie in operabili;

**Atteso** che il documento sui criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare elaborato dal Ministero della Salute, n°1 gennaio-febbraio 2010, testualmente recita che: *"le U.O.C. di Cardiologia Riabilitativa hanno collocazioni diversificate all'interno delle strutture cardiologiche ospedaliere; andrà progressivamente assicurato il loro collegamento alla rete interospedaliera cardiologica per acuti. In ogni unità di rete interospedaliera cardiologica per acuti è infatti da prevedere la presenza di un Centro di riferimento di Riabilitazione Cardiologica che è preferibilmente una U.O.C. di Cardiologia Riabilitativa allocata in contiguità o in collegamento con le strutture cardiologiche per acuti dei centri Hub"*;

**Ritenuto** che nella Regione Calabria operano 2 cardiocirurgie, entrambe collocate a Catanzaro, che eseguono oltre 1200 interventi/anno e 5 emodinamiche;

**Che** in atto esistono poche strutture complesse di Cardiologia Riabilitativa distribuite nell'ambito territoriale calabrese con dotazione di posti letto insufficienti a soddisfare le richieste soprattutto di pazienti cardioperati, post IMA e scompenso cardiaco;

**Che** le raccomandazioni delle linee guida ministeriali prevedono di individuare un numero sufficiente di UOC di Cardiologia Riabilitativa, da 1 a 5 per regione, in dipendenza della popolazione e del numero dei centri di I° livello previsti;

**Tenuto conto** che questa attività espletata fuori regione contribuisce ad aggravare ulteriormente i costi già elevati delle prestazioni extra-regionali e che i pazienti operati fuori regione, ancora numerosi, troverebbero in sede regionale un centro attrezzato per continuare le cure riabilitative con il risparmio di una ulteriore quota extra-regionale;

**Considerato**, pertanto, che la inspiegabile soppressione delle U.O.C. di Cardiologia Riabilitativa pubbliche, se non dovuta ad un mero refuso da correggere subito, pur se in parte recuperabili nel riordino della rete ospedaliera privata, contribuirà ad aggravare ulteriormente i costi della mobilità passiva che è finalità contraria a quella prevista dal piano di rientro, oltre a creare notevoli disagi alla particolare utenza;

Che alla luce delle superiori osservazioni si rende opportuna, necessaria ed urgente, nel superiore esclusivo interesse degli utenti e del SSN, la rivalutazione della rete di riordino regionale della specialità di Cardiologia, includendo un Centro di riferimento di Riabilitazione Cardiologica che è preferibilmente una U.O.C. di Cardiologia Riabilitativa allocata in contiguità o in collegamento con le strutture cardiologiche per acuti dei centri Hub cardiologici al fine di favorire il processo riabilitativo del paziente cardiopatico post-acuto e da rivisitare anche nell'ottica complessiva ed integrativa del riordino del settore ospedaliero privato premettendo che, in questo come in altri settori della medicina, la presenza pubblica (secondo la nostra valutazione) non può che essere prioritaria e anche predominante.

Quanto sopra premesso e considerato l'ANMCO è disponibile a collaborare e a concordare una soluzione condivisa con l'Assessorato alla Salute nell'interesse esclusivo degli utenti e del SSN.

Confida nella fattiva e pronta sensibilità della S.V. e resta in attesa di eventuale convocazione.

*Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria*



# *XVIII Congresso di Cardiologia dell'ANMCO Campania*

DI GIOVANNI GREGORIO



**I**l 22 e 23 novembre si è svolto a Napoli il XVIII Congresso di Cardiologia dell'ANMCO Campania. E' oramai consolidata tradizione che il Congresso rappresenti il punto di arrivo di un lavoro certosino che coinvolge ogni anno decine di Colleghi in un clima di fattiva e motivata collaborazione. Da anni il Congresso rappresenta uno dei momenti centrali della vita della Associazione ed è una occasione abituale di incontro e di confronto dei Cardiologi della Regione. Il Congresso 2010 si è articolato in 45 Sessioni ed ha coinvolto 260 Relatori e Moderatori. Nell'ambito del Congresso si è svolta la consueta Assemblea dei Soci ANMCO nel corso della quale sono intervenuti Marino Scherillo, Presidente ANMCO, che ha tracciato le linee essenziali dell'impegno dell'ANMCO nella crescita della Cardiologia e Giovanni Gregorio, Presidente ANMCO Campania, che ha sinteticamente esposto il programma dell'ANMCO Campania, indicando tra gli obiettivi fondamentali dell'Associazione:

a) la diffusione dei contenuti culturali, oggetto di Campagne Educazionali dell'ANMCO Nazionale, centrati con la realizzazione in Campania degli eventi legati alle Campagne per le Cardiologie Sicure e la Terapia Antitrombotica nelle S.C.A.;  
 b) la difesa del patrimonio professionale rappresentato dalla Rete delle Cardiologie ospedaliere campane sostanziatasi in una serie di iniziative di sensibilizzazione della classe politica e dei cittadini, volta a limitare gli effetti



devastanti del Piano di Rientro sulla Rete delle Cardiologie ospedaliere;  
 c) lo stimolo alla partecipazione più ampia possibile nella costruzione del percorso associativo che trova il suo punto di arrivo nel Congresso annuale di Cardiologia e il suo naturale punto di avvio nella nascita dei Gruppi di lavoro dell'ANMCO Campania, che hanno contribuito in maniera notevole alla costruzione del programma scientifico del Congresso;  
 d) la realizzazione di una attività di ricerca che coinvolga le Cardiologie campane nell'analisi dei percorsi diagnostico - assistenziali del paziente cardiopatico che si è concretizzata nella realizzazione del Progetto CA.SCO. e nel Progetto ATTENTION, dedicati rispettivamente all'analisi dei percorsi assistenziali del paziente con Scompenso Cardiaco e alle modalità di implementazione della terapia antiaggregante nei pazienti sottoposti ad

angioplastica coronarica in Campania;  
 e) la valorizzazione dell'analisi e della discussione di problemi clinici quotidiani che si sostanzia nella realizzazione di Sessioni nelle quali vengono descritti e analizzati i Casi Clinici;  
 f) la implementazione di un metodo di lavoro basato sul riconoscimento degli errori e delle anomalie di percorso, che si sostanzia nella Targa "La Lan-

terna di Diogene" al Caso Clinico che ha evidenziato criticità e anomalie di percorso;  
 g) la valorizzazione del ruolo delle Comunicazioni che hanno una collocazione di rilievo nel palinsesto congressuale e il riconoscimento della Targa "Giovanni Maria Castaldi" al miglior contributo.

A tutto questo si unisce una rinnovata architettura complessiva del Congresso che ha ridisegnato le problematiche del Nursing collocandole in una visione di insieme con le tematiche più squisitamente "mediche" e ponendo in primo piano le Sessioni dedicate alla presentazione di Casi Clinici. Un grazie particolare va al Consiglio Direttivo Regionale, al Comitato Scientifico, alla Segreteria Organizzativa e a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo XVIII Congresso.

# Aggiornamenti e controversie in tema di *Imaging Cardiovascolare*

DI LUIGI MINUTIELLO



Il 29 maggio 2010 si è svolto presso il Centro Congressi dell'Hotel Ritz a Senigallia, l'ottava edizione del Convegno SIEC - ANMCO di Ecocardiografia dal titolo "Aggiornamenti e Controversie in tema di Imaging Cardiovascolare", organizzata dal Dott. Nino Ciampani, Direttore della U.O. di Cardiologia del Presidio Ospedaliero di Senigallia e dal Dott. Egidio Mariotti della U.O. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera "San Salvatore" di Pesaro. Tra gli invitati al Convegno il nuovo Presidente Regionale ANMCO Marche, Dott. Luigi Minutiello, ed il Delegato Regionale SIEC Dott. Moreno Cecconi. Durante la mattinata si sono succeduti Cardiologi di fama

nazionale e internazionale che hanno illustrato le nuove tecniche ecocardiografiche e le loro possibili applicazioni cliniche. Tra gli interventi che hanno suscitato maggiore interesse, quello del Dott. Giovanni Tonti (Sulmona) sulle nuove tecniche che utilizzano l'imaging 2D 3D spekle tracking nella valutazione della funzione sistolica globale e regionale del ventricolo sinistro e quello del Dott. Eugenio Picano (Pisa) sull'utilità e sullo scarso utilizzo dell'Ecocardiografia da stress nella pratica clinica. I lavori sono ripresi nel pomeriggio con una interessante Tavola Rotonda sull'ictus cardio-embolico: Neurologo, Cardiologo, Ecocardiografista, Emodinamista e Cardiochirurgo a confronto. Il Convegno si è concluso con la presentazione di Casi Clinici tutti interessanti, che nonostante l'ora tarda hanno tenuto viva l'attenzione dei partecipanti.



# Lettera aperta

## del nuovo Presidente Regionale ANMCO Marche

Proposte programmatiche del nuovo Consiglio Direttivo Regionale per il prossimo biennio

DI LUIGI MINUTIELLO

**I**nnanzi tutto voglio ringraziare tutti coloro che hanno manifestato la loro fiducia nominando il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche ed il loro Presidente. Pur essendo ormai in servizio da molti anni, non nascondo una certa emozione ed anche un certo piacere. Vorrei approfittare di questa opportunità per alcune riflessioni sulla organizzazione della Cardiologia, riflessioni che derivano da una esperienza sul campo più che trentennale, come assistente, aiuto, primario e direttore dipartimento di emergenza. Tutti questi passaggi - avvenuti in strutture ospedaliere diverse - hanno comportato una osservazione della organizzazione della Cardiologia dai diversi punti di vista correlati alla mia posizione funzionale. Se chiedo oggi ai miei collaboratori cosa pensano della Cardiologia, la risposta è sempre la stessa «corriamo dappertutto però contiamo poco». In effetti questa affermazione riflette a mio modo di vedere un certo giustificato malessere. Credo che dobbiamo curare di più il lato organizzativo alla luce anche delle organizzazioni dipartimentali. Già, i Dipartimenti. Siamo pronti per l'organizzazione diparti-

mentale? Quale tipo di Dipartimento? Dipartimento Emergenza o Dipartimento Cardiologico? Le esigenze sono molteplici e non possono prescindere dal contesto in cui vanno applicate. La organizzazione sanitaria non è fissa ma si adegua continuamente alle nuove conoscenze della Medicina. Nelle Marche le UTIC e relative semintensive (rapporto posti letto 1 - 2) fanno parte in alcune strutture del Dipartimento di Emergenza, in altre del Dipartimento di Medicina, in altre ancora di tutti e due i Dipartimenti. Vi è stato tempo addietro un progetto di Dipartimento Provinciale di Cardiologia nella Provincia di Pesaro - Urbino che ha dato dei frutti (vedi Emodinamica a Pesaro) ma che altri frutti avrebbe dovuto dare considerate le potenzialità che può avere un Dipartimento a valenza provinciale. Tale tipo di organizzazione poi non ha trovato applicazione in altre sedi con dispiacere dello scrivente che l'aveva progettato. Fatta questa premessa, il nuovo Direttivo si propone per i prossimi due anni di sviluppare le seguenti tematiche organizzative e scientifiche: 1. collaborazione attiva con le Istituzioni Regionali per la stesura del

nuovo Piano Sanitario Regionale per quanto riguarda la Cardiologia; 2. collaborazione attiva con le Istituzioni Regionali per aggiornamento legge regionale sulla emergenza; 3. sviluppare sostanziando la tematica dei Dipartimenti (Emergenza o Cardiologici) mantenendo comunque la integrità e sviluppo della Cardiologia; 4. motivare il Personale (tutto) che lavora in Cardiologia; 5. sviluppare in particolare Corsi di Ecografia pediatrica, problematica molto sentita; 6. sviluppare i rapporti con le altre Associazioni di Cardiologia; 7. continuare la collaborazione con le Regioni Umbria e Abruzzo per l'attuazione di convegni e non solo. 8. sviluppare i rapporti con l'Università di Ancona; 9. sviluppare il concetto di rete cardiologica e di emergenza. Questo programma non si esaurisce in qualche anno, però sono convinto della importanza che esso riveste per la Cardiologia dei prossimi anni per cui vale la pena che tutti i Cardiologi si impegnino in questo senso insieme al Consiglio Direttivo Regionale ANMCO.





Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

**ANMCO**



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina [www.anmco.it/associazione/come](http://www.anmco.it/associazione/come) del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale alla Segreteria ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055/5101350 o per e-mail all'indirizzo [soci@anmco.it](mailto:soci@anmco.it). Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina [www.anmco.it/associazione/statuto](http://www.anmco.it/associazione/statuto) del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina [www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti](http://www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti)

### DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome ..... Data di nascita   
Luogo di nascita ..... Indirizzo .....  
Città ..... Prov.  CAP   
Tel. .... Fax ..... E - mail .....

### DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....  
Indirizzo .....  
Città ..... Prov.  CAP   
Tel. .... Fax ..... E - mail Reparto: .....  
Specializzato in Cardiologia:  Si  No Altre Specializzazioni .....

Non compilare

**Struttura**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  Privata  
 Altro .....

### Tipologia

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia *   | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia*                        |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto *   | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto*   |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto *   | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina *   | <input type="checkbox"/> CNR  |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio*   | <input type="checkbox"/> Altro* .....   |
| * Accreditamento (da compilare <b>se Struttura privata</b> ): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |   |

Nome del Primario o facente funzione .....  
Nome del Responsabile (per Strutture aggregate) .....

**Ruolo**  Cardiologo  Cardiochirurgo  Medico

### Qualifica

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Direttore di dipartimento        | <input type="checkbox"/> Direttore Generale                 | <input type="checkbox"/> Direttore Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico    |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore                      | <input type="checkbox"/> Borsista                           | <input type="checkbox"/> Specializzando      |
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale                    | <input type="checkbox"/> Libero professionista              | <input type="checkbox"/> Altro               |

In quiescenza

Non di ruolo





# Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

## MODULO DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI FELLOW DELL'ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2011 •

Il presente modulo (scaricabile alla pagina [www.anmco.it/soci/fellowship/regolamento.html](http://www.anmco.it/soci/fellowship/regolamento.html) del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (055/5101350), per e - mail ([soci@anmco.it](mailto:soci@anmco.it))

### DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome ..... Sesso .....  
Data di nascita ..... Luogo di nascita .....  
Indirizzo .....  
Città ..... Prov. [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Tel. .... Fax ..... E - mail .....

### DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....  
Denominazione Struttura .....  
Indirizzo .....  
Città ..... Prov. [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Tel. .... Fax ..... E - mail .....  
Anno di Laurea ..... Anno di Iscrizione all'ANMCO .....  
Status di Fellow in altre società mediche .....  
Lingue conosciute .....  
Livello di conoscenza:  Eccellente  Buono  Mediocre

### Documentazione: (barrare i documenti presentati)

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

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

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

### 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](http://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 nella 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 Roma c/o Policlinico Universitario "Tor Vergata", Cattedra di Cardiologia, Viale Oxford n. 81 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" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data .....

..... Firma

# FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2011 •

## REGOLAMENTO

### Requisiti minimi necessari

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

### Domanda di ammissione alla Fellowship

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

- a - modulo apposito, debitamente compilato;
  - b - due fotografie, formato tessera;
  - c - curriculum vitae completo;
  - d - documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal candidato;
  - e - lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a Congressi internazionali, abstracts a Congressi nazionali, capitoli di libri;
  - f - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
  - g - lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;
  - h - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.
- Per i Soci che siano già Fellow della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e, g.
- Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO **entro**

**l'ultimo giorno del mese di febbraio** dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

### Mantenimento della Fellowship

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

### Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

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

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

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

### Commissione giudicante

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

I membri sono:

1. Il Presidente dell'ANMCO in carica;
  2. Uno dei Direttori in carica dell'Italian Heart Journal;
  3. Il Vice Presidente culturale dell'ANMCO in carica;
  4. Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO (il Consiglio dovrà nominarne 8, da contattare nell'ordine, in modo da consentire che la Commissione possa riunirsi facilmente).
- La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto. La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarata del candidato.
- I Componenti della Commissione durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per il solo mandato successivo; nel caso che un componente ricopra cariche consecutive che lo collocano di diritto tra i componenti della Commissione, allo scadere del quarto anno egli sarà sostituito da un quinto Fellow indicato dal Consiglio Direttivo.



## Casi Clinici “inusuali”



# AAA CASO CLINICO “INUSUALE” CERCASI

[www.anmco.it/casicliniciinusuali/proponi.html](http://www.anmco.it/casicliniciinusuali/proponi.html)

Se hai seguito un Caso Clinico simile a quello descritto alla pagina

<http://www.anmco.it/casicliniciinusuali/caso.html?idCaso=77>:

Paziente con malattia coronarica trivasale, angina da sforzo stabile negli anni, funzione ventricolare sinistra inalterata ed assenza di eventi ischemici acuti nonostante non sia stata effettuata alcuna rivascolarizzazione

**Segnalalo sul Sito  
e partecipa alla  
Discussione!**



# La consulenza cardiologica preoperatoria: *“fare ciò che serve quando serve”* Dalle Linee Guida alla pratica clinica

Trasformare un problema in una reale opportunità clinica, organizzativa e formativa

DI S. LUCERI E M. R. CONTE

## Descrizione sintetica di un progetto di lavoro

La valutazione e il trattamento del rischio cardiovascolare dei pazienti candidati a chirurgia non cardiaca è un problema di elevata rilevanza clinica e organizzativa in considerazione dell'alta, e crescente, prevalenza di pazienti con cardiopatia nota o potenziale. La prevalenza di malattia cardiovascolare aumenta con l'età, in particolare nella fascia di età superiore ai 65 anni, in cui è anche in aumento la prevalenza di indicazione a terapia chirurgica. La mortalità perioperatoria supera il 5% nella chirurgia non cardiaca definita ad alto rischio e nei pazienti affetti da condizione cardiaca instabile e/o storia di cardiopatia ischemica, di scompenso cardiaco, d'ischemia cerebrale, di insufficienza renale cronica, di diabete mellito. Sebbene la terapia medica appropriata (beta - bloccanti, statine e antiaggreganti) sembri giocare un ruolo chiave nella protezione miocardica e nel contenimento del rischio perioperatorio di tali pazienti, emergente è la necessità di definire in modo uniforme l'entità del rischio cardiovascolare nel singolo paziente in relazione al rischio operatorio.

L'obiettivo che ci siamo proposti è stato quello di creare un modello di comportamento che rispondesse a tali presupposti in ottemperanza all'uso appropriato di risorse. La gestione complessiva di tali pazienti, coinvolge molteplici figure professionali e strutture operative ospedaliere. Le implicazioni cliniche, organizzative e medico - legali rendono necessario uniformare e diffondere criteri e metodi operativi quindi nell'autunno del 2008 all'interno dell'Azienda Ospedaliera “Mauriziano” di Torino, abbiamo costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare (Cardiologi, Anestesiisti, Chirurghi, Coordinatori Infermieristici, altri specialisti medici) che, sulla base della letteratura scientifica, delle specifiche necessità e delle risorse disponibili all'interno dell'Azienda Ospedaliera, ha studiato e redatto un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che fosse condivisibile e facilmente fruibile nella pratica clinica quotidiana. Le principali criticità emerse sono state:

1. aumento delle richieste di consulenze cardiologiche preoperatorie inappropriate, con conseguente abuso di risorse;
2. assenza di uniformità nella gestione

cardiologica (valutazione del rischio, richiesta di esami, terapia profilattica e delle eventuali complicanze perioperatorie);

3. ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico programmato.

Il progetto ha previsto:

a) una Fase Formativa e Propositiva (redazione e diffusione del PDTA);

b) una Fase Operativa e di Verifica.

## Fase Formativa e Propositiva

Il presupposto metodologico è stato quello proposto dalle vigenti Linee Guida relative alla consulenza cardiologica preoperatoria e alle indicazioni dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS). Il metodo utilizzato è stato RAND/UCLA per la redazione di documenti sanitari. Sono stati suddivisi i compiti all'interno del gruppo di lavoro e definito un calendario per la revisione, la votazione in cieco del materiale prodotto e la discussione dei provvedimenti giudicati inappropriati. Sono stati nominati dei revisori interni ed esterni all'azienda per una lettura critica del lavoro. È stato costituito un sottogruppo deputato al monitoraggio e all'analisi degli indicatori al fine di fotografare la realtà clinico - organizzativa in epoca pre - PDTA. È stato stabilito un program-



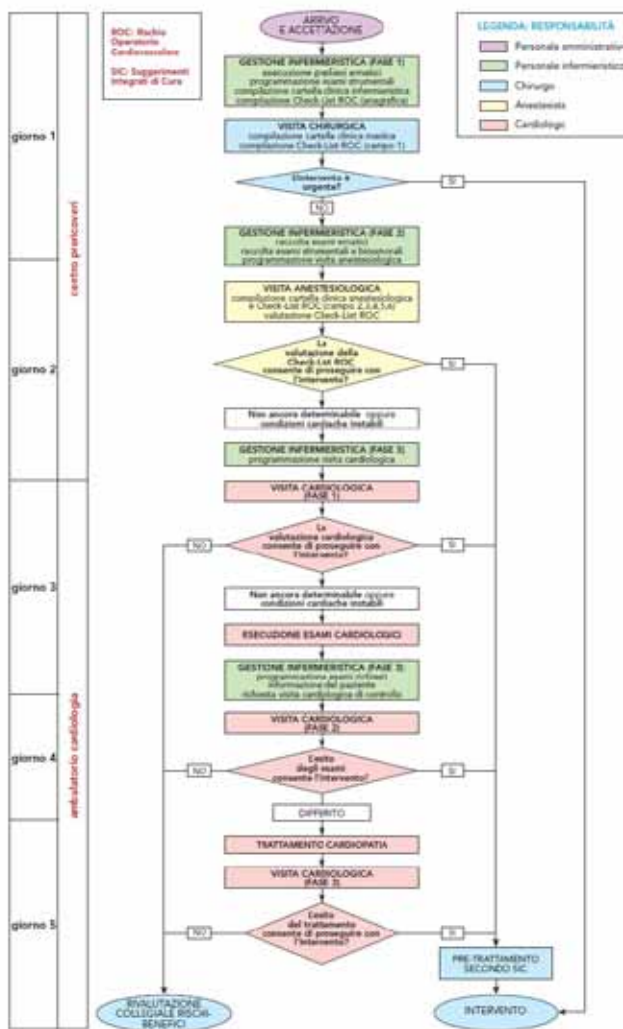


Figura 1

The form, titled 'Figura 2', is a 'CHECK LIST RISCHIO OPERATORIO CARDIOVASCOLARE (R.O.C.)' from the Azienda Ospedaliera Torino. It includes patient identification (Name, Sex, Date of Birth, Place of Birth), a table for 'SEGNALI E TIPO DI CHIRURGIA PREVENTIVA' (Signs and Type of Preventive Surgery), and a section for 'DIAGNOSI / TIPO DI ANESTESIA PROPOSTA' (Diagnosis / Proposed Anesthesia). The 'INFERMIERISTICA' (Nursing) section includes 'INFERMIERISTICA' (Nursing) and 'ANESTESIOLOGIA' (Anesthesiology). The 'CHIRURGO' (Surgeon) section includes 'CHIRURGIA A BASSO RISCHIO' (Low Risk Surgery) and 'CHIRURGIA A RISCHIO SCALZASSO' (Scalzo Risk Surgery). The 'CAPACITÀ FUNZIONALI - BILANZO E LIVELLI MANIPOLI DI ASSISTENZA DI NIENTE' (Functional Capacity - Balance and Manipulation Levels of Assistance of Nothing) section includes '1 METO' (1 METO), '2 METO' (2 METO), '3 METO' (3 METO), '4 METO' (4 METO), '5 METO' (5 METO), '6 METO' (6 METO), '7 METO' (7 METO), '8 METO' (8 METO), and '9 METO' (9 METO). The 'INDICAZIONE E EVENTUALI FATTORI DI RISCHIO CLINICO PRESENTI' (Indication and Possible Clinical Risk Factors Present) section includes 'STORIA DI CARDIOPATIA ISCHEMICA' (History of Ischemic Heart Disease), 'STORIA DI BIPOLMIA CRONICA' (History of Chronic Bipolar Disorder), 'STORIA DI IPERTENSIONE' (History of Hypertension), 'DIABETE MELLITO' (Diabetes Mellitus), and 'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA' (Chronic Kidney Failure). The 'NOTE ANESTESIOLOGICHE' (Anesthesiology Notes) section includes 'Tipo di Anestesia proposta:' (Proposed Anesthesia Type), 'Richiesta consulenza cardiologica SI/NO' (Request for Cardiology Consultation YES/NO), 'Pesa visione della consulenza cardiologica' (Weight of Cardiology Consultation), and 'Richiesta altri consensi - Esente da NOTE' (Request for other consents - Exempt from NOTES). The form also includes fields for 'DATA' (Date) and 'FIRMA' (Signature).

Figura 2

ma formativo aziendale, con sessioni di presentazione plenaria e sessioni interattive di esercitazione a piccoli gruppi su casi simulati. L'intero lavoro è stato pubblicato, comprensivo di descrizione metodologica, sul sito intranet aziendale; sono stati prodotti poster e libretti tascabili, distribuiti a tutte le figure professionali coinvolte. È stato prodotto un PDTA che ha identificato: tempi, luoghi e figure professionali coinvolte (Figura 1) e definito gli strumenti clinici da

utilizzare nella pratica quotidiana: a) una "check - list" (Figura 2) redatta sulla base dei cinque quesiti clinico - anamnestici costituenti il flusso logico (Figura 3) per la definizione del rischio cardiovascolare e l'indicazione ad ulteriori provvedimenti cardiologici preoperatori; b) un compendio di dodici Suggerimenti Integrati di Cura (SIC); c) modelli prestampati (lettera al medico curante per l'implementazione terapeutica profilattica); d) produzione di poster e di libretti tascabili

di facile consultazione (Figura 4). La "check - list", prevede la compilazione integrata da parte di personale infermieristico, del chirurgo e dell'anestesista dei dati anagrafici, la descrizione dell'intervento programmato, il carattere di urgenza/emergenza dell'operazione, eventuali condizioni cardiache clinicamente instabili, il rischio operatorio, la capacità funzionale, eventuali fattori di rischio clinico e le note anestesiole. La richiesta di consulenza cardiologica è ritenuta

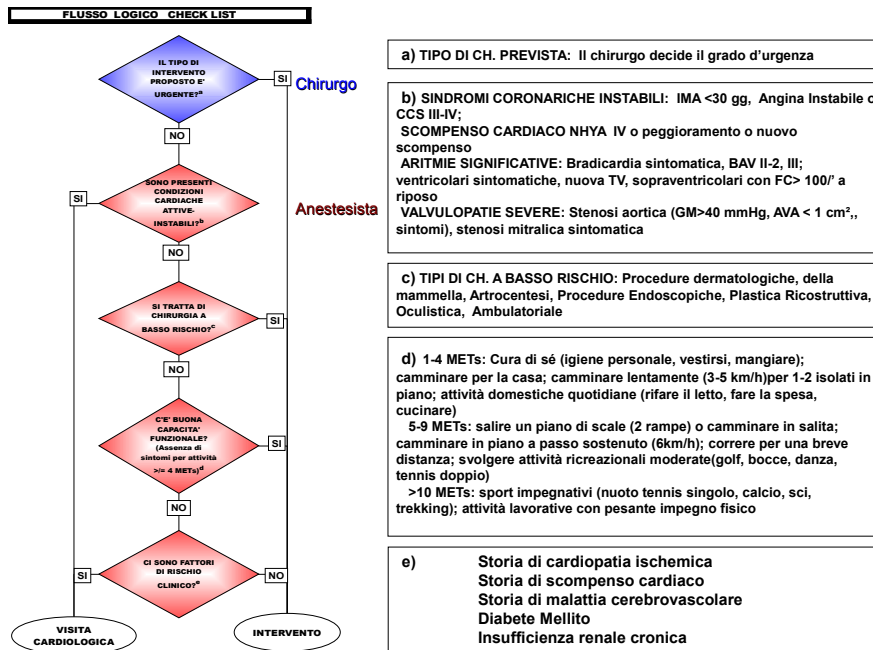


Figura 3

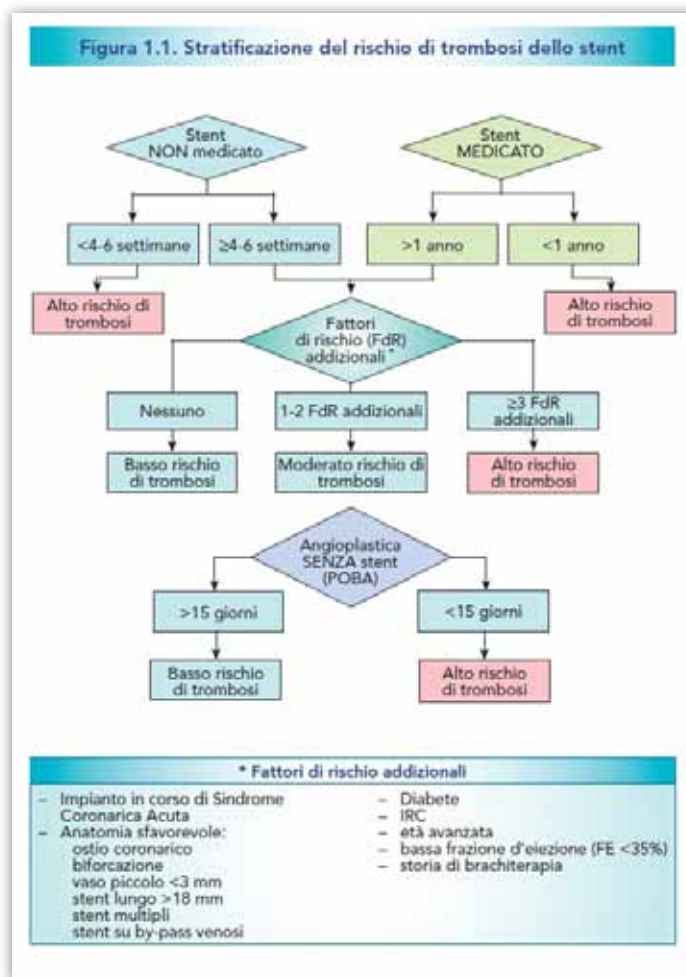


Figura 4

appropriata se vengono soddisfatti i seguenti criteri:

1. assenza di criteri di urgenza/emergenza dell'intervento previsto;
2. presenza di condizione cardiaca clinicamente instabile;
3. intervento chirurgico a "non basso rischio" in presenza di capacità funzionale inferiore a quattro METs (o indeterminabile) e di un fattore di rischio clinico.

I "SIC", redatti in modo schematico sulla base delle Linee Guida e dei più recenti studi con l'ausilio di consulenti specialisti in materia, trattano dodici argomenti di frequente riscontro nella pratica clinica: gestione dell'antiaggregazione e anticoagulazione in generale e in presenza di stent coronarici, l'anestesia locoregionale, la terapia profilattica con betabloccanti e statine, la profilassi delle aritmie e la gestione delle stesse e dei device antiaritmici (pacemaker o defibrillatori), la profilassi dell'endocardite batterica, la gestione delle crisi ipertensive, del diabete mellito e dell'insufficienza renale, le indicazioni alle indagini strumentali e il monitoraggio e cura delle eventuali complicanze. L'intero progetto è stato presentato in Azienda in forma plenaria con relazioni frontali a fine 2009. L'adesione al programma informativo (ulteriori sessioni plenarie) e formativo (esercitazioni a piccoli gruppi su casi simulati) delle figure professionali coinvolte ed attese è stata inferiore al 50%. La pubblicazione dei libretti tascabili riassuntivi dei SIC è stata apprezzata e acquisita nella pratica dalla totalità dei Cardiologi, in modo meno uniforme dalla maggior parte degli anestesisti e scarsamente considerata dai chi-

rurghi; la distribuzione dei poster è stata completata in tutti gli ambulatori dedicati alla gestione preoperatoria e i libretti tascabili distribuiti sono stati il 70% del previsto.

### Fase Operativa e di Verifica

Nell'anno 2010 è iniziata la fase operativa, suddivisa in due momenti: uno "sperimentale" per valutare eventuali correzioni ed uno "a regime". Nel periodo "sperimentale" sono state accettate tutte le richieste di consulenza cardiologica, anche quelle "inappropriate" con l'unica condizione che fosse adeguatamente compilata la "check-list". Dopo sei mesi si è raggiunta una aderenza del 95% all'utilizzo di tale strumento clinico di lavoro ed il numero di consulenze cardiologiche preoperatorie si è ridotto del 40%. Sono stati modificati alcuni dettagli operativi in base ai suggerimenti raccolti durante l'applicazione pratica. Il dato sull'appropriatezza di richiesta di visita cardiologica e sull'applicazione dei SIC è tuttavia meno incoraggiante. Le schede di "check-list" risultate appropriate per la richiesta di consulenza cardiologica, come previsto dal PDTA, sono state pari al 10%. Le inappropriatezze più frequentemente riscontrate sono state:

1. mancato rispetto dei criteri indicati nel flusso logico per la richiesta di consulenza cardiologica;
2. inappropriata valutazione dell'instabilità clinica;
3. non corretta definizione della capacità funzionale;
4. richiesta ingiustificata di definizione terapeutica preoperatoria su antiaggreganti e anticoagulanti (mancato recepimento dello strumento SIC). Prima di passare alla fase "a regime",

nella quale verranno respinte le richieste inappropriate, è prevista una ulteriore riunione plenaria per la discussione e la revisione degli errori e inadempimenti metodologici. La partecipazione attiva sarà valutata ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali. La Fase di Verifica è prevista al termine dei primi sei mesi di applicazione "a regime" del PDTA, quando sarà effettuato il monitoraggio degli indicatori di progetto, da confrontare con i risultati del monitoraggio preliminare.

### Bibliografia

1. "Processo di Miglioramento Continuo di Qualità: la valutazione dell'appropriatezza delle attività sanitarie e la redazione della documentazione a supporto", dicembre 2007, prodotto dalla Direzione Sanitaria dell'A.O. Ordine Mauriziano [www.mauriziano.it/intranet/Documenti/LineeGuida/](http://www.mauriziano.it/intranet/Documenti/LineeGuida/).
2. "Manuale Metodologico per l'elaborazione di Linee Guida Aziendali", giugno 2003, prodotto dal Gruppo EBM dell'A.S.O. Molinette di Torino ([www.molinette.piemonte.it/lineeguida](http://www.molinette.piemonte.it/lineeguida)).
3. "RAND/UCLA Appropriateness Method: a method to integrate scientific and clinical knowledge to achieve the appropriate utilization of major medical and surgical procedures", 1996 - 1999.
4. "Raccomandazioni per la costruzione di PDTA e PIC nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte", 2007, ARESS (Azienda Regionale per i Servizi Sanitari), ([www.ress.piemonte.it](http://www.ress.piemonte.it)).
5. "ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines" (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). *Circulation* 2007;116:1971-1996.
6. "ESC Guidelines for Pre-Operative Cardiac Risk Assessment and Perioperative Cardiac Management in Non - Cardiac Surgery - The Task Force of the European Society of Cardiology (ESC) and European Society of Anaesthesiology (ESA)". *Eur Heart J* 2009;30:2769-2812.

# La Syncope Unit in Puglia

DI V. LOPRIORE, R. TROCCOLI, G. SANTORO

**L**a sincope è definita come una perdita di coscienza transitoria, ad esordio veloce, a recupero spontaneo, completo e rapido, il cui meccanismo fisiopatologico è sempre una transitoria ipoperfusione cerebrale. Pertanto la prima difficoltà che si incontra nella gestione di un paziente con sincope è quella di stabilire se ci si trova effettivamente davanti ad una sincope o a una non - sincope, ovvero patologie in grado di provocare perdita transitoria della coscienza ma non causate da ipoafflusso cerebrale, bensì da altre condizioni come epilessia, disturbi metabolici, drop attack, isteria o altro. L'ESC ha ritenuto vi fossero nuovi elementi nella gestione del paziente con sincope tali da giustificare la realizzazione di nuove Linee Guida. Due aspetti fondamentali caratterizzano le nuove Linee Guida:

1 - valutare correttamente i pazienti con sincope nel tentativo di identificare la causa, stratificarne il rischio ed impostare una corretta terapia;  
2 - realizzare un documento di consenso rivolto non solo ai Cardiologi, ma a tutte le altre figure coinvolte nella gestione del paziente.

Nelle recenti Linee Guida ESC le sincope sono suddivise in quattro categorie: neuro mediate, ortostatiche, cardiache e cerebrovascolari. Ognuna di queste grandi categorie racchiude numerose affezioni che possono manifestarsi con una sincope. Rimane una piccola percentuale di casi da cause indeterminate. Il significato prognostico varia a seconda della categoria a cui appartiene la sincope e a seconda della presenza di una cardiopatia sottostante. La perdita di coscienza quindi può rappresentare una condizione di complessa e difficile gestione. Di qui scaturisce l'esigenza di istituire una unità funzionale denominata "Syncope Unit", con personale adeguatamente formato, che si occupi di implementare l'applicazione delle Linee Guida, di promuovere la formazione medico - infermieristica, di affrontare la problematica della sincope nei vari aspetti: prognostico, diagnostico e terapeutico. Dal punto di vista prognostico è necessario identificare tra i pazienti con perdita transitoria di coscienza quelli con sincope vera, differenziandoli da quelli con pseudo - sincope. Un aiuto determinante vie-

ne fornito dagli score EGSYS e OESIL, che consentono una stratificazione del rischio con possibilità di distinguere i pazienti in tre categorie:

- Basso Rischio - pazienti gestibili ambulatorialmente nei tempi ordinari;
- Medio Rischio - pazienti da gestire in tempi brevi in un ambulatorio specialistico;
- Alto Rischio - pazienti che necessitano di ricovero urgente e di immediate procedure diagnostiche e terapeutiche.

Dal punto di vista diagnostico è essenziale una strategia ben codificata, più rapidamente e facilmente adottabile nella Syncope Unit. La novità di maggior rilievo, per quel che riguarda la diagnosi, consiste nel ruolo dei Loop Recorder impiantabili, che evidenziano l'importanza dell'uso del monitoraggio ecografico prolungato, soprattutto nei casi di sincope inspiegata. Questo ovviamente in associazione agli esami specifici già noti come il Tilt Test, il Massaggio del Seno Carotideo, e lo Studio elettrofisiologico. Dal punto di vista terapeutico è fondamentale una diagnosi eziologica corretta e repentina, per

la scelta del trattamento più efficace. Personale sanitario specificamente formato potrà addestrare alla corretta esecuzione, nei casi previsti, delle contro - manovre o del tilt training. Pertanto la Syncope Unit rappresenta il luogo più indicato ove coordinare le scelte diagnostico - terapeutiche per ogni singolo paziente. È una entità funzionale multidisciplinare sita nello stesso Ospedale, e all'interno della Cardiologia che, contando sulle risorse già presenti, coordina in modo rapido le competenze di diversi specialisti al fine di ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico del paziente. L'approccio al paziente con perdita di coscienza è necessariamente multidisciplinare e deve avvalersi di specifiche conoscenze del Cardiologo, Neurologo, Internista, Geriatra, Psichiatra, Pediatra e dei medici del pronto soccorso. A tal riguardo in Italia l'accreditamento gestionale della Syncope Unit è attribuito dal GIMSI (Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope). Il GIMSI è composto da società costituenti quali AIAC (Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione), FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti), SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza ed Urgenza), SIMI (Società Italiana di Medicina Interna). Questo aspetto è da tenere presente anche alla luce dell'impatto economico nettamente favorevole della Syncope Unit come dimostrato nello studio EGSYS 2. In questo studio è stata fatta una valutazione dei pazienti con sincope basata sulla sistematica applicazione di una

flow - chart. In questo studio, rispetto ad uno studio precedente (EGSYS 1), la percentuale dei ricoveri ospedalieri è scesa dal 47% al 39%, la degenza media da 8.1 a 5.5 giorni e il numero degli accertamenti diagnostici per paziente da 3.4 a 1.9. Inoltre dalla comparazione dei database dei due studi emerge che il costo medio per la diagnosi di sincope nei pazienti ricoverati scende da 3.506 a 2.880 euro, con un risparmio di 726 euro/paziente. Questo modello organizzativo di tipo multidisciplinare consente sicuramente una razionalizzazione delle risorse disponibili e, in ultima analisi, una gestione del paziente più efficace ed efficiente. In Puglia questo aspetto organizzativo è stato colto e stanno sorgendo le prime Syncope Unit. La Puglia già da anni si è rivolta con attenzione a questa nuova gestione del paziente con sincope. Da un ultimo censimento risalente al 2006 da parte dell'AIAC i centri in Puglia che hanno risposto al censimento e che erano dotati dei requisiti minimi per avere un ambulatorio dedicato allo studio della sincope sono:

La tabella fa riferimento ai centri pugliesi che hanno risposto al censimento AIAC 2006 e che possiedono i requisiti minimi per avere un ambulatorio dedicato allo studio della sincope. L'elenco può essere impreciso o incompleto non essendoci altri elenchi ufficiali di censimento. Molti altri sono i centri pugliesi che oggi si stanno dedicando allo studio della sincope, e che sono in fase di accreditamento o che hanno già acquisito la certificazione GIMSI. Ne sono un esempio l'Istituto di Cardiologia dell'Università di Bari, la Divisione Ospedaliera di Cardiologia del Policlinico di Bari e la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale "San Giacomo" di Monopoli.

**Bibliografia**

Brignole M., Alboni P., Benditt DG. et al., "Task force on Syncope. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope". Eur Heart J 2001; 22: 1256-1306.  
Lopriore V., "SINCOPE: Modelli organizzativi", Atti Congresso Nazionale ANMCO 2010.  
Colivicchi F., Ammirati F., Melina D. et al., "For the OESIL Study Investigators. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the ORS", Eur Heart J 2003; 24:811-819.

OSPEDALE	CITTÀ	PROVINCIA	TILT TEST	IMPIANTO LOOP RECORDER
Città di Lecce	Lecce	LE	Si	Si
F. Ferrari	Casarano	LE	Si	Si
G. Tatarella	Cerignola	FG	No	No
L. Bonomo	Andria	BAT	Si	Si
M. Sarcone	Terlizzi	BA	Si	No
Ospedale "Di Venere"	Bari	BA	Si	Si
Perrino	Brindisi	BR	Si	Si
SS. Annunziata	Taranto	TA	Si	No
Università degli Studi di Bari	Bari	BA	Si	Si



*Il cuore nell'Isola:*  
**collaborazione, conoscenza, innovazione**



**I**l 15 settembre 2010 a Oristano si è svolta la prima riunione del nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sardegna per discutere le Linee Programmatiche del prossimo biennio. In primo piano, tra le varie problematiche affrontate, si è discusso dello stato di applicazione dei protocolli della Rete per lo STEMI, già elaborati da un apposito nucleo tecnico istituito dall'Assessorato alla Sanità e approvati con Delibera Regionale nel 2007. Da allora, purtroppo, non è stata più convocata la commissione tecnica e pertanto non vi è stata alcuna verifica dell'effettiva applicazione dei protocolli di Rete nella realtà sanitaria della regione. Il Direttivo ha pertanto deciso di sollecitare l'Assessore Regionale alla Sanità affinché siano riavviati gli incontri per la costituzione di una nuova commissione, al fine di verificare dopo quasi tre anni, il comportamento del Sistema Rete nella realtà sanitaria sarda ed eventualmente, dopo esame attento delle criticità, di apportare i cambiamenti necessari. Si è discusso, a tale proposito, sulla possibile estensione della Rete delle emergenze anche alle SCA non ST, previo esame dei dati su scala regionale di tale patologia. Una prima analisi sarà condotta sui dati pubblicati dall'ISTAT e sull'archivio informatico regionale delle Schede di dimissione ospedaliera. In seconda battuta potrebbe essere istituito un

DI BRUNO LOI



Registro prospettico che includa tutti i pazienti ricoverati per SCA senza ST persistentemente sopra livellato, in un periodo adeguato (6 - 12 mesi), nelle Strutture ospedaliere della Sardegna. L'obiettivo è ottenere una conoscenza diretta e analitica della realtà regionale delle Sindromi non ST, in relazione soprattutto ai percorsi diagnostici e agli aspetti terapeutici. Si è poi passati alla discussione dei progetti di formazione cardiologica. È stata valutata la possibilità di organizzare dei Corsi di aggiornamento indirizzati a Medici e Infermieri che lavorino in Strutture non strettamente cardiologiche, ma nelle quali vengono, di fatto, ricoverati regolarmente pazienti cardiopatici (ad esempio i Reparti di Medicina degli ospedali di Ozieri, Ittiri, Thiesi, Sorgono, Isili, Ghilarza, Bosa, San Gavino, Muravera). In quest'ambito verrebbero anche coinvolti i Medici di Medicina Generale delle località di riferimento, nell'ottica di una adeguata continuità diagnostico - terapeutica. Sono stati infine presentati gli eventi congressuali e formativi già pianificati

in ambito ANMCO. Tra questi riveste particolare rilevanza il Corso di Clinical Competence in UTIC, diretto da Giuseppe Fradella, Chairman dell'Area Emergenza - Urgenza, in programma dal 2 al 4 dicembre 2010 presso l'Ospedale "Brotzu" di Cagliari, al quale sono stati invitati Colleghi provenienti da tutte le UTIC e le Cardiologie dell'Isola. Nel primo trimestre del prossimo anno si terrà inoltre in Sardegna un altro importante evento nazionale ANMCO sulla terapia antitrombotica ragionata delle sindromi coronariche acute, coordinato da Zoran Olivari. A marzo 2011 a Cagliari è previsto un Corso di aggiornamento per Medici e Infermieri dal titolo: "Nuovi orizzonti in cardiopatie congenite e acquisite", diretto da Roberto Tumbarello. È ancora in fase progettuale, infine, un corso sull'utilizzo appropriato delle troponine, alla luce delle nuove evidenze scientifiche, organizzato da Giampaolo Scorcu e Alessandro Pani. Il Consiglio Direttivo Regionale, espressione di una rappresentazione sostanzialmente completa delle Strutture cardiologiche ospedaliere dell'Isola, considerata anche la giovane età di molti componenti, ha iniziato a lavorare con grande entusiasmo e piena collegialità, e si propone di dare un contributo efficace alla promozione della cultura cardiologica nell'Isola di cui si parlerà nel prossimo incontro.



DI E. MOSSUTI E A. NICOSIA

**U**na splendida cornice agreste ha accolto la edizione 2010 dell'annuale Congresso Regionale ANMCO Sicilia che si è tenuta all'Hotel "Poggio del Sole" di Ragusa nei giorni dal 7 al 9 ottobre 2010. Più di 300 Medici, la maggior parte costituita da Cardiologi ospedalieri provenienti da 33 Centri ospedalieri siciliani, si sono incontrati per discutere degli argomenti

una Sezione ai "Medici di Famiglia" nell'ottica di un costante collegamento tra Ospedale e Territorio. Varie sono state le tematiche affrontate e discusse approfonditamente nelle 11 Sessioni scientifiche in cui si è articolato l'evento. In particolare, comunque, l'attenzione è stata incentrata sulle malattie cardiache dell'anziano (quali la sindrome coronarica acuta, la patologia dell'aorta ascendente, lo

Informatica, ha riguardato proprio il ruolo attuale e futuro dell'ecocardiografia nella diagnostica cardiologica. Volendo dare una caratterizzazione alla edizione 2010 del Congresso Regionale ANMCO Sicilia si può dire che sono state essenzialmente due le peculiarità di questo evento svoltosi a Ragusa:

1) l'aver posto al centro dell'aggiornamento la realtà pratica e quindi la

## *Grande successo del Congresso Regionale ANMCO Sicilia*

più attuali della patologia cardiaca. Accanto ai Cardiologi erano anche presenti circa 100 Medici di Medicina Generale perché, come accade ormai da qualche anno a questa parte, il Congresso Regionale ANMCO Sicilia, seguendo la scia del nazionale, riserva

scompenso cardiaco, le aritmie atriali e ventricolari, l'ipertensione polmonare, la riabilitazione). Anche gli aspetti della evoluzione tecnologica hanno costituito tema di dibattito e in questa ottica una Sessione, guidata da Guido Giordano, attuale Chairman dell'Area

discussione di Casi Clinici concreti che sono stati il filo conduttore di ogni singola Sessione; 2) la presenza dell'Assessore alla Salute della Regione Sicilia, Dott. Massimo Russo, in uno con la presenza del Presidente Nazionale ANMCO,



Dott. Marino Scherillo, e del Presidente Eletto, Dott. Francesco Maria Bovenzi, in una Sessione all' *uopo* organizzata. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia, insediatosi solo a maggio 2010, infatti, insieme con il Co - Presidente del Congresso, Dott. Antonino Nicosia, ha voluto dare una connotazione estremamente pratica all'incontro, esaltando la possibilità di scambio di esperienze dei singoli centri. Questo risultato è stato raggiunto organizzando delle Sessioni a tema, in cui l'argomento è stato introdotto e condizionato dalla presentazione di un Caso Clinico "reale". Attorno al Caso Clinico erano previste alcune presentazioni ognuna delle quali prospettava e motivava una soluzione o un iter decisionale di quel Caso, non un vero pro o contro ma una serie di possibili snodi decisionali. Per far questo non erano previsti "classici Moderatori" ma è stato organizzato un panel di "Esperti" chiamati a discutere sulle ipotesi avanzate, con uno spazio molto ampio (almeno 30') dedicato alla Discussione dell'Assemblea. E proprio per indicare questa intenzione non era previsto il classico tavolo per i Moderatori, ma la logistica della Sala è stata adattata con la sola presenza delle poltrone per gli esperti facenti parte del panel. Lo spazio assegnato alla Discussione non è stato mai meno di 30 minuti, e questo ha consentito un proficuo scambio di vedute tra Speaker, Esperti e Medici presenti in Sala, con il vantaggio di stimolare un confronto di idee e di esperienze legate al territorio in cui agiscono gli operatori. Nell'epoca della comuni-

cazione globale, in un mondo in cui basta avere un computer connesso ad Internet per conoscere le ultime novità acquisite dall'altra parte del mondo, il Consiglio Direttivo ANMCO Sicilia e Antonino Nicosia, come Co - Presidente del Congresso, hanno pensato un Congresso mirato a consentire uno scambio di esperienze pratiche «Cosa faccio con il paziente con questi sintomi e questi dati strumentali? Cosa faccio in questo territorio?». Ciò perché oggi è importante contestualizzare le conoscenze e le esperienze in modo da consentire al Medico che opera in una realtà di conoscere quali sono le possibilità per il suo malato in quel contesto, mentre può conoscere cosa si fa nel mondo scaricando le ultimissime news via computer o via iPhone. Tutto ciò è, peraltro, in linea con il profondo cambiamento che è avvenuto e sta avvenendo nella strutturazione della Sanità siciliana con la creazione delle Aziende Sanitarie Provinciali il cui obiettivo è soprattutto quello di assistere i malati al meglio ma anche in autonomia gestionale e quindi economica, il che significa risolvendo i problemi, fin dove è possibile, nella stessa A.S.P. o al massimo nella stessa regione. Enorme importanza ha avuto quindi il dibattito svoltosi tra l'Assessore alla Salute della Regione Sicilia, Dott. M. Russo, e i rappresentanti della Cardiologia ospedaliera nazionale, Marino Scherillo e Francesco Maria Bovenzi, e regionale, Ernesto Mossuti, Vincenzo Cirrincione e molti altri presenti in Sala. Sia Marino Scherillo che Francesco Maria Bovenzi hanno innanzitutto

illustrato gli obiettivi dell'ANMCO a livello nazionale, fondamentalmente orientati al miglioramento della qualità delle prestazioni, evidenziando poi le progettualità future legate alla realizzazione di importanti Campagne Educazionali e alla realizzazione di importanti Studi clinici. L'Assessore ha poi fatto il punto sulla situazione della Sanità in Sicilia ma ha soprattutto esposto quella che è stata la filosofia alla base della rivoluzione attuata nella organizzazione della Sanità siciliana (dalla creazione delle A.S.P. con la riduzione del loro numero, alla formulazione di gare di bacino, alla rimodulazione della Rete ospedaliera) e cioè una metodologia della legalità, insistendo molto proprio sulla semplicità di questo assunto. Una parte rilevante dell'evento è stata dedicata al Cardionursing che ha visto, come sempre, la partecipazione di una platea attenta e numerosa (circa 200 Infermieri) che ha mostrato un notevole impegno ed un costante interesse durante tutto l'evento. L'ultimo giorno, infine, è stato dedicato ad incontrare i Medici di Medicina Generale, sviluppando insieme con loro temi di interesse comune quali ad esempio il giudizio di idoneità sportiva e l'arresto cardiaco extraospedaliero. Anche questa Sezione è stata molto frequentata con la presenza di circa 100 Medici di famiglia. Una novità è stata anche la esposizione di Poster (27) che hanno testimoniato ancora di più la vitalità e la voglia di partecipazione della Cardiologia ospedaliera siciliana.

# *La differenza tra Costo e Valore*

## Una differenza importante

La Salute è un valore cui viene attribuito un costo. Siamo consapevoli di quanto è importante attribuire valore alle nostre azioni? Occorre trovare una sintesi tra costo e valore nella nostra Sanità. Questa la vera sfida del futuro (molto) prossimo

DI GIANCARLO CASOLO



Una delle fonti di informazione per il governo del Sistema Sanitario è costituito dalla contabilità generale ed analitica delle Aziende e per centri di costo. L'attenzione ai costi dunque oltre che dalla necessità di mantenere l'equilibrio economico dei conti è accentuata dalla possibilità di misurarli in modo piuttosto preciso. La Toscana, in questo governo di spesa è sicuramente all'avanguardia e attraverso l'analisi dei costi è possibile derivare indicatori impiegati nella valutazione di performance delle Aziende e delle Cardiologie. Poiché l'attenzione ai costi deve coniugarsi con quella relativa ai risultati clinici, la Cardiologia e più in generale l'ambito medico deve oggi

affrontare il problema di valutare compiutamente l'operato clinico affinché non si venga travolti da logiche basate più sui costi che sul valore prodotto. Nello stesso tempo occorre interiorizzare il concetto che la sostenibilità del sistema è legata ad un uso appropriato delle risorse. Perciò il mondo clinico deve saper spiegare la differenza tra costo e valore ad un sistema prevalentemente basato sulla misurazione dei costi. «Di tutto conosciamo il prezzo», diceva Friedrich Nietzsche, «di niente il valore». Sarà capitato a molti di trovare un acquisto troppo costoso rispetto alla nostra sensazione del suo vero valore. Così un abito, un gioiello, una bottiglia di vino hanno un

prezzo ma posseggono qualcosa che rende il concetto di costo assai relativo. Il prezzo che noi saremmo disposti a pagare è, in realtà, il valore che noi effettivamente gli attribuiamo. Così, noi possiamo distinguere tra il valore di un oggetto ed il suo prezzo. Se ci pensiamo un po' il valore è una sintesi di elementi di valutazione che contribuiscono al suo prezzo ma che non sono necessariamente uguali per tutti. Un ricordo di famiglia può valere poco in termini di prezzo ma possedere un valore incommensurabile di tipo affettivo. All'opposto ci troviamo spesso a dover subire costi che riteniamo troppo alti per l'effettivo valore che noi gli attribuiamo. È il caso di molte griffe che magari

commercializzano oggetti per noi decisamente brutti ma che vengono a costare assai più di prodotti analoghi non firmati. Nella vita quotidiana il problema è poco sentito, almeno in superficie. Un litro di latte, una confezione di antibiotici, una siringa posseggono un prezzo ed un valore apparentemente simile od addirittura uguale per tutti. Purtroppo ben sappiamo quanto il costo di una siringa, di un farmaco, di una garza, di una TAC sono assai diversi da regione a regione pur avendo lo stesso generico valore. In effetti invece, a ben pensarci il valore è diverso nelle diverse realtà. Ed infatti il costo è

affetto che, purtroppo o per fortuna, non può essere acquistato e dunque non ha un prezzo quantificabile e sicuramente non possiede un valore commerciale. Il costo ed il valore possono dunque apparire concetti inconciliabili. Esiste un ambito in cui è possibile però trovare una sintesi tra costo e valore. Basta spostarsi su concetti universali e condivisi da tutti. La salute ne è un esempio chiaro e inequivocabile. La salute, bene primario di ciascuno e fine al quale una società moderna deve orientarsi è sicuramente un importante valore. Ma, fatte le premesse di cui sopra poniamoci la fatidica domanda:

Per guardare ragionevolmente al futuro occorre individuare degli obiettivi di salute che siano raggiungibili come anche dei limiti che non devono essere oltrepassati

diverso. Fattori quali la difficoltà dei fornitori a farsi pagare nei tempi necessari, le modalità di esecuzione delle gare, costi più o meno nascosti, rendono difficile una omogenea (e forse troppo semplicistica) definizione del valore su tutto il territorio nazionale. Naturalmente occorre semplificare per poter organizzare ma questo non può far dimenticare i motivi che stanno dietro costi diversi per un medesimo bene o valore. Le cose diventano un po' più complesse quando dagli oggetti ci spostiamo a considerare aspetti meno palpabili quali i sentimenti, gli orientamenti culturali, le credenze e i pregiudizi. Non è certo questa la sede dove discutere di questi aspetti ma basti considerare il profondo valore di un

«quale è il valore della salute? Ed ancora, quale costo siamo disposti ad affrontare per offrire la guarigione o almeno la cura di una malattia?». Evidentemente la salute non ha prezzo, il suo valore è immenso. Tuttavia nessuna società, nemmeno quella più evoluta può eludere una sintesi tra costo e valore in questo contesto. Possiamo infatti pensare di favorire un sistema che garantisca la salute ma ragionevolmente dobbiamo pensare alle risorse che vi possiamo e dobbiamo destinare. In altre parole dobbiamo trovare un equilibrio tra una ragionevole pretesa di salute e, ammesso e non concesso che la potessimo restituire e/o garantire, un ragionevole costo compatibile con le risorse. In sintesi dobbiamo immagi-

nare un valore nel nostro obiettivo di salute e stabilirne il prezzo. Questa è la vera sfida del nostro tempo, questa il vero ambito dove i Medici, le Istituzioni, il Cittadino devono stringere una alleanza, pena il fallimento dell'intero sistema. La vera sfida non è quindi di tipo aziendalistico - amministrativo o per lo meno credo sia riduttivo guardare alla salute come un bene analogo ad un prodotto qualsiasi. Peraltro nel processo di aziendalizzazione la Sanità è descritta come un quasi mercato. Cioè esistono vincoli e regole che limitano il concetto di concorrenza e di produzione e che rendono la Sanità un ambito molto più complesso e di difficile governo di un qualunque altro prodotto. La salute descritta come prodotto ai fini del governo di tipo aziendalistico è quindi un concetto articolato, complesso, con molte sfaccettature e sicuramente limitativo. Così, merita un accenno il fatto che se la Sanità opera in un quasi mercato, il paziente non è un cliente ma è un "quasi - cliente". Mi spiego meglio. È ovvio che il paziente ritenga il suo bisogno di salute un valore assoluto. Ciò è comprensibile ma non ragionevole e non solo, per fortuna, per problemi di costo. La cultura medica, l'esperienza clinica, la cultura scientifica ci aiutano a considerare alcune aspettative realistiche o meno. Il paziente non ha questa visione. Egli si aspetta risposte a qualunque sua necessità. In questo spesso concorre la spinta dei mass media promossa in modo più o meno disinteressata dal mondo politico, dall'industria, dalle

categorie professionali. Paradossale l'input politico che da un lato possiede la responsabilità della spesa dall'altro, basandosi sul consenso, promuove attese poco realistiche nella popolazione. Il primo punto per guardare ragionevolmente al futuro è dunque individuare degli obiettivi di salute che siano raggiungibili e condivisi ma anche dei limiti che non devono essere oltrepassati. È ovvio che queste scelte non possono essere lasciate alla ditte farmaceutiche o a produttori di strumenti diagnostici e terapeutici. Ma, purtroppo, neanche a molti Colleghi che, improntando la loro azione al semplice svolgimento di un compito di salute molto limitato per quanto complesso (magari senza evidenze forti e con benefici dubbi o assai limitati), utilizzano grandi risorse. Risorse spesso sottratte ad ambiti di salute più meritevoli di attenzione magari favorendo la logica aziendalistica basata sul rimborso della prestazione senza badare al vero valore della loro azione. In questo contesto il mondo politico non sempre trova nel mondo medico un alleato con cui costruire la salute ma, ahimè, solo una fonte di costo. Ecco il punto. Noi siamo percepiti prevalentemente come fonte di costi. Ma sappiamo esprimere quale valore produciamo con apposite misure su cui essere valutati e su cui valutare la salute dei nostri pazienti? La domanda è: questi costi producono valore? La domanda non è peregrina se pensiamo che la riforma Obama negli USA comincia a muoversi su questo concetto. Quale è il valore della

salute? Se la salute ha un costo, questo costo può essere quantificato ragionevolmente? Possiamo finirla di vedere solo il costo ed invece costruire un sistema sul valore? Un significativo editoriale sul *New England Journal of Medicine* del 2009 ad opera di Michael Porter, professore di Economia della Harvard Business School di Boston, sottolinea la possibilità di modificare l'intero impianto economico che gravita intorno alla salute in un sistema dove sia riconosciuto e valorizzato il valore che viene effettivamente prodotto sul paziente. Un sistema basato sul valore è possibile, si può reggere economicamente. Ciò apre a mio avviso una finestra importante che ci porta al quesito di partenza e cioè: è possibile dare un costo a ciò che riteniamo abbia davvero valore? Se infatti l'attenzione si sposta dal costo al valore dobbiamo altresì prendere atto che questo concetto è assai diverso a seconda degli attori e protagonisti del mondo sanitario. Occorre un patto, uno sforzo etico da parte di tutti. Pena la perdita dello stato sociale come lo conosciamo. Concluderei sottolineando che per guardare ragionevolmente al futuro sta anche a noi individuare degli obiettivi di salute che abbiano un valore significativo e condiviso, misurabili, e che siano raggiungibili con un costo giusto (non necessariamente basso) ma anche fissare dei limiti nel nostro modo di produrre salute che non devono essere oltrepassati.

# Di quanto ridurre la pressione arteriosa?

## *Più ombre che luci...*

I grandi Trial clinici vanno letti con spirito critico e con molta attenzione

DI PAOLO VERDECCHIA



Sappiamo che l'ipertensione arteriosa è uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare. Addirittura, l'ipertensione arteriosa è il fattore di rischio cardiovascolare per il quale esistono le più chiare ed evidenti dimostrazioni, rispetto ad altri fattori di rischio, che il suo controllo mediante opportuna terapia è in grado di ridurre significativamente morbilità e mortalità cardiovascolare nella popolazione. Purtroppo, esiste una diffusa ed erronea percezione anche nella classe medica che l'ipertensione arteriosa sia una condizione piuttosto semplice da trattare, e per la quale si sa praticamente già tutto. Che ciò non sia affatto vero è dimostrato, *in primis*, dal fatto che la maggior parte dei pazienti ipertesi trattati non mostra valori pressori adeguatamente controllati dal trattamento in atto. In Italia, solo un paziente iperteso trattato su cinque presenta valori <140/90 mmHg<sup>1</sup>. E sappiamo con certezza che i pazienti con pressione arteriosa non ben controllata sono a maggior rischio di complicanze cardiovascolari rispetto ai pazienti con pressione ben controllata.

### I messaggi dei grandi Trial

L'analisi cumulativa dei grandi Trial clinici randomizzati dimostra che quanto maggiore è la riduzione della pressione arteriosa, tanto maggiore è il beneficio in termini di riduzione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori<sup>2</sup>. Sappiamo anche che i farmaci antipertensivi disponibili sono sostanzialmente equivalenti in termini di riduzione del rischio cardiovascolare, sebbene i

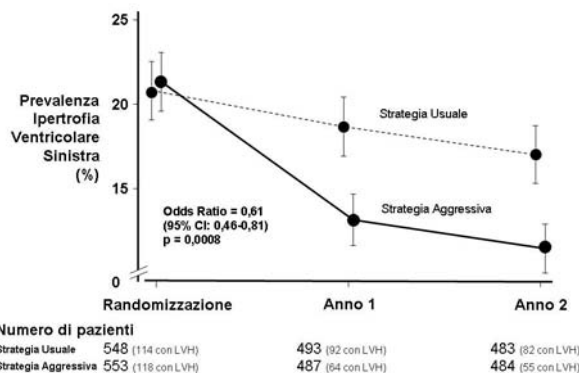
calcio antagonisti e gli inibitori diretti dell'angiotensina II siano lievemente superiori agli altri per la protezione dall'ictus, e gli ACE-inibitori e gli inibitori diretti dell'angiotensina II lievemente superiori agli altri per la protezione dalla cardiopatia ischemica e dallo scompenso cardiaco<sup>3,4</sup>. Come puntualizzato in una recente revisione delle Linee Guida della Società Europea dell'Ipertensione Arteriosa<sup>5</sup>, esiste sufficiente evidenza che la pressione arteriosa vada ridotta al di sotto dei canonici 140/90 mmHg nei pazienti ipertesi non complicati. Esistono tuttavia ampie aree di incertezza in importanti sottopopolazioni.

### Pazienti anziani con ipertensione arteriosa in stadio I

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa aumenta con l'età. Nonostante il fatto che la maggioranza dei pazienti ipertesi anziani presenti ipertensione arteriosa in stadio I, praticamente tutti i principali Trial controllati di intervento eseguiti in pazienti ipertesi sono stati condotti in popolazioni con pressione arteriosa sistolica uguale o superiore ai 160 mmHg. Di conseguenza non sono disponibili, attualmente, studi di intervento condotto in pazienti iper-

tesi anziani con valori di PA sistolica compresa tra i 140 ed i 159 mmHg, e di diastolica tra i 90 ed i 99 mmHg, ovvero la maggior parte dei pazienti ipertesi anziani. Non siamo quindi sicuri se questi pazienti vadano trattati, e se la pressione arteriosa debba scendere al di sotto dei 140/90 mmHg in questi soggetti. Curiosamente, in tutti i megatrial (eccetto uno) eseguiti in pazienti ipertesi anziani, la pressione arteriosa sistolica nel gruppo di trattamento si è mantenuta al di sopra dei 140 mmHg. **Pazienti ipertesi diabetici o ad alto rischio cardiovascolare**

Le Linee Guida suggeriscono di ridurre la pressione arteriosa al di sotto dei 130/80 mmHg nei pazienti ipertesi con diabete mellito oppure ad alto rischio cardiovascolare per la presenza di malattia cardiovascolare già manifesta. Tuttavia l'evidenza scientifica non appare solida anche in questo campo. Tra tutti i megatrial eseguiti in pazienti diabetici, la PA sistolica è scesa al di sotto dei 130 mmHg nel gruppo di trattamento solo in uno studio. In tutti gli altri studi, la PA sistolica nel gruppo di trattamento è restata al di sopra dei 130 mmHg. Analizzando gli studi eseguiti in pazienti con malattie cardiovascolari manifeste al momento dell'arruolamento, è evidente come la pressione arteriosa sistolica sia diminuita al di sotto dei 130 mmHg nel gruppo di trattamento solo in alcuni studi, alcuni dei quali, paradossalmente, non hanno mostrato differenze prognostiche tra il gruppo di trattamento ed il gruppo di controllo. Il recente studio



ACCORD, che ha messo a confronto una strategia di trattamento standard (< 140 mmHg) con una più aggressiva (< 120 mmHg) sui livelli di PA sistolica in 4.733 pazienti con diabete mellito, ha dimostrato che l'end - point primario si è ridotto solo lievemente, del 12% (HR 0,88; IC 95%: 0.73 - 1.06; p = 0.20) nei pazienti randomizzati alla strategia aggressiva, mentre l'ictus cerebrale (un importante end - point secondario) si è ridotto significativamente, di ben il 41% (HR 0.59; IC 95% 0.39 - 0.89; p = 0.01). Pertanto, una maggiore aggressività terapeutica rispetto agli usuali 140/90 mmHg potrebbe essere consigliabile, ai fini della riduzione dell'ictus cerebrale, in pazienti ipertesi diabetici o comunque ad alto rischio cardiovascolare. Una condizione di alto rischio cardiovascolare può verificarsi anche per la coesistenza di altri fattori di rischio, anche in assenza di diabete mellito. Abbiamo recentemente completato lo studio Cardio - Sis<sup>6</sup>, uno studio multicentrico nazionale promosso e condotto dall'ANMCO, che ha confrontato due strategie di controllo della PA sistolica (usuale: < 140 mmHg; aggressiva: < 130 mmHg) in 1.111 pazienti ipertesi di età > 55 anni e non ben controllati da un trattamento in atto. L'end - point primario dello studio era l'ipertrofia ventricolare sinistra all'elettrocardiogramma, mentre l'end - point secondario era rappresentato da un pool composito di eventi cardiovascolari maggiori. Al termine di due anni di osservazione, l'ipertrofia ventricolare sinistra è risultata del 39% meno

frequente nel gruppo assegnato alla strategia aggressiva rispetto al gruppo assegnato alla terapia usuale (OR 0,61; IC 95% 0.46 - 0.81; p = 0.0008). Oltre all'ipertrofia ventricolare sinistra, la strategia aggressiva si è accompagnata ad una significativa (p = 0,003) diminuzione del 50% dell'incidenza dell'end - point composito, che ha raggiunto la significatività statistica, nei suoi componenti, per la rivascolarizzazione coronarica (p = 0,032) e per la fibrillazione atriale (p = 0,044). I risultati dello studio Cardio - Sis giustificano chiaramente l'esecuzione di uno studio di più ampie dimensioni primitivamente disegnato sugli eventi cardiovascolari maggiori.

### Il problema della curva J

Varie indagini cliniche, tra le quali lo studio INVEST, eseguito in pazienti ipertesi con coronaropatia, hanno mostrato un aumento paradossale degli eventi cardiovascolari in pazienti con i più bassi valori di pressione arteriosa raggiunta in corso di trattamento<sup>7</sup>. Si è pensato che bassi valori di pressione arteriosa diastolica possano in qualche modo compromettere il flusso coronarico, che avviene prevalentemente in diastole. Tuttavia, è importante ricordare come i pazienti con bassi valori pressori in corso di trattamento possano essere affetti in maggior misura da varie condizioni patologiche concomitanti (pregresso infarto, evoluzione verso lo scompenso cardiaco, neoplasie, epatopatie, etc.) che potrebbero essere i veri responsabili dell'aumento del rischio associato all'ipotensione.

### Bibliografia

1. Volpe M., Tocci G., Trimarco B., Rosei E.A., Borghi C., Ambrosioni E., Menotti A., Zanchetti A., Mancia G. "Blood pressure control in Italy: results of recent surveys on hypertension". *J Hypertens.* 2007;25(7):1491 - 1498.
2. Staessen J.A., Wang J.G., Thijs L. "Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta - analysis". *Lancet.* 2001;358(9290):1305 - 1315.
3. Verdecchia P., Reboldi G., Angeli F., Gattobigio R., Bentivoglio M., Thijs L., Staessen J.A., Porcellati C. "Angiotensin - converting enzyme inhibitors and calcium channel blockers for coronary heart disease and stroke prevention". *Hypertension.* 2005;46(2):386 - 392.
4. Verdecchia P., Angeli F., Cavallini C., Gattobigio R., Gentile G., Staessen J.A., Reboldi G. "Blood pressure reduction and renin - angiotensin system inhibition for prevention of congestive heart failure: a meta - analysis". *Eur Heart J.* 2009;30(6):679 - 688.
5. Mancia G., Laurent S., Agabiti - Rosei E., Ambrosioni E., Burnier M., Caulfield M.J., Cifkova R., Clement D., Coca A., Dominiczak A., Erdine S., Fagard R., Farsang C., Grassi G., Haller H., Heagerty A., Kjeldsen S.E., Kiowski W., Mallion J.M., Manolis A., Narkiewicz K., Nilsson P., Olsen M.H., Rahn K.H., Redon J., Rodicio J., Ruilope L., Schmieder R.E., Struijker - Boudier H.A., van Zwieten P.A., Viigimaa M., Zanchetti A. "Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document". *J Hypertens.* 2009;27(11):2121 - 2158.
6. Verdecchia P., Staessen J.A., Angeli F., de Simone G., Achilli A., Ganau A., Mureddu G., Pede S., Maggioni A.P., Lucci D., Reboldi G. "Usual versus tight control of systolic blood pressure in non - diabetic patients with hypertension (Cardio-Sis): an open - label randomised trial". *Lancet.* 2009;374(9689):525-533.
7. Messerli F.H., Mancia G., Conti C.R., Hewkin A.C., Kupfer S., Champion A., Kolloch R., Benetos A., Pepine C.J. "Dogma disputed: can aggressively lowering blood pressure in hypertensive patients with coronary artery disease be dangerous?" *Ann Intern Med.* 2006;144(12):884 - 893.

# Cosenza Cuore Onlus

DI G. MISURACA E R. CAPORALE

Questa nuova Rubrica di "Cardiologia negli Ospedali" è di grande interesse e può rappresentare lo spazio di confronto per idee ed esperienze che viaggiano troppo spesso su percorsi autonomi, mentre potrebbero moltiplicare la loro efficacia attraverso il confronto dei risultati positivi e negativi delle varie iniziative presenti nel nostro Paese. Le Associazioni di volontariato vicine alla Cardiologia svolgono nella maggior parte dei casi attività di assistenza ai

retta informazione della popolazione, altrimenti restia ad ipotesi di cambiamento. Il terzo settore, che rappresenta nel nostro Paese un ausilio fondamentale quando non indispensabile per il corretto funzionamento dei servizi, opera in collaborazione con le Agenzie Sanitarie e in questo ambito è rappresentato da realtà associative anche molto diverse tra loro per specifica vocazione e servizi erogati. Dalla relazione ministeriale sullo stato sanitario del Paese risulta che le prin-

soprattutto in realtà sanitarie impegnate a colmare il divario strutturale e qualitativo che le separa da quelle più avanzate. Per questo motivo abbiamo pensato di dare all'Associazione che stiamo costruendo l'ambizioso obiettivo di diventare, tra l'altro, uno strumento di promozione della cultura medico - scientifica, cardiologica in particolare. *Cosenza Cuore Onlus* nasce circa tre anni fa a supporto della Cardiologia della città e della Provincia di Cosenza, ed è disciplinata da uno Statuto che ne regola il funzionamento secondo le normative del D. Lgs 4 - 12 - 1997, n. 460. Possono far parte di *Cosenza Cuore Onlus* tutti quelli che ne fanno richiesta, dopo accettazione della domanda da parte dei Soci aderenti. Gli Organi dirigenti dell'Associazione sono l'Assemblea dei Soci ed il Comitato Direttivo eletto dall'Assemblea, composto da cinque iscritti; il Comitato Direttivo elegge il Presidente. Il Comitato Direttivo si avvale per lo svolgimento delle sue attività di un Comitato Scientifico costituito per l'80% da personalità esterne all'Associazione che si siano distinte per la loro attività ospedaliera o accademica nel settore cardiovascolare; il Comitato Scientifico è coordinato da un componente del Comitato Direttivo con esperienza in campo sanitario. Ma vediamo quali sono le finalità dell'Associazione secondo quanto recita lo statuto: *Cosenza Cuore Onlus* opera senza fini di lucro, persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale e ha per oggetto lo svolgimento di attività nel settore socio - sanitario e in quello della ricerca scientifica. In particolare si prefigge di:

- diffondere nella cittadinanza cono-

**«Alcune ore ci vengono sottratte da varie occupazioni, altre ci scappano quasi di mano, ma la perdita più vergognosa è quella che avviene per nostra negligenza. Dunque, caro Lucilio, fai tesoro di tutto il tempo che hai. Mentre rinviando i nostri impegni, la vita passa. Il tempo è l'unico bene che l'uomo non può restituire, neppure con tutta la sua buona volontà»**

**Seneca, Lettere a Lucilio**

malati, ma possono dare un contributo fondamentale alla crescita della cultura cardiologica nella popolazione e fornire un supporto economico alle Strutture Sanitarie attraverso donazioni di Fondazioni, Aziende e singoli Cittadini, per realizzare progetti che non trovano spazio nei bilanci spesso esigui o mal finalizzati delle Aziende Sanitarie. Anche per questo è importante, e ringraziamo la Redazione per l'opportunità, che questa Rubrica venga inaugurata da una "voce" del Sud, un'area del Paese dove più che in altre la Società civile è chiamata ad essere protagonista del cambiamento di una Sanità nella quale, accanto a posizioni assistenziali in linea con gli standard della Medicina moderna, esistono realtà che necessitano di un rapido e razionale adeguamento tecnologico e culturale e di una riorganizzazione dell'impiego delle risorse che non può prescindere da una cor-

principali articolazioni del volontariato in ambito sanitario sono: donazione di sangue e impegno nell'ambito della donazione degli organi (34,4%); assistenza sanitaria diretta (17,3%); visite, assistenza morale, ascolto dei malati (10,7%); assistenza legale e riconoscimento dei diritti dei malati (3,8%); trasporto di ammalati, guida di ambulanze e soccorso (20%); altro (riabilitazione, prevenzione, ecc. 13,8%). Nel Sud le attività che fanno capo al terzo settore sono meno rappresentate rispetto ad altre macroaree del Paese: il 32,7% di attività a fronte del 26,2% della popolazione è rappresentato nelle regioni del Nord - Ovest, il 12,5% a fronte di una dimensione demografica del 24,6% nel Sud. Questi dati evidenziano una notevole vitalità del volontariato in ambito sanitario, ma indicano d'altra parte come sia necessario avviare iniziative di carattere diverso da quelle più tradizionali,

scenze sulle malattie cardiovascolari e sulla loro prevenzione;

- assegnare borse di studio finalizzate sia a sostenere l'attività di ricerca in campo cardiovascolare, che a favorire l'avviamento lavorativo di giovani Cardiologi nella Provincia di Cosenza;
- sostenere lo sviluppo di tecnologie biomedicali d'avanguardia, sia in termini di ricerca che di impiego a favore degli utenti della Provincia di Cosenza.

In questi giorni abbiamo portato a termine la donazione, nella sua parte software e hardware, di un sistema per la gestione informatizzata della Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale Civile dell'Annunziata di Cosenza, denominato SynCardio. Il sistema è stato progettato per la parte ingegneristica da Synapsis, una software house

sta tra l'altro la redazione automatica della lettera di dimissione. Abbiamo scelto di investire nell'informatizzazione perché in una regione, come la nostra, costretta ad attuare piani di rientro per un eccesso di spesa sanitaria, è impensabile chiedere investimenti che vadano al di fuori di quelli tradizionali per apparecchiature elettromedicali e aspetti dell'innovazione tecnologica come l'informatizzazione sono ritenuti di secondaria importanza. Al contrario, noi pensiamo che una moderna gestione dei dati sia essenziale per razionalizzare la spesa, conoscere l'epidemiologia della propria popolazione, valutare i risultati della propria pratica clinica, soprattutto in unità operative come quella dell'Annunziata di Cosenza che offre ai pazienti tutte le più moderne

Ospedale attraverso l'individuazione dei bisogni assistenziali durante la fase di degenza e al momento della dimissione. Attraverso personale adeguatamente formato saranno attuati interventi per migliorare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche, attività di educazione sanitaria finalizzate alla prevenzione secondaria attraverso il controllo dei fattori di rischio e la corretta alimentazione. Si cercherà infine di prevenire l'istituzionalizzazione dei pazienti anziani e non autosufficienti con attività quali il ritiro delle ricette dal medico di famiglia e il recapito a domicilio dei farmaci, la consegna della spesa e tante piccole altre azioni di soccorso che dovessero essere necessarie nel corso della vita del paziente. Nel prossimo anno contiamo di avviare iniziative per la prevenzione delle cardiopatie in collaborazione con la scuola e una campagna specificamente dedicata alla prevenzione delle cardiopatie nella donna. Tra gli scopi dell'Associazione rientrano infine l'organizzazione di convegni per discutere di salute, ma soprattutto di organizzazione sanitaria con politici, esperti, rappresentanti delle istituzioni e con le associazioni dei malati. Abbiamo chiesto ai nostri concittadini di darci una mano in un volontariato un po' diverso da quello dell'emergenza o della supplenza, utilissimo, ma non adatto a cambiare la struttura della società. Il nostro obiettivo è quello di portare aiuto a chi è in difficoltà, ma anche quello di partecipare con idee e proposte alla realizzazione di un Sistema Sanitario più efficiente e moderno per la nostra terra.

**«Un samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui»**

**Luca 10, 33 - 35**

calabrese, con la consulenza tecnica dei medici della Cardiologia dell'Annunziata. Questo ha permesso di tarare il programma sulle esigenze del reparto; si tratta naturalmente di un sistema aperto alla implementazione di nuove parti ove ce ne fosse l'esigenza. Attraverso SynCardio tutte le postazioni della Unità Operativa di Cardiologia, dalla UTIC alla Degenza, agli ambulatori per finire ai laboratori di emodinamica ed elettrofisiologia sono connessi in rete. Il sistema prevede che la immissione dei dati (compresi immagini e video) inizi all'ingresso del paziente in reparto e continui per tutta la durata della degenza. È previ-

soluzioni diagnostiche e terapeutiche. Abbiamo di recente perfezionato con l'Azienda Ospedaliera di Cosenza e l'A.S.P. territoriale un progetto denominato "Più che curare... Prendersi cura" che sarà realizzato da volontari in collaborazione con ANTEAS (Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà) e con le locali organizzazioni degli Scout. Il progetto si propone di fornire ai pazienti forme di assistenza indirizzate alla cura dell'uomo malato oltre che alla cura della malattia, a partire dal supporto psicologico che sarà gestito da professionisti del settore. L'attività dei volontari inizierà all'ingresso dei pazienti in



# È possibile traslare in Italia il *Programma Euroaction* per la Prevenzione Primaria e Secondaria della Cardiopatia Ischemica?

DI SABINO SCARDI



**G**li studi EUROASPIRE hanno chiaramente dimostrato che la prevenzione cardiovascolare nella comune pratica clinica è del tutto insoddisfacente, in particolare sono trascurate le modificazioni dello stile di vita (Tabella 1). I pazienti che frequentano un Centro di riabilitazione hanno sicuramente risultati più favorevoli, ma solo un terzo degli eleggibili li frequenta (Kotseva K., Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2009; 16: 121 - 37). La Società Europea di Cardiologia (Wood D.A., Eur Heart J 2004, 6 (Supp J): J3 - J15) nel 2004 propose lo studio randomizzato EUROACTION diretto a valutare la fattibilità e i risultati di un programma

di prevenzione primaria (nei pazienti ad alto rischio) e secondaria della cardiopatia ischemica nella pratica clinica di routine. Lo studio era randomizzato, multidisciplinare, coordinato dagli infermieri e coinvolgeva 10.000 pazienti arruolati in Ospedali generali (esclusi gli specialisti dei Centri di riabilitazione) o soggetti ad alto rischio (e loro familiari) arruolati

dai medici di medicina generale di sei nazioni europee (12 Ospedali e Centri di medicina generale) utilizzando le Linee Guida europee di prevenzione cardiovascolare pubblicate nel 2003. L'inclusione dei parenti enfatizzava il supporto della famiglia nell'acquisizione di un migliore stile di vita. I pazienti arruolati nel gruppo EUROACTION erano poi confrontati con quelli di un gruppo assegnato alla "cura usuale". Gli end - point ad un anno erano: modificazioni dello stile di vita familiare (fumo, attività fisica ecc.), gestione della pressione arteriosa, dei lipidi, della glicemia e aderenza alla terapia cardioprotettiva.

FATTORI DI RISCHIO	EUROASPIRE		
	I (%)	II (%)	III (%)
Fumo	20.3	21.2	18.2
Sovrappeso e obesità	76.8	79.9	82.7
Pressione arteriosa elevata (>140/90)	58.1	58.3	60.9
Livelli di colesterolo >175 mg/dl	94.5	76.7	46.2
Riferito diabete mellito	17.4	20.1	28.0
Antiaggreganti <	80.8	83.6	93.2
Beta-bloccanti	56.0	69.0	85.5
Anti-ipertensivi	84.5	90.6	96.8
Ipolipemizzanti	32.2	62.7	88.8

*Tabella 1*  
Fattori di rischio e assunzione di farmaci cardioprotettivi negli studi EUROASPIRE I, II, III

RISULTATI	Ospedale		Famigliari		Medicina generale	
	pazienti trattati %	pazienti in cura usuale %	pazienti trattati %	pazienti in cura usuale %	pazienti ad alto rischio trattati %	pazienti ad alto rischio in cura usuale %
Non fumatori	58	47	32	18	73	72
Grassi saturi <10% dell'energia totale	55	40	60	42	NA	NA
Olio di pesce (>3 volte sett.)	17	8	11	7	11	6
Frutta e verdura (>400gr. gg.)	72	35	72	37	78	39
Attività fisica (30 min. >4 volte sett.)	54	20	41	27	50	22
Circonferenza addominale ideale (m<94cm e f<80cm)	31	21	28	26	23	15
PA <140/90mmHg o <130/85mmHg nei diabetici	65	55	67	63	58	41
LDL-c <3mmol/L	81	74	43	40	45	35
HbA1c (<7% nei diabetici)	56	53	NA	NA	80	65

Tabella 2 - Principali risultati dello studio EUROACTION

## Risultati ad un anno

Tre quarti degli arruolati nel gruppo trattamento (pazienti con malattia coronarica 72%, soggetti ad alto rischio di svilupparla 77%, familiari di pazienti con malattia coronarica 72% e di soggetti ad alto rischio 77%) hanno seguito le raccomandazioni di consumare frutta e vegetali (400 gr. al giorno o più) mentre nel gruppo "cura usuale" solo un terzo (pazienti con malattia coronarica 35%, soggetti ad alto rischio 39%, familiari di pazienti con malattia coronarica 37%, di soggetti ad alto rischio 50%) ha raggiunto questo target (Tabella 2). Il 55% degli ischemici ha ridotto il consumo di grassi saturi Vs il 40% del gruppo cura usuale, mentre il 17% Vs l'8% ha utilizzato tre porzioni di olio di pesce alla settimana; la stessa tendenza è stata osservata nei pazienti ad alto rischio e nei familiari. Tra i cardiopatici e i loro familiari, fumatori al momento dell'arruolamento, il 58% e rispettivamente il 23% hanno smesso di fumare e sono rimasti non fumatori per almeno un anno rispet-

to al 47% e 18% dei pazienti e loro familiari assegnati alla cura usuale. Il target di 30 - 45 minuti di attività fisica 4 - 5 volte alla settimana è stato raggiunto dal 54% dei cardiopatici e dal 50% di quelli ad alto rischio Vs il 20% e rispettivamente il 22% della cura usuale. Anche i familiari hanno presentato la stessa tendenza (rispettivamente 41% dei cardiopatici e 44% di quelli ad alto rischio): 27% Vs 25% di quelli assegnati alla cura usuale. In confronto con quelli arruolati nella cura usuale, il 31% dei pazienti con coronaropatia e il 23% di quelli ad alto rischio del gruppo trattamento hanno ridotto l'obesità centrale (valutata con la circonferenza della vita). Il target della colesterolemia è stato raggiunto dalla maggioranza dei pazienti con coronaropatia, sia quelli assegnati al gruppo trattamento, sia quelli alla cura usuale, mentre i soggetti ad alto rischio del gruppo trattamento hanno ridotto il tasso di colesterolemia più del gruppo controllo. Un valore desiderabile di emoglobina glicata è stato raggiunto più spesso nel gruppo

trattamento (61% negli ischemici e 80% in quelli ad alto rischio) rispetto alla cura usuale (rispettivamente 50% e 65%). Un valore di pressione arteriosa target è stato ottenuto con più frequenza nel gruppo trattamento sia nei coronarici (56% Vs 53%) sia nei soggetti ad alto rischio (80% Vs 65%). Infine le terapie cardioprotettive sono state utilizzate più frequentemente nei soggetti assegnati al gruppo trattamento rispetto a quelli della cura usuale (Wood D.A. Lancet 2008; 371: 1999 - 2012).

## Commento

Nonostante alcune limitazioni metodologiche, lo studio EUROACTION ha dimostrato che un programma integrato, coordinato da infermieri opportunamente preparati e con il coinvolgimento delle famiglie dei pazienti, in confronto con la cura usuale, migliora lo stile di vita, controlla adeguatamente la pressione arteriosa ed incrementa l'uso di farmaci cardioprotettivi nei pazienti con coronaropatia ischemica e nei soggetti ad alto rischio di svilupparla. Questo

FATTORI DI RISCHIO	Intervento (n=357), %	Controlli (n=348), %	P
Indice di massa corporea	20	27	0.048
Circonferenza vita	22	24	0.47
Pressione arteriosa sistolica	74	61	<0.001
LDL colesterolo	73	64	0.013
Fumatore corrente	23	24	0.86
Attivo fisicamente	67	54	0.001
Consumo alcool	98	96	0.18
Consumo vegetali	81	71	0.002
Consumo frutta	94	85	<0.001

Tabella 3  
Proporzione dei pazienti con target a 12 mesi nello studio RESPONSE

favorevole risultato nella qualità della cura è stato ottenuto negli Ospedali generali e nella pratica generale della medicina territoriale di sei nazioni europee compresa l'Italia con un costo generalmente basso. David Wood, professore di medicina cardiovascolare dell'Imperial College di Londra, sostiene che l'approccio utilizzato nell'EUROACTION può rappresentare un nuovo standard per la gestione della prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica in Europa, utilizzando gli Ospedali generali ed i medici di medicina generale perché rende anche accessibile la partecipazione a questo programma della maggior parte dei pazienti con cardiopatia ischemica, dei soggetti ad alto rischio e anche dei loro familiari. All'ultimo Congresso della Società Europea di Cardiologia di Stoccolma sono stati presentati i risultati dello studio RESPONSE, uno studio randomizzato condotto in Olanda su 754 pazienti dimessi dopo una sindrome coronarica acuta e affidati ai medici curanti o ad un gruppo di infermieri. In confronto con la cura usuale gli infermieri hanno ottenuto una riduzione cumulativa dei fattori di rischio del 16.9% ( $p = 0.029$ ). (Tabella 3)

### Prospettive future

Coinvolgere i medici della medicina generale e il personale infermieristico dei distretti socio - sanitari opportunamente addestrati potrebbe rappresentare una potenziale risorsa

per la gestione a lungo termine della prevenzione e della riabilitazione cardiovascolare anche nel nostro Paese. I Centri di riabilitazione invece potrebbero gestire i pazienti ad alto rischio e i casi complicati. In questa situazione, come ha dimostrato l'iniziativa EUROACTION, la creazione di servizi territoriali di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare anche nei distretti socio - sanitari può integrare l'attività dei Centri specialistici di riabilitazione cardiaca, per favorire la partecipazione a lungo termine dei pazienti e assicurare un migliore outcome dei cardiopatici ischemici tenendo conto della situazione economica, culturale e sanitaria locale. Del resto se un paziente con cardiopatia ischemica acuta dal territorio giunge in Ospedale (UTIC, Degenza) passa poi al Centro di riabilitazione, ma per assicurare la continuità della "cura" deve tornare alla struttura territoriale. Il problema della continuità assistenziale è molto complesso e richiede da parte delle associazioni culturali e del legislatore un ripensamento ed uno sforzo diretti ad assicurare una più razionale organizzazione dell'assistenza ambulatoriale sia ospedaliera sia territoriale. In questo contesto la struttura riabilitativa ospedaliera deve assumere un ruolo organizzativo fondamentale per armonizzare l'operato degli infermieri e dei medici delle cure primarie con i programmi riabilitativi post ospedalieri.

### Un nuovo impegno per il personale infermieristico territoriale

Cardine dell'intervento preventivo non sono solo le prescrizioni ma la terapia di sostegno che l'operatore deve offrire all'utente perché accetti le modificazioni dello stile di vita e l'assunzione regolare dei farmaci; entrambi gli obiettivi alla lunga non sono semplici. Poiché nuovi compiti sono stati affidati al personale infermieristico nei diversi ambiti della cura primaria, secondaria e terziaria ("The Bologna Declaration" [www.unige.ch](http://www.unige.ch), 2003), gli infermieri devono riorganizzarsi per assistere i pazienti con cardiopatia ischemica con lo scopo di modificare la storia naturale della malattia aterosclerotica utilizzando le strategie di intervento più appropriate (Brown M.S., Goldstein J.L., Nobel per la medicina nel 1985). Non esiste una categoria di infermieri dedicata alla prevenzione staccata da quella degli infermieri dedicata alla diagnosi e alla cura, tuttavia sono indispensabili alcuni esperti che, sgravati da compiti di assistenza, possano dedicarsi a tempo pieno all'intervento preventivo. Questo innovativo compito richiede passione, creatività, predisposizione, impegno e cultura. L'ANMCO, con l'area Prevenzione Cardiovascolare e il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, deve assumere un ruolo importante nel processo formativo di questo personale.

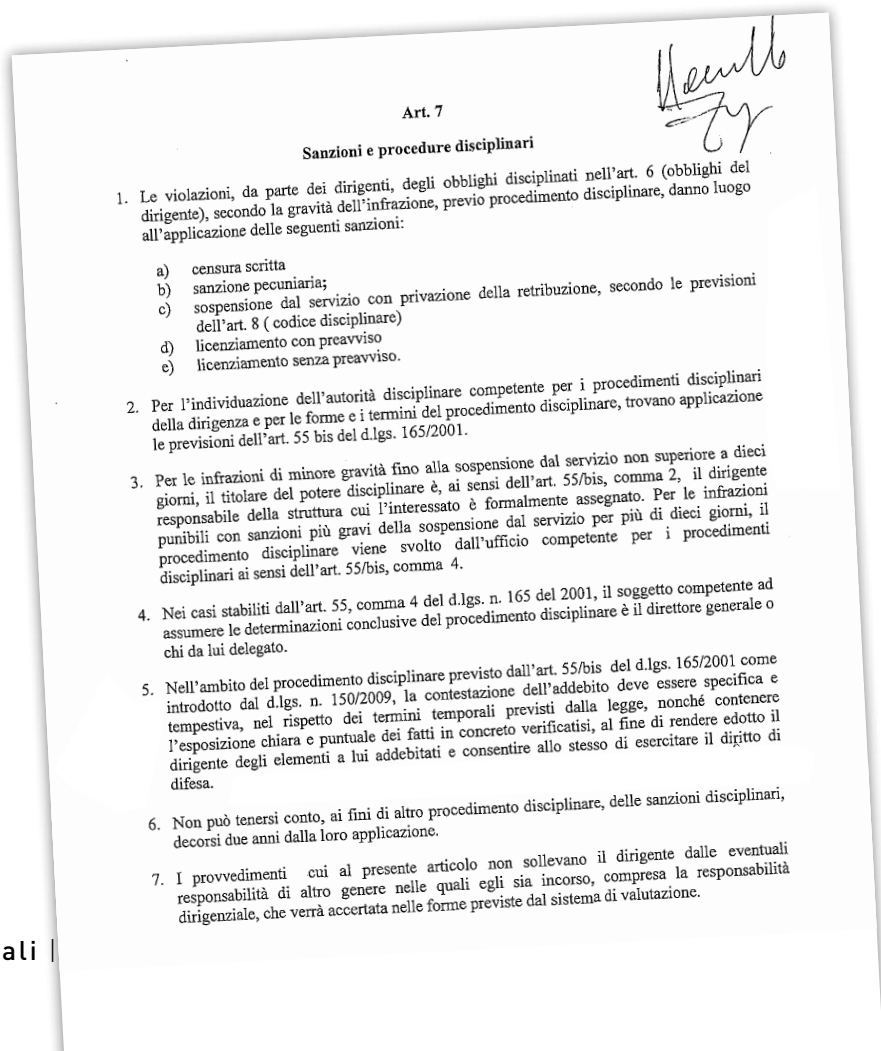
# Il nuovo CCNL della Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN, le “code” contrattuali

DI DOMENICO GABRIELLI

**I**l 6 maggio 2010 è stata siglata in sede ARAN l'intesa relativa alla sequenza contrattuale prevista dall'art. 28 del CCNL del personale della Dirigenza Medico - Veterinaria del SSN sottoscritto il 17 ottobre 2008. Tale accordo risulta particolarmente “pregnante” per quanto riguarda le disposizioni in materia di funzioni dirigenziali, in particolare quando prevede (art. 4) che le strutture semplici includano, *ope legis*, la responsabilità di risorse umane e strumentali. Il capo II si occupa, negli articoli dal 5 al 15, della responsabilità disciplinare; di rilievo appare la precisazione, come principio generale, della distinzione tra le procedure ed i criteri di valutazione dei risultati e quelli relativi alla responsabilità disciplinare. L'art. 6 esplica quelli che sono gli obblighi del Dirigente, sostanzialmente non presentando aspetti causa di particolari perplessità. L'art. 7 (Figura 1) si occupa delle sanzioni e delle procedure disciplinari. L'art. 8 riguarda il codice disciplinare e al comma 14 viene stabilito che, in sede di prima applicazione, il codice disciplinare deve obbligatoriamente essere reso pubblico mediante pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda prima



Figura 1



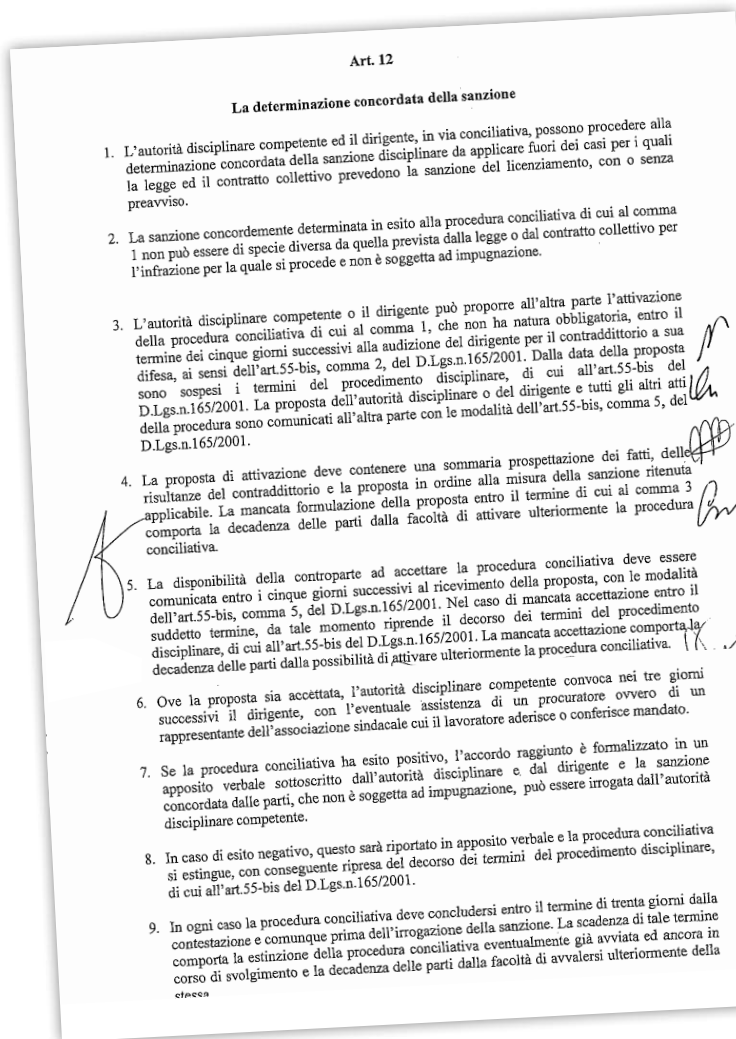


Figura 2

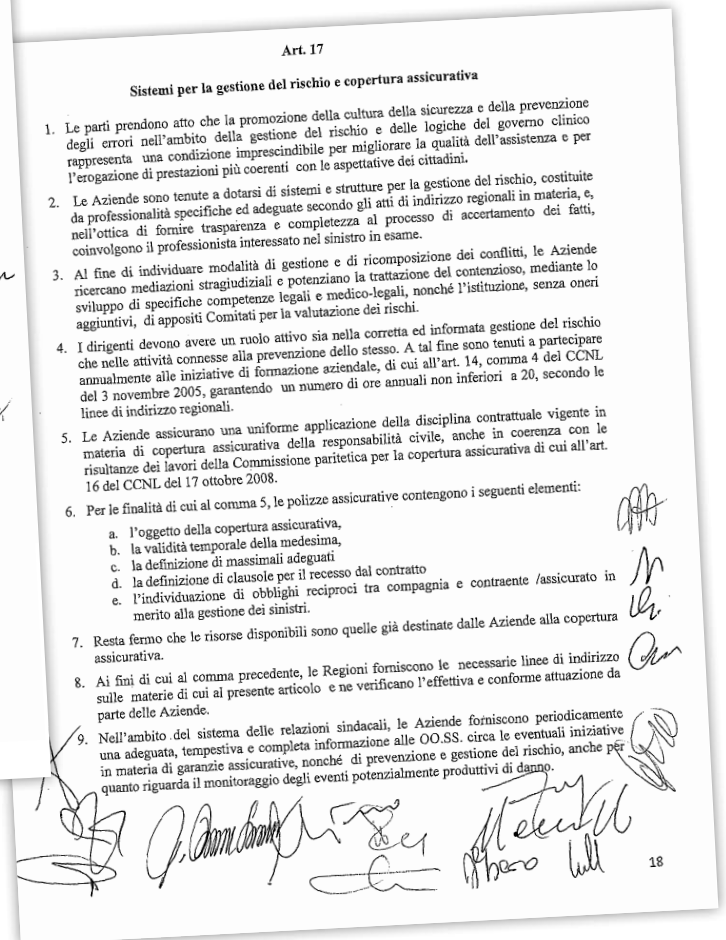


Figura 3

di entrare in vigore. Gli artt. 9 e 10 si occupano delle varie fattispecie di sospensioni cautelari dal servizio. L'art. 11 riguarda il rapporto tra procedimento disciplinare e penale e statuisce le varie possibilità del procedimento disciplinare in relazione all'esito del processo penale. L'art. 12 (Figura 2) tratta della determinazione concordata della sanzione. Nell'art. 13 sono contenute le norme finali e nell'art. 14 si espone il procedimento per la reintegrazione del Dirigente

illegittimamente licenziato. Infine l'art. 15 tratta della indennità sostitutiva della reintegrazione, prevedendo il corrispettivo da concordare fra le parti in relazione anche all'età anagrafica del Dirigente. Al capo 3 della intesa si parla di argomenti miscelanei; l'art. 16 è quello che si occupa di disposizioni particolari e conferme; l'art. 17 tratta dei sistemi per la gestione del rischio e la copertura assicurativa ed è quindi particolarmente importante in un tempo in cui, come tutti sappia-

mo, diventa sempre più difficile avere coperture assicurative omogenee ed al giusto prezzo (Figura 3). L'art. 18 si occupa della mensa di servizio. Concludono il testo le disposizioni finali all'art. 19 e le dichiarazioni congiunte. In sostanza la sigla, anche se dovuta, di questa ulteriore coda contrattuale appare un piccolo passo in avanti verso una normativa contrattuale più moderna ed aderente ai tempi professionali che viviamo nella quotidianità.



## Il Mediatore tra Medico e Paziente

DI ORNELLA MAFRICI

**I**l 5 marzo 2010 è stato pubblicato sulla “Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana” il Decreto Legislativo n. 28, in attuazione dell’art. 60 della L. 18.06.1969 n. 69 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Il Decreto entrerà in vigore il 20 marzo 2011 e, da tale data, tutte le controversie civili aventi ad oggetto diritti indisponibili (art. 2), tra cui (art. 5) anche quelle relative al risarcimento del danno derivante da responsabilità medica, dovranno passare attraverso il procedimento di mediazione prima di approdare nelle aule dei Tribunali. L’ingresso nel pianeta giustizia della procedura di mediazione si applicherà solo in ambito civile e avrà quale immediata conseguenza, anche nelle controversie insorte tra medico e paziente, quella di inibire il ricorso al giudice ordinario, subordinandolo all’espletamento della preventiva procedura di conciliazione che costituirà così una condizione di procedibilità dell’azione giudiziaria. Ed infatti, nell’ipotesi in cui il giudice sarà adito senza che le parti siano passate attraverso la mediazione, il giudizio sarà sospeso con l’assegnazione di un termine di quindici giorni entro cui la domanda di mediazione dovrà essere presentata. La normativa

in questione è stata emanata in attuazione della Direttiva Europea. Il Consiglio Europeo di Tampere del 1999 ha infatti invitato gli Stati Membri ad istituire procedure stragiudiziali, alternative e più snelle per la risoluzione delle controversie civili e commerciali; tale invito è stato reiterato agli Stati Membri nel 2002, valorizzando la validità degli accordi derivanti dalle mediazioni in considerazione della maggiore probabilità della loro osservanza essendo frutto di una libera adesione ed in grado di mantenere o ricostruire un rapporto amichevole tra le parti. Nel sistema introdotto con la novella del 2010, anche se tra le finalità poste dal Ministero di Grazia e Giustizia vi è quella di affermare la tutela degli interessi delle parti e di ricostituire la relazione tra le parti vittoriose ed autrici del nuovo accordo, per come si legge in un commento della Dott.ssa Iannini, Capo dell’Ufficio Legislativo, il ricorso al mediatore anche per la responsabilità medica, sarà obbligatorio e costituirà una *condicio sine qua non* per accedere alla giustizia ordinaria. Il che pone, a mio sommesso avviso, non pochi dubbi anche di costituzionalità della legge, atteso che il ricorso al mediatore non è previsto come una procedura alternativa e

volontaria che, proprio perché tale, potrebbe avere lo scopo di recuperare il rapporto di fiducia tra le parti, ma come un passaggio obbligato per chi intenderà iniziare una causa. Ne consegue che se è vero che il ricorso alla giustizia non sarà precluso è anche vero che sarà subordinato alla procedura prevista dalla legge con ricadute, nell’ipotesi in cui non si arrivi alla conciliazione, in termini di tempo, su entrambe le parti e, in termini economici, sulla parte che, anche se vittoriosa nel giudizio ordinario, non ha accettato la proposta formulata dal mediatore quando il provvedimento che definisce il giudizio corrisponde interamente alla proposta conciliativa a suo tempo rifiutata. In realtà l’obiettivo principale della legge è quello di deflazionare l’attuale “debito giudiziario”: da un lato, il ricorso al mediatore, ove si concluderà positivamente con la conciliazione delle parti, ridurrà l’accesso ai Tribunali, dall’altro, l’accesso ai Tribunali sarà inevitabilmente inibito per parecchi mesi perché dal 20 marzo 2011 non potranno iscriversi a ruolo nuove cause nelle materie tassativamente indicate dal legislatore, dovendosi prima fare ricorso al mediatore che, a sua volta, avrà un tempo massimo di quattro mesi per

portare ad esaurimento il procedimento positivamente o negativamente. Ma quali saranno i compiti ed i poteri del mediatore? Il mediatore che dovrà essere un professionista con requisiti di terzietà, iscritto in un Organismo controllato dal Ministero di Grazia e Giustizia (i Decreti attuativi sono *in itinere* e le richieste di iscrizione di organismi privati, di Camere di Commercio, di Ordini di Avvocati e Commercialisti sono allo stato attuale oltre 60), avrà la funzione di ricercare un accordo amichevole tra due o più parti e di formulare una proposta per la risoluzione della controversia. La proposta dovrà essere necessariamente formulata quando le parti gliene fanno espressa richiesta. La procedura di mediazione si svolgerà senza formalità: il mediatore, che è tenuto alla riservatezza e che non potrà deporre in giudizio nel caso in cui si instauri il contenzioso, valuterà il caso e sottoporrà la proposta scritta alle parti che, entro sette giorni, dovranno accettarla o rifiutarla per iscritto: la mancata risposta di una parte equivarrà a rifiuto. L'accordo conciliativo, se raggiunto, sarà omologato dal Presidente del Tribunale ed avrà efficacia esecutiva e consentirà alle parti una detrazione fiscale fino a 500 euro. La mancata comparizione di una parte, di cui dovrà darsi atto in apposito verbale, sarà valutata negativamente in sede contenziosa mentre la parte che rifiuta la proposta rischierà, nei termini sopra indicati, il pagamento di tutte le spese di lite, comprese le spese della mediazione. Gli avvocati intanto, con effetto immediato, devono informare per

iscritto il cliente della possibilità di ricorrere allo strumento della mediazione, dei costi ridotti e dei benefici fiscali conseguenti pena, in mancanza, l'annullabilità del contratto di prestazione d'opera. Il dibattito sulla nuova procedura è già acceso. Il nodo cruciale da sciogliere riguarda la figura del mediatore che oltre a dovere essere *super partes*, dovrà avere una formazione adeguata per affrontare i grandi temi tra i quali quello della responsabilità medica che è stata inserita nel Decreto pur se il diritto alla salute, ai sensi degli artt. 3 e 32 della Costituzione, non sembra possa farsi rientrare tra i diritti disponibili. Proprio nel settore della responsabilità medica sono già emerse esigenze comuni (medici, avvocati, assicuratori) e suggerimenti, tra i quali: 1) la necessità di una normativa *ad hoc* con apposite commissioni specializzate, anche se l'art. 8 del Decreto Legislativo prevede, al comma 1, che l'Organismo possa nominare uno o più mediatori ausiliari e, al comma 4, che il mediatore possa avvalersi di esperti iscritti negli Albi dei Tribunali. La FNOMCeO ha suggerito la creazione di Organismi misti, composti da esperti in materie giuridiche e da esperti in medicina legale nonché la possibilità che i medici stessi facciano da mediatori; 2) la necessità di estendere la mediazione anche alla responsabilità sanitaria e paramedica (somministrazione di medicinali, errori nelle cartelle cliniche) atteso che la normativa fa riferimento solo alla responsabilità medica; 3) la necessità di informare il paziente della possibilità di ricorrere alla mediazione e

l'opportunità, mutuata da ormai nota esperienza oltralpe, di inserire nel "consenso informato" l'informativa del ricorso obbligatorio al tentativo di conciliazione; 4) la necessità di gestire e di rafforzare il rapporto con le Assicurazioni che non sono incluse nella mediazione. Sul punto ci si domanda quale effetto potrà avere la conciliazione intervenuta tra la struttura sanitaria e/o tra il medico ed il paziente nei confronti dell'Assicuratore che, non avendo partecipato alla fase conciliativa, potrà non riconoscerne l'efficacia. Si è detto che l'introduzione della procedura di mediazione costituirà una vera e propria rivoluzione culturale ma, a mio avviso, perché la rivoluzione si attui sarà necessario un vero e proprio cambiamento di mentalità che, da un lato, privilegi le specializzazioni e, dall'altro, conduca ad evitare le liti meramente "bagatellari", futili o esclusivamente speculative il cui aumento esponenziale si sta registrando anche in materia di responsabilità medica. Le incertezze sull'efficacia del rimedio legislativo sono tante ma non appare ancora opportuno esprimere giudizi prognostici che potrebbero rivelarsi affrettati. È indubbio comunque che dovranno adottarsi gli accorgimenti necessari affinché il meccanismo di conciliazione non si risolva in una mera formalità (come è avvenuto ad esempio nel campo del diritto del lavoro): attendiamo pertanto l'entrata in vigore del Decreto per verificare quale sarà l'impatto che avrà anche nel campo della responsabilità medica e magari per ritornare sull'argomento.

# Berlino: giovani Cardiologi in cerca di assistenza... *Ventricolare Meccanica!*

Sempre meno trapianti, sempre più assistenze ventricolari meccaniche

DI ALESSANDRO VERDE



I progressi della terapia di resincronizzazione cardiaca uniti alla terapia medica ottimale hanno notevolmente migliorato la prognosi e la qualità di vita nei pazienti affetti da insufficienza cardiaca. Tuttavia circa il 4 - 5% di questi pazienti giunge a condizioni di scompenso cardiaco avanzato e circa l'1,5 - 2% presenta quadri di scompenso cardiaco refrattario. I pazienti con scompenso cardiaco avanzato hanno una mortalità del 35% a un anno e del 69% a cinque anni. Quelli con scompenso cardiaco refrattario presentano una mortalità a un anno del 50 - 75% e a due anni superiore al 90%. Sebbene terapie di palliazione emodinamica con inotropi domiciliari abbiamo dimostrato di essere in grado

di ottenere un miglioramento della qualità di vita, esse non sono state in grado di migliorare la sopravvivenza ma tendono, anzi, a peggiorarla. Assistenze ventricolari, VAD, ECMO, Total Artificial Heart, levitronix e chi più ne ha più ne metta... Possono oggi essere considerati la nuova, reale, e soprattutto attuale opzione terapeutica per il paziente con scompenso

cardiaco avanzato/terminale. Intendiamoci il trapianto di cuore rimane il gold standard, è ancora la terapia che assicura la migliore sopravvivenza a lungo termine e il minor tasso di complicanze nel breve termine. Il trapianto di cuore però oltre ad essere gravato da un trend in forte riduzione delle donazioni, sta perdendo il primato nella sopravvivenza a dodici mesi. La curva di sopravvivenza del registro INTERMACS riferito ai pazienti portatori di L-VAD con un profilo INTERMACS-3 parla chiaro: ad un anno, stessa sopravvivenza rispetto al trapianto (Figura 1, dati INTERMACS Registry + ISHLT 2009). Anche se il pensiero stesso relativo ad un cuore artificiale può richiamare alla mente

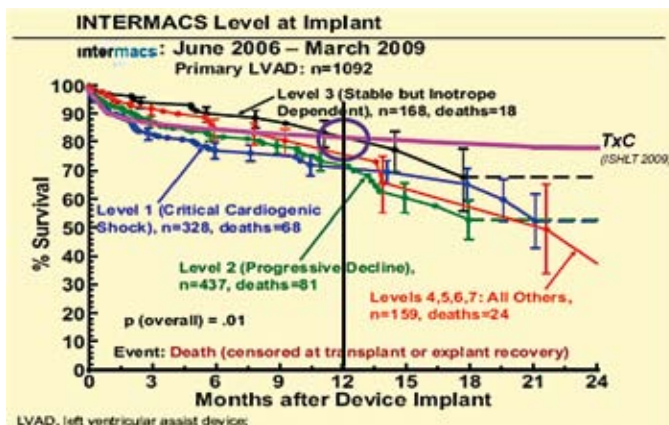


Figura 1 - Curve di sopravvivenza adattate dal Registro INTERMACS e ISHLT 2009



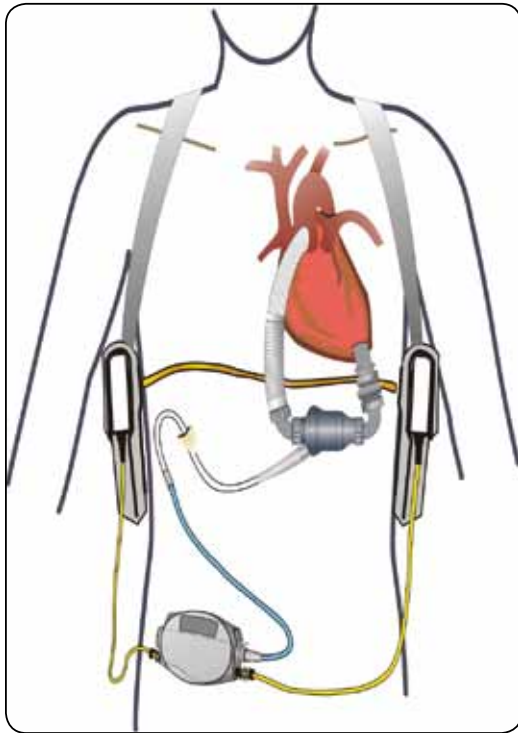


Figura 2 - Rappresentazione schematica di un paziente portatore di assistenza ventricolare meccanica sinistra



Figura 3 - Radiografia del torace di un paziente portatore di assistenza ventricolare meccanica sinistra (e di un defibrillatore impiantabile)

immagini fantascientifiche di moderni Frankenstein, personaggi di film o cartoni animati, la realtà vede l'assistenza meccanica al circolo come uno degli argomenti di richiamo per le sessioni sull'insufficienza cardiaca dei più re-

è anche la città che ospita il centro cardiologico europeo che può vantare la maggiore esperienza nel campo dei supporti meccanici al circolo, ed in particolar modo dei dispositivi di assistenza ventricolare. Dall'inizio

**«Nulla nella vita deve essere temuto, deve solo essere compreso. È ora il momento di capire di più, in modo da aver meno paura»**

**Marie Curie, deceduta il 4 luglio 1934 a causa delle radiazioni che, ovviamente, non aveva compreso del tutto**

centi e noti congressi di Cardiologia. Tuttavia, sebbene la curiosità attorno a questo argomento sia in continuo crescendo, è ancora molto scarsa la percezione della reale utilità e fattibilità. E cosa c'entra Berlino con tutto questo? Al momento Berlino non è soltanto una delle capitali europee con il maggior fermento intellettuale e che attira il maggior numero di studenti di ogni materia, artisti e professionisti di ogni razza ed età, Berlino

della sua esperienza, cominciata nel 1985, presso il Deutsche Herzzentrum Berlin (DHZB - [www.dhzb.de](http://www.dhzb.de)), il Centro Cuore di Berlino, sono stati impiantati più di 2.300 dispositivi di assistenza meccanica al circolo. Solo nel 2009 sono stati impiantati poco più di 150 dispositivi. A novembre del 2010 è stata già superata quota 160. Nella mia esperienza lavorativa di dodici mesi a cavallo tra il 2009 e il 2010 ho avuto la possibilità di trovarmi

coinvolto nella gestione di pazienti di ogni età, e con supporti al circolo di ogni tipo, short-term o long-term, totalmente o parzialmente impiantabili, mono-ventricolari, bi-ventricolari o totali, di diverse marche e modelli, con indicazione a bridge to decision, bridge to transplant o destination therapy. Fantascienza? Non più! Gli unici ostacoli all'utilizzo su larga scala di questi dispositivi anche in Italia rimangono le disponibilità economiche del Sistema Sanitario Nazionale e la scarsa percezione che ne ha la popolazione generale nonché la classe medica. Credo quindi che l'ANMCO possa essere protagonista nell'individuare i centri sul territorio nazionale con comprovata esperienza in questo ambito, e permettere loro di accogliere e formare giovani Cardiologi su questo tema di vera attualità, per non trovarci, a breve, come sei personaggi in cerca d'autore.



## Intervista a *Antonio Boscolo*

DI ROBERTO VALLE

### Presentazione

Antonio Boscolo 52 anni, Infermiere dal 1981, Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche nel 2006, Prof. A.C. Università di Padova dal 2008, Coordinatore infermieristico della Cardiologia, UTIC e Servizi Ambulatoriali di Chioggia.

### Fotografia della Struttura in cui opera

Chioggia, antica città d'arte di 60.000 abitanti, posta su cinque isole collegate da quattordici ponti, chiude a sud la laguna di Venezia, di cui fu antico baluardo difensivo meridionale e centro periferico, rispetto a Venezia/Mestre e Padova, punti di riferimento per i cittadini di Chioggia fino a pochi anni fa. Inaugurata solo nel settembre 2008, la struttura, appariscente sotto il monoblocco anni '70, è dotata di due sale per Elettrofisiologia ed Emodinamica, ha interrotto finalmente il "pendolarismo cardiologico" dei cittadini di Chioggia, verso gli altri nosocomi dei capoluoghi. Il primo impianto di Pacemaker è stato eseguito nel 2006, la prima CNG/PTCA nel gennaio 2010.

- UTIC: 4 pl in box separati;
- Sub - Intensiva Cardiologica: 4 pl in due stanze con monitoraggio telemetrico;
- DH: una stanza con 2 pl con monitoraggio telemetrico;
- Servizio di "Emodinamica e diagnostica interventistica" (1 Sala);
- Servizio di "Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione" (1 Sala);
- Laboratorio di Ecocardiografia di II livello (2 postazioni);



## Intervista a *Elisa Armenise e Mariella Galietti*

DI FRANCESCO TOTA

### Presentazione

Maria Galietti, 43 anni, Elisa Armenise, 42 anni, CPS Infermiere presso la Divisione di Cardiologia - UTIC dell'Ospedale "S. Paolo", Azienda Sanitaria Provinciale di Bari.

### Fotografia della struttura in cui operano

Struttura Complessa di Cardiologia e Terapia Intensiva dell'Ospedale "S. Paolo" (260 posti letto) diretta dal Dott. P. Caldarola; CPS Coordinatore: Maria Palombella. Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (8 posti letto); Degenza post - intensiva (12 posti letto); Sezione di Riabilitazione Cardiologica (4 posti letto); Emodinamica Diagnostica ed Interventistica (1 Sala); Sezione di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione (1 Sala); Sezione di Ecocardiografia di base e transesofagea; Ambulatorio generale e ambulatori dedicati per scompenso cardiaco, aritmologia e controllo pacemaker, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa; Laboratorio Holter; Laboratorio di Ergometria; Tutte le sezioni sono allocate al I piano nell'ala Est dell'Ospedale.

### Numero del personale non medico

1 Coordinatore;  
28 Infermieri di cui 8 in ambulatorio (personale dedicato);  
4 in emodinamica ed elettrofisiologia (personale dedicato);  
2 Tecnici di radiologia;  
2 Fisioterapiste;  
8 Ausiliari sociosanitari;  
1 OTA;  
Gli OSS non sono ancora previsti nella nostra struttura.

# Intervista a *Antonio Boscolo*

- Ambulatori dedicati all'interno della nuova struttura: Scompenso Cardiaco, Angioplasticati - Ischemici, Aritmie, Elettrofisiologia, Pacemaker, Ecostress, Riabilitazione, Tilting test;
- Ambulatorio generale cardiologico, Laboratori di Ecocardiografia di base, Elettrocardiografia, Ergometria e diagnostica ecografia vascolare (dimentichi i doppler), nonché Holter dinamico, Holter pressorio (questi ultimi dislocati presso i poliambulatori);
- Monitoraggio remoto: 50 sono i pazienti attualmente seguiti, quasi tutti con CRT-D.

## Volume di attività annuale

I 4 pl dell'UTIC hanno realizzato nel 2010 350 ricoveri (293 nel 2009), 4 sub intensivi 400 (324 nel 2009) e i due pl di DH 110 (98 nel 2009). Circa 300 le procedure emodinamiche al termine di questo anno per un paio di sedute settimanali. Nel 2009, sono stati impiantati 115 PM, 22 ICD, tra questi 23 sono stati gli impianti CRT. Per il 2010, i numeri sono invariati, essendo l'elettrofisiologia l'unica attività in atto da quattro anni e quindi ormai stabilmente tarata sul bacino d'utenza. Quest'ultimo, per nove mesi all'anno consta di circa ottantamila persone, che diventano quasi 200.000 nei tre mesi estivi, per la presenza di turisti. L'UTIC e la Cardiologia sub intensiva dispongono di 19 Infermieri e di 3 OSS; 12 Infermieri sono dedicati ai turni in UTIC, 4 alle sale di emodinamica/elettrofisiologia, 3 alle attività ambulatoriali post dimissione. Infermieri di sala e post dimissione integrano i colleghi turnisti in UTIC quando necessario. I tre OSS sono dedicati all'attività domestico - alberghiera, verso i pazienti ricoverati e di supporto alle attività degli Infermieri. Sei gli Infermieri, più un amministrativo, dedicati all'attività ambulatoriale generale.

## Orari di lavoro

Il personale turnista generalmente, se non ci sono imprevisti, (urgenze, malattie, maternità), mantiene l'orario nei limiti, medi ovviamente, delle 36 ore settimanali senza ricorso a massivo uso di straordinario e/o recuperi, così come gli Infermieri che si occupano dell'attività post - dimissione. I turni sono strutturati in quinta con la sequenza PMN. Diversa la situazione per il personale di sala, i cui tempi non sono completamente programmabili, che sfiora spesso il limite contrattuale con straordinari, con conseguenti recuperi quando la situazione generale lo permette.

## Modalità delle consegne

L'UTIC è dotata di cartella integrata medico - infermieristica, informatizzata per cui ogni prestazione o evento è facilmente recuperabile, per ogni paziente, al click del mouse. In ogni modo esiste una sovrapposizione di 10 minuti, fra i turni per il passaggio orale delle consegne. La cartella successivamente registrerà anche i dati delle visite post dimissione e di tutti gli eventuali accessi nell'ambulatorio cardiologico generale.

## L'attuale dotazione di personale è adeguata al carico di lavoro complessivo della Struttura?

Attualmente, senza gli imprevisti citati, il personale riesce a far fronte alle attività programmate. In realtà, spesso, picchi di attività scuotono l'organizzazione che, fortunatamente, essendo stata pensata per essere flessibile, riesce a compensare in qualche modo gli aumentati carichi di lavoro. Il problema per noi, nuova Cardiologia, in espansione e non ancora stabilizzata, è che la dotazione iniziale, prevista dalla Dirigenza, tende a rivelarsi sempre più insufficiente, in conseguenza del fatto che la nostra U.O. sta implementando tutta una serie di attività, in degenza e in post ricovero, non presenti all'inaugurazione della struttura, due anni fa: l'ambulatorio per lo scompenso, quello per la riabilitazione cardiologica, per i pazienti post ischemici, per lo studio delle sincopi, il monitoraggio a distanza, l'implementazione dell'ultrafiltrazione in UTIC, per i pazienti con scompenso refrattario resistente ai diuretici, (nei programmi se ne prevede l'implementazione in regime di DH), l'aumento delle procedure, nel numero e nel tipo, delle due sale di Emodinamica/Elettrofisiologia. La maggior parte di queste attività sono state attivate successivamente, in base al crearsi dei bisogni degli utenti, che venivano riconosciuti con precisione una volta strutturata l'U.O. Ad ogni nuova attività interviene la necessità di variare l'organizzazione, dedicare/formare Infermieri, insomma tirare una coperta, che sta diventando sempre più corte, in base alle nuove attività messe in atto.

## Modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica

Il personale turnista, due Infermieri, a cui si aggiungono uno o due Infermieri di giornata se c'è disponibilità e sempre un OSS, si dividono la gestione globale dei pazienti ricoverati rispettivamente in UTIC e in Sub - Intensiva. In

## Intervista a *Elisa Armenise e Mariella Galietti*

### Orari di lavoro

Sono previsti 3 turni: 6.00 - 14.00 / 14.00 - 22.00 / 22.00 - 6.00 per tutti gli infermieri ad eccezione del personale di ambulatorio, di emodinamica e di due unità dedicate ad ambulatori specialistici. La copertura del turno di pronta disponibilità è distinta per il personale di reparto e dell'emodinamica/elettrofisiologia.

### Modalità delle consegne

Le consegne vengono trasmesse da un turno a quello successivo in forma orale e scritta attraverso l'utilizzo della cartella infermieristica. Lo scambio avviene nel periodo di tempo in sovrapposizione tra la fine di un turno e l'inizio del successivo. È previsto inoltre un passaggio di consegne tra il coordinatore dell'UTIC e il personale dell'emodinamica.

### Modello di organizzazione dell'assistenza infermieristica

Il modello dell'assistenza infermieristica adottato dalla nostra Unità Operativa si basa sul principio organizzativo di equipe e quindi sulla distribuzione della responsabilità in funzione delle competenze (coordinatore, infermieri, fisioterapisti, medici), con pianificazione del lavoro tramite protocolli ed interazione tra gli operatori. Il processo assistenziale viene considerato nella sua globalità come un percorso che va dall'ingresso fin oltre la dimissione; viene diversificato a seconda della complessità dei bisogni del paziente evidenziati dalla cartella infermieristica, permettendone una assistenza diretta e personalizzata. Fondamentale, per rendere efficace questa organizzazione assistenziale, tenendo conto dell'esiguo numero di infermieri, è l'interazione tra gli operatori che devono essere valorizzati nelle loro competenze.

### Vi avvalete di protocolli e procedure scritte?

L'organizzazione dell'assistenza infermieristica si basa su una serie di protocolli e procedure a seconda del tipo di ricovero (urgente/programmato) e della patologia (SCA, EPA, Embolia Polmonare, Pericardite, Aritmie complesse ecc). I protocolli sono previsti per tutti gli esami diagnostici (coronarografie, eco - stress farmacologici ed eco - transesofageo), per le procedure terapeutiche e per tutte le pratiche infermieristiche. Esistono anche protocolli interni che regolamentano l'attività del personale nei tre

turni, e protocolli esterni aziendali per quel che riguarda ad esempio lo smaltimento dei rifiuti, la prevenzione delle infezioni ospedaliere ecc.

### Esiste un sistema di reportistica per le attività infermieristiche che possa fotografare i carichi di lavoro?

In passato si è adottato un modello di misurazione del ca-



## Intervista a *Antonio Boscolo*

pratica ogni turnista funge da referente per il suo gruppo di pazienti, dalla rilevazione dei bisogni alla risposta, supportato dai giornalieri posti a cavallo fra le due unità, UTIC/Sub - Intensiva poste, fortunatamente per la logistica, adiacenti. Questa organizzazione resta valida ed attuabile nelle mattine feriali, quando le attività sono più frenetiche e si dispone anche di qualche unità in più. Nei festivi e in molti pomeriggi, la scarsità di personale rende difficile questa organizzazione, soprattutto di notte, con due soli Infermieri, considerato il fatto che il più delle volte i due letti di DH devono essere di necessità trasformati in letti di degenza ordinaria.

### **Vi avvalete di protocolli e procedure scritte?**

In pratica ogni attività è basata su protocolli e procedure scritte. Abbiamo utilizzato all'apertura quelle di altre UTIC presenti nella nostra regione per poi adattarle e modificarle in base all'esperienza e alle modalità che in questi primi due anni abbiamo sperimentato. Tutti gli Infermieri sono coinvolti nella proposizione, stesura e revisione dei protocolli, in genere affidate a coppie di Infermieri, ma anche gli OSS. La stessa cosa fanno gli Infermieri dell'ambulatorio. Ogni anno, ma in realtà più spesso, cioè ogni qualvolta si introduce una modifica, si fa la revisione dei protocolli e delle procedure. In caso di nuove attività il metodo è lo stesso: gli Infermieri incaricati, se necessario anche il medico, si riuniscono per la realizzazione ex novo. Accanto ai "nostri" protocolli ci sono quelli aziendali che coinvolgono contemporaneamente più U.O.

### **Esiste un sistema di reportistica per le attività infermieristiche che possa fotografare i carichi di lavoro?**

A parte dei report generali aziendali - numero dei ricoveri, delle procedure - come coordinatore faccio redigere o redigo io stesso dei database per le diverse attività eseguite nell'U.O. allo scopo di dimostrare i carichi di lavoro cui è sottoposto il personale. Per esempio l'aumento dei ricoveri totali fra il 2009 ed il 2010 dimostra che il personale ha gestito un aumento della produttività del 40% con lo stesso personale dell'anno prima con un forte turnover di pazienti a motivo della bassa degenza media realizzata, circa 5 gg/paz. con un indice di occupazione media fra il 95 - 89%. Questi dati che formalizzo in un documento che presento al Direttore di U.O. diventano spendibili presso

la Dirigenza quando si contratta per mantenere un Infermiere piuttosto che richiederne altri.

### **Formazione: quali iter? Risulta adeguata?**

La formazione di base è carente per definizione quando si tratta di operare all'interno di una specialità medica, in contesto di area critica, fornito di sale per procedure invasive e terapia intensiva. Per la nostra giovane U.O. - nella quale solo 4 Infermieri su 19 provenivano da Terapie Intensive, di questi solo due da una UTIC, tutti gli altri da reparti internistici - il problema era ancora più pressante. Abbiamo cominciato con piccoli corsi svolti da Medici, Infermieri e dal sottoscritto (Infermiere per 17 anni in Rianimazione), ancora prima dell'apertura e poi con corsi sempre più strutturati e possibilmente accreditati ECM. Attualmente la nostra U.O. è apripista nell'Azienda per la "Formazione sul Campo" in modo da fornire agli Infermieri la formazione, di cui hanno effettivamente bisogno da una parte, dall'altra assolvere all'obbligo dei crediti ECM, senza doversi spostare, investire risorse, tempo e denaro, nonché rischiare una formazione non in linea con i propri bisogni. Questo è stato molto apprezzato, non solo per quanto detto sopra, ma anche per il fatto che eventuali nuovi bisogni espressi, possano essere riconosciuti e formalizzati, per essere soddisfatti l'anno successivo con facilità.

### **Inserimento del neoassunto: protocolli e tappe**

Esiste un protocollo per cui il nuovo assunto viene affiancato da un Infermiere (o un OSS) che funge da tutor. Finora il nuovo personale arrivato proveniva da trasferimento da altre U.O., pertanto si è trattato dell'inserimento di personale che aveva già le competenze di base e aveva solo bisogno di svilupparne di nuove, di tipo specialistico. Abbiamo allora modificato il protocollo per adattarlo a questo personale. Vengono ridotte a due le valutazioni, una a breve (un mese) ed una a lungo termine, dopo sei mesi. Si tratta anche di un momento di auto - valutazione, in quanto si tratta di un Infermiere con esperienza, e comunque lo scopo non è quello di determinare il valore della persona, ma quello di garantire sicurezza ai pazienti e competenze aggiuntive al nuovo inserimento. Nel caso che la valutazione riscontri ancora qualche deficit, si allunga il periodo di tutoraggio, programmando una valutazione successiva.

## Esiste una rotazione del personale infermieristico tra le varie substrutture cardiologiche?

Esiste ed è uno dei miei obiettivi principali. Tutto il personale di sala e addetto ai controlli post ricovero ha avuto una congrua esperienza come turnista in UTIC, prima di passare agli incarichi attuali ed è pertanto in grado di sostituire pienamente i turnisti, in caso di bisogno, anche solo per garantire il periodo di ferie. Tutti e 19 gli Infermieri possono supportare, in caso di bisogno, eventuali carenze nell'ambulatorio generale di Cardiologia. Due degli Infermieri addetti alla gestione della post dimissione, possono supportare il personale di sala. Anche il personale dell'ambulatorio generale, da anni lontano dalla degenza, si sta formando per poter aiutare, quando serve, i colleghi in UTIC ed in sala. I prossimi Infermieri che saranno assegnati agli ambulatori saranno prima inviati a fare un training in UTIC, per poter essere flessibilmente impiegati in caso di necessità, anche fuori delle solite attività ambulatoriali. Personalmente, per esperienza e formazione, credo moltissimo nella flessibilità degli Infermieri, non solo come correttivo alle disfunzioni organizzative, ma soprattutto come momento di crescita professionale dell'Infermiere.

## Esiste un progetto di continuità assistenziale che preveda l'assistenza del paziente a livello domiciliare dopo la dimissione?

La continuità assistenziale per i nostri pazienti, costituisce una priorità della nostra struttura e si esprime in tutta l'attività post dimissione prevista. A questo proposito va citata l'attività verso i pazienti con scompenso cardiaco, seguiti dall'ambulatorio dedicato a conduzione mista medico - infermieristica, nel quale i pazienti non sono solo visti periodicamente, come i pazienti degli altri ambulatori, ma vengono anche contattati telefonicamente, per verificare l'aderenza, l'insorgere di problematiche nella gestione della malattia e le eventuali instabilizzazioni. In alcuni casi selezionati, particolarmente complessi o con problematiche di non autosufficienza, si è attivata l'assistenza domiciliare, sia in ADI che in ADIMED, con buoni risultati, contattando il distretto di appartenenza del paziente. Molti di questi pazienti sono successivamente seguiti con monitoraggio remoto, ad ulteriore garanzia di continuità Ospedale - Territorio.

rico di lavoro infermieristico basato sul calcolo del tempo impiegato per compiere le singole azioni che compongono l'attività infermieristica. Questo modello in realtà non tiene conto della qualità dell'assistenza prestata. Pertanto, stante la necessità di quantificare il nostro carico di lavoro quotidiano, per avere un numero adeguato di operatori nella Unità Operativa ed erogare una assistenza qualitativamente migliore, stiamo predisponendo un sistema di reportistica che parta dalla complessità assistenziale, piuttosto che dal tempo impiegato. Consideriamo, quindi, il numero dei ricoveri, l'età, il numero delle procedure ed i bisogni del paziente evidenziati dalla cartella infermieristica alla dimissione.

## Inserimento del neo assunto: protocolli e tappe

Il neo assunto viene inserito progressivamente nella Unità Operativa. Inizialmente viene presentato all'equipe, visita la struttura e riceve materiale informativo con procedure e protocolli. Successivamente viene affidato ad un infermiere esperto che ha il compito di guidarlo nelle nuove attività di reparto, riconoscere le sue difficoltà, e facilitarne l'interazione e la comunicazione con gli altri. Spesso il neoassunto ha rappresentato uno stimolo per la nostra crescita professionale in quanto ci ha indotto ad applicare strumenti operativi nuovi e a migliorare lo spirito di gruppo.

## Esiste una rotazione del personale infermieristico tra le varie substrutture cardiologiche?

Non esiste una definita rotazione del personale infermieristico tra le varie sub strutture.

## Esiste un progetto di continuità assistenziale che preveda l'assistenza del paziente a livello domiciliare dopo la dimissione?

Esistono vari percorsi di continuità assistenziale a seconda del tipo di patologia: per i pazienti con SCA sottoposti ad angioplastica vengono programmati controlli periodici (visite, test ergometrici, ecostress farmacologici); i pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco sono seguiti in un ambulatorio dedicato, i pazienti portatori di pace maker e ICD sono contattati per eseguire controlli periodici. Stiamo elaborando un programma di counseling per i pazienti con SCA e con scompenso cardiaco.

# *Primo Censimento degli Ambulatori Infermieristici, dedicati allo Scompensamento Cardiaco nella Regione Veneto*

## **A che punto siamo?**

Gli Infermieri: anello fondamentale della catena assistenziale  
per la cura dello Scompensamento nel Veneto

S. BARRO, E. SARTORI, R. VALLE, A. ANZOLETTI BOSCOLO

**C**onosciamo tutti l'incidenza dello scompensamento cardiaco, dei suoi costi, non solo economici ma anche di sofferenza e diminuzione della qualità di vita. Lo sperimentiamo quotidianamente sul campo. Fra le armi a disposizione della medicina in questi anni, fra farmaci innovativi e tecniche chirurgiche d'avanguardia, si sta imponendo, guadagnandosi già qualche medaglia, in termini di diminuzione di eventi e mortalità, un modello di gestione ambulatoriale, a prevalente conduzione infermieristica con forte integrazione medico - infermieristica, basato su sistematici controlli del paziente. Tali controlli step to step, permettendo un contatto ben distribuito nel tempo, consentono all'Infermiere in primis, e al Medico poi, di porre in atto quelle azioni di educazione e supporto verso il cambiamento degli stili di vita inadatti a questi pazienti, offrendo la possibilità di maturare una maggiore consapevolezza della malattia e delle azioni e dei comportamenti che possono rallentarla. I pazienti seguiti secondo questo modello ambulatoriale esprimono una maggiore adesione alle terapie, una maggiore attenzione

al peso, alla dieta, all'attività fisica migliorando la qualità dell'esistenza, diminuendo le recidive e contribuendo ad una generale riduzione dei costi. Nel Veneto, la cogestione medico - infermieristica (con pari dignità nel rispetto dei ruoli reciproci) è ben consolidata, essendo stata inaugurata in maniera strutturale, con lo studio Venetia - HF1, già nel 1997. Quindi, nella nostra Regione, sapevamo della presenza in molti centri cardiologici di un ambulatorio dedicato allo scompensamento cardiaco. Ma sapevamo anche che ognuno, in mancanza di Linee Guida comuni e centri di riferimento che potessero dare indicazioni precise, protocolli certi, aveva fatto da sé basandosi in genere sulle esperienze già citate o facendo riferimento ai modelli ideati all'estero, con il supporto di una ormai ampia letteratura. Con l'esperienza, ogni centro ha affinato le tecniche con il continuo apprendimento e dotandosi di nuovi strumenti che la tecnologia metteva via via a disposizione, per comprendere meglio lo stato del paziente ed indicargli la via più idonea da seguire. A questo punto, si voleva comprendere

re se dopo questo percorso, chi da pochi mesi, chi da qualche anno, si potevano cogliere alcuni punti comuni, magari caratterizzanti un ambulatorio dedicato allo scompensamento e successivamente dividerlo fra i diversi centri, oltre che trasmetterlo a chi sta iniziando una esperienza simile al fine di ridurre i comportamenti poco efficaci a raggiungere l'efficienza nel più breve tempo possibile. Si è pertanto deciso di effettuare una raccolta dati circa la tipologia gestionale, clinica ed organizzativa a tutte le 24 Cardiologie del Veneto. A questo scopo tra aprile e maggio 2010, in previsione del Congresso Regionale ANMCO di Cardiologia, che si è svolto a Legnaro (Padova), è stato inviato un questionario con 15 domande che poteva essere successivamente restituito mediante fax o posta elettronica. Diciannove sono le Cardiologie che hanno aderito e restituito il questionario compilato. Fra queste ben 14 hanno risposto di aver attivato un ambulatorio dedicato allo scompensamento cardiaco. Pur ipotizzando una risposta negativa delle altre Cardiologie interpellate ma non aderenti possiamo affermare quindi che in Veneto la

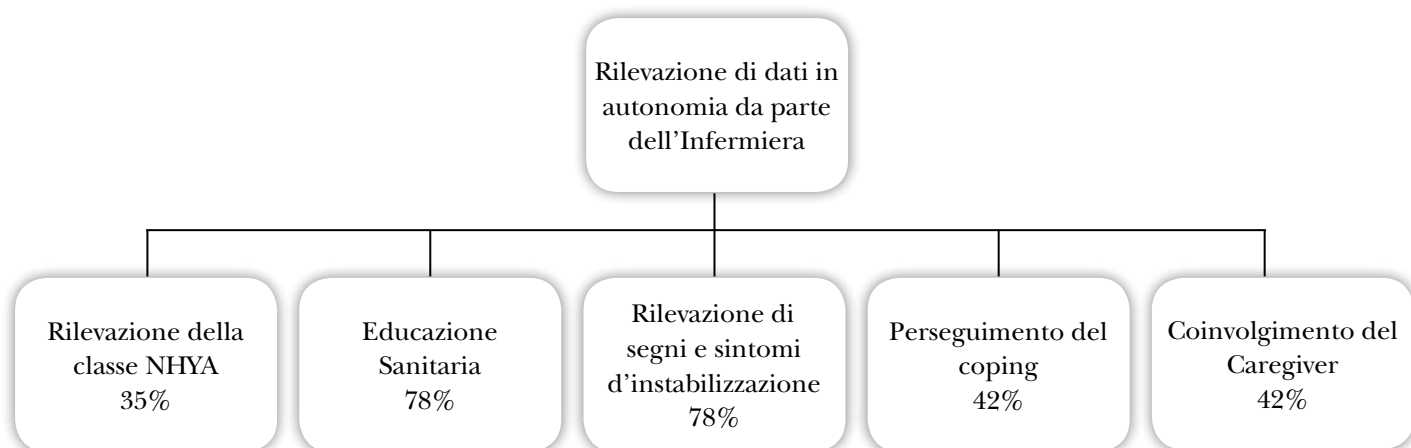



Figura 1 - Rilevazione dei parametri da parte dell'Infermiera dell'Ambulatorio Scompenso

maggior parte delle U.O. cardiologiche hanno pensato che sia utile investire risorse verso questo modello organizzativo per rispondere alle necessità che questa malattia impone. Anticipiamo che l'analisi dei dati mostra molte difformità organizzative fra un centro e l'altro che suggerisce la necessità di studiare, con altre raccolte dati, i risultati per individuare quali modalità organizzative - operative risultano più efficaci nella gestione della patologia. Tanto per incominciare gli ambulatori possono essere divisi fra quelli a gestione infermieristica autonoma, appena poco superiore la metà dei centri, 8 vs i 6 a gestione tradizionale medica. Esattamente la metà valuta la qualità di vita del paziente, gli altri la ritengono un indicatore meno importante (7 vs 7). Ancora per la metà dei centri (7 vs 7) un Infermiere contatta i pazienti a casa mentre 10 centri su 4 danno la possibilità di farsi contattare dal paziente, a conferma di quanto è ritenuto importante mantenere un canale sempre aperto fra il centro ed i pazienti affetti da scompenso. Da notare: tutti i centri che programmano un contatto telefonico con i

pazienti per verificarne l'aderenza sono fra quelli disponibili a essere chiamati dai pazienti. Sempre la metà dei centri (7 vs 7) si orienta verso l'auto aggiustamento del diuretico da parte del paziente stesso attraverso il supporto telefonico dell'Infermiere in quei pazienti istruiti precedentemente riguardo il rapporto fra le variazioni del peso e la diuresi. In genere ciò avviene in quei centri (6/7) in cui l'Infermiere è ben integrato con il Cardiologo, esegue il colloquio con il paziente, rileva segni e sintomi di instabilità (6/7), verifica la classe NYHA, (5/7). 9 vs 5 sono invece i centri che seguono l'aggiustamento del diuretico telefonicamente su indicazione medica senza la necessità di far venire al centro il paziente. Preoccupante invece il fatto che solo un centro abbia la possibilità di far seguire ai pazienti anche un momento riabilitativo. Analogamente, è preoccupante che ben 12 centri su 14 dichiarino di non avere un collegamento con il territorio. Anche questo dato andrebbe studiato con maggiore attenzione e, se confermato, dovrebbe far riflettere. È noto a tutti quanto vantaggio in termini di adesione,

limitazione delle complicanze e dei danni da eventi hanno i pazienti con patologie croniche, anziani, quando sono inseriti in una rete Ospedale - Territorio, tenendo conto che i pazienti scompensati di solito possiedono tutte e due queste caratteristiche. Otto di questi centri preparano anche un cartellino infermieristico informatizzato. Fra questi ambulatori c'è chi ha aperto già da molti anni, da 14 anni quello con la maggiore esperienza, e anche chi ha iniziato proprio quest'anno, ben due. Questi gli estremi, mentre mediamente gli ambulatori testati sono in attività da poco più di 6 anni (M = 6,3 DS = 3,9). I pazienti scompensati seguiti sono mediamente 142 per ambulatorio per un totale di 1.707 (M = 142,25 DV = 58,3). La maggior parte dei pazienti viene arruolata su indicazione del Cardiologo, del Medico di Medicina Generale e dell'Internista. Anche le metodiche diagnostiche non sono sovrapponibili fra i diversi centri così come la rilevazione di alcuni dati o le attività verso il paziente. Questo conferma ancora una volta come ogni centro abbia seguito una sua filosofia in mancanza di Linee Guide chiare ed





univoche, nel tentativo di realizzare una risposta efficace allo scompenso. Ma andando con ordine possiamo notare come in 11 centri su 14 l'Infermiere rileva segni e sintomi di instabilità ed è attivo ad ogni incontro nel realizzare attività di educazione sanitaria. Solo in cinque centri gli Infermieri monitorizzano la classe NYHA. Sei i centri che coinvolgono anche i caregiver e realizzano attività di coping, cioè l'approccio cognitivo e comportamentale attraverso il colloquio, al paziente stesso, in forma privata od in alternativa con i familiari o le persone che si occupano di gestire il paziente a domicilio. Con il colloquio si stimola il paziente, o chi lo assiste, a non assumere tutti quei comportamenti disfunzionali che spesso sono frutto di errati o mancati apprendimenti e che quindi possono essere corretti e che a loro volta precludono la stabilità clinica; serve inoltre ad aumentare le motivazioni al cambiamento ed al perseguimento dell'aderenza ed alla compliance alla terapia farmacologia e non farmacologica. Parallelamente ogni centro ha individuato le proprie metodiche diagnostiche: 5 centri utilizzano il dosaggio del BNP, ed il controllo dei device impiantabili quando presenti e di questi 4 possono avvalersi del sistema Optivol®. Tre i centri che utilizzano il monitoraggio remoto per i pazienti con device impiantabile. Sette fanno ricorso alla BIVA per valutare l'idratazione del paziente. Spesso però assistiamo al fatto oggettivo che i laboratori di elettrofisiologia controllano i device, ma non la clinica per cui si lavora ancora a compartimenti stagni, precludendo al paziente

la possibilità di prevenire comunque una eventuale instabilizzazione. La raccolta dati presentata fotografa una situazione multiforme con un approccio molto diverso da centro a centro, pur nello sforzo comune di voler rispondere alle problematiche dello scompenso cardiaco, con un ambulatorio dedicato. Il prossimo passo sarà quello di rilevare i risultati ed associarli alla modalità organizzativa, per indicare quale risponda meglio a questa esigenza, possibilmente indicando quali modalità organizzativo - operative è meglio preferire per essere efficaci ed efficienti. Non sono più i tempi in cui bastava essere efficaci, adesso bisogna anche farsi carico dell'utilizzo ottimale delle risorse assegnate. Poter indicare tali modalità di approccio, testate ed evidenti scientificamente sul fronte del rapporto risultati/risorse, è un compito che ci sentiamo di dover affrontare in un prossimo futuro, nel tentativo di non perdere la battaglia con quella che è stata definita la "pandemia" del XXI secolo.

#### Bibliografia

Valle R., Carbonieri E., Tenderini P., Zannella C., De Cian F., Ginocchio G., Cannas S., Milan D., Milani L., "Una proposta di protocollo per la gestione ambulatoriale dei pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco: il progetto collaborativo Venetia-HF", Italian Heart Journal Suppl 2004; 5: 282 - 29.

# Piccola storia della Medicina Cardiovascolare

Il cuore nella preistoria e nell'antico Egitto

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

*Inizia con questo una serie di articoli sulla storia del cuore attraverso i secoli*

**N**onostante la Cardiologia sia oggi una delle branche della medicina più tecnologicamente sofisticate, sbaglierebbe chi guardasse con supponenza al suo passato più o meno lontano, o pensasse a Galeno, Harvey o Valsalva come personaggi senza più possibilità di offrirci qualcosa. Senza quel passato, i suoi errori e le sue apparenti stranezze, che ci fanno talora sorridere, non esisterebbero tutte quelle meraviglie che oggi ci proiettano verso il futuro. Da queste considerazioni è nata l'idea di ripercorrere la storia della medicina cardiovascolare nei secoli, un racconto di cuori, di cardiopatici e di medici "Cardiologi", con una serie di articoli nella nostra Rivista, che ricorda nell'acronimo COS, forse non a caso, il nome dell'isola natale di Ippocrate.



## Cuori e medici nella preistoria

Il cuore, forse il primo organo interno a rivelarsi all'attenzione dei popoli primitivi, come emerge da alcune pitture rupestri, fu subito considerato uno dei più importanti e nel contempo vulnerabili. La palpitazione percepita col palmo della mano, la sensazione della pulsazione cardiaca durante sforzi od emozioni, lo spegnersi improvviso della vita quando il sangue esce a fiotti dal cuore ferito crearono nell'uomo preistorico il concetto che al cuore (ed alla forza misteriosa che lo mantiene in continuo movimento), ai vasi ed al sangue fosse legata l'essenza stessa della vita. Da allora,

per millenni l'enigma dell'incessante pulsare del cuore è stato fonte inesauribile di stupore e venerazione. Il cuore manifestò pertanto una potente carica metaforica ed una funzione sovranaturale con implicazioni di tipo magico. Non è quindi affatto sorprendente che dietro l'affascinante storia della Cardiologia si intravedano i volti di un uomo che vede nel cuore l'incarnazione del suo incontenibile anelito all'immortalità. Più in generale, la malattia fu inizialmente associata all'ambito del soprannaturale, per cui il desiderio di guarire portò alla ricerca di una soluzione attraverso un mediatore. Tali intermediari, chiamati, a seconda delle civiltà, maghi, stregoni, uomini medicina, sciamani, sacerdoti guaritori, chiedevano al dio di ottenere la guarigione, e nel contempo acquisivano da esso la capacità di guarire, facendo in ogni caso diagnosi, prognosi e terapia, tutte prerogative di un medico vero e proprio. Alcuni sacerdoti, a un certo momento, vollero differenziarsi dai maghi e dagli



*Le grotte di Pindal (Spagna) e di Niaux e Lascaux (Francia) presentano raffigurazioni di bisonti e mammut, incise sulla roccia circa 10000 - 15000 anni fa, con un'immagine topografica del cuore o col disegno di una freccia al suo posto, indicazione del punto giusto da colpire per abbattere la preda.*

stregoni cercando di agire direttamente sulla malattia con mezzi più concreti come le piante medicinali; questo processo portò alla nascita del medico come figura autonoma.

### Il cuore nell'antico Egitto

I medici - sacerdoti egizi utilizzavano due vocaboli per il cuore: *haty* per designare il muscolo cardiaco ed *ib*



*Papiro di Edwin Smith, acquistato a Tebe nel 1862, copia del XVII secolo a.C. di un papiro del 3000 a.C.*

sia nell'accezione spirituale di sede dell'anima, della coscienza (*ab*) e del pensiero, padrone assoluto del corpo, sia nell'accezione anatomofisiologica di "quello che non si ferma". Anche i relativi segni ideografici erano due: uno rappresentava il cuore animale, con un cuore stilizzato da cui partiva in alto una linea verticale (l'aorta?) con due linee orizzontali (i tronchi epiaortici?); l'altro, quello umano, raffigurato da un cuore stilizzato sormontato da un trapezio (i grandi vasi?) ed affiancato da due anse (le orecchiette?). Gli antichi Egizi identificavano nel cuore da un lato la sede della vita e dell'intelligenza (il dio Ptah, secondo la cosmogonia menfita, aveva concepito il progetto della creazione del mondo col proprio cuore) e dall'altro

l'elemento fondamentale per la sorte dell'anima, ritenendolo quindi la parte più importante e nobile dell'organismo. Reca scritto l'involucro di



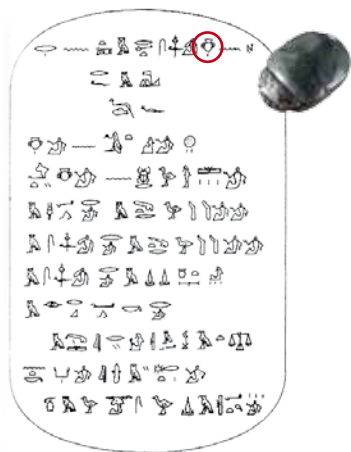
*Papiro di Ebers, ritrovato nella seconda metà dell'ottocento dal tedesco George Ebers, una vera enciclopedia medica che si fa risalire alla XVIII dinastia (1400 a.C.).*

una mummia: «il cuore dell'uomo è il suo proprio Dio», mentre nel papiro di Ebers si legge «la vista degli occhi, l'udito degli orecchi, la respirazione dell'aria attraverso il naso dipendono dal cuore; è lui che giudica e la lingua annuncia ciò che il cuore ha percepito». Nella cultura religiosa egizia si consolida così una "cardiolatria" che avrà vaste risonanze come archetipo ancestrale nelle tradizioni mediche di tutti i popoli mediterranei. Proprio perché inseparabile dimora dell'*ab*, il cuore dei defunti era oggetto di cura ossessiva: o era lasciato al suo posto al momento dell'imbalsamazione, perché nel "Libro dei Morti" era scritto «Il tuo cuore è con te, come quando tu eri sulla terra. Tu penetrerai nel tuo corpo come il giorno della tua nascita» o era asportato, mummifica-



*La pesatura del cuore davanti al tribunale di Osiride. Papiro di Ani, XVII dinastia (British Museum, Londra)*

to e conservato nei canopi, preziosi vasi mortuari con coperchio a forma di testa. Gli Egizi, infatti, credevano che dopo la morte l'anima giungesse dinanzi al tribunale degli dei, presieduto da Osiride, coadiuvata da ben 42 inflessibili giudici. La psicostasia, cioè la pesatura dell'anima al fine di stabilire chi avesse meritato con la sua condotta terrena l'immortalità, non era altro che la pesatura del cuore del trapassato, che era ritenuto l'incarnazione sincera e severa dell'intima coscienza del defunto. Il cuore veniva posto su uno dei due piatti di una bilancia, sull'altro veniva collocata Maat, l'implacabile piuma della verità che ha il compito di scrivere il nome del defunto. Se durante la vita l'individuo non aveva commesso colpe, il cuore era più leggero della piuma e l'anima entrava nel regno degli dei, l'Isola dei Beati; altrimenti, se il cuore era più pesante, l'anima veniva divorata da un terrificante mostro con testa di cocodrillo, corpo di leone e zampe di ippopotamo, Ammit la Divorante. Nacque così l'usanza di porre dentro la mummia, al posto del cuore vero, uno scarabeo, scolpito in pietra dura (diaspro o malachite) recante sul ventre una breve iscrizione rivolta dal morto al suo cuore in previsione della fatale testimonianza: «o mio cuore non levarti contro di me come testimone». Tale invocazione serviva ad impedire al vero cuore di testimoniare contro il morto. Lo scarabeo (*kheprer*) assumeva nei riti funebri la funzione di sostituto del cuore, di "cuore magico", anche per la sua affinità col sole, perché nel suo singolare incedere seguiva la direzione del moto solare, ed era ritenuto la manifestazione del dio



Iscrizione sul retro di uno scarabeo del cuore. È evidenziato il geroglifico relativo al cuore umano

Statuetta raffigurante Imhotep, gran Visir del re Soser (II dinastia, 2980 a.C.), la prima figura di medico che emerge dalla nebbia dell'antichità secondo Osler



Khepri, il sole levante che si rigenera e risorge dopo ogni notte. Al di là degli aspetti mitologici, nella medicina egizia si passa da una fase teurgica - magica, rappresentata dal protomedico Imhotep, ad un empirismo estremamente illuminato. Il chirurgo egiziano possedeva conoscenze pratiche anatomiche grazie all'uso diffuso della mummificazione. «Vi sono nell'uomo 22 vasi appartenenti al suo cuore che si dipartono verso tutte le membra [...] vi sono 4 vasi che vanno ai polmoni e portano l'acqua e l'aria» costituisce il primo accenno diretto ai vasi polmonari. Gli elementi costituenti la sapienza medico - empirica furono trattati solo in libri sacri accessibili unicamente agli iniziati. Le principali conoscenze sulla medicina egizia provengono da papiri come quello già citato di Ebers o quello di Smith. Tra gli antichissimi trattati medici egizi che ci sono pervenuti ve ne sono alcuni che riguardano specificamente il cuore, come "Il libro sui vasi del cuore" (1500 a.C. circa). Da questi testi si evince che i medici egizi avevano già stabilito l'esistenza di un rapporto diretto tra battito cardiaco e polso periferico e quindi l'importanza del cuore per la circolazione sanguigna: «Il segreto dei medici: la conoscenza dei movimenti del cuore. Vi sono vasi che da esso vanno e vengono a ogni membro. Perciò che si esamini la testa, le mani, lo stomaco, le braccia o i piedi, si esamina sempre il cuore,

perché tutte le membra hanno i loro vasi, perché il cuore parla dai vasi di ogni membro». L'intuizione fisiologica, corretta, prese però poi una falsa strada affermando che l'aria raggiunge anche il cuore per distribuirsi attraverso i suoi canali a tutto il corpo, concezione che regnerà sovrana fino al Rinascimento, frutto evidente di osservazioni condotte su cadaveri, le cui arterie sono vuote e possono quindi sembrare condotti aerei. Infine anche le malattie cardiache, sicuramente presenti poiché le mummie di faraoni come Ramses II o di alti dignitari mostrano inequivocabili segni di calcificazioni arteriose alla TAC, dovevano essere conosciute: evidente l'accenno all'angina pectoris laddove è detto «se esamini un uomo per malattia di cuore ed egli si lamenta di dolore al braccio e al petto...».

Bibliografia  
 Armocida G., "Storia della medicina" Jaca Book, 1993.  
 Bardinet T., "Les papyrus médicaux de l'Égypte pharaonique", Lyon, Fayard, 1995.  
 Bernabeo R.A., Pontieri G.M., Scarano G.B., "Elementi di storia della medicina", Piccin, Padova, 1993.  
 Bruno H., "La medicina al tempo dei faraoni", Dedalo ed., 2005.  
 Gorny P., "Histoire illustrée de la cardiologie de la préhistoire à nos jours", Les Editions Roger Dacosta, Paris, 1985.  
 Latronico L., "Il cuore nella storia della medicina", ed. A. Recordati, Milano, 1955.  
 Morpurgo M., Bergamaschino L., "La circolazione polmonare nella storia della medicina", Ital Heart J 2003; 4: 363 - 7.  
 Sterpellone L., "Dagli Dei al DNA", (I volume) Roma, A. Delfino ed., 1988.

DI ROCCO ABATE



**L'**aria, quella mattina nello studio, era come rappresa. Una sorta di ragnatela umida che saturava lo spazio e imbrigliava i movimenti sui pochi gradini a chiocciola che portavano al soppalco. Persino la luce di quel freddo 30 dicembre del '91, a mala pena, scivolava dalla grata al tavolo di lavoro. Intorno aleggiava, immateria-

*senza cuore*, tautologico e spietato. Bisognava dargli fiato e gambe e furore da invadere il palcoscenico del suo delirio e del teatro. A volte mi pareva di scorderlo, fluttuante, tra le volute di fumo che la mia sigaretta mandava a perdersi tra le penombre del soffitto profondo. Allucinazioni. Ma i gradini della scala quella mattina si erano fatti alti, faticosi, li superavo a

ad altri. È vero, faceva freddo nello studio, e fuori il cielo milanese si produceva nei suoi toni consueti di grigio crepuscolare in cui alba e tramonto si fondono in un abbraccio siamese capace di far dimenticare anche le differenze di orario. Meglio sarebbe stato rimanere a letto, era pure vacanza e, in fondo, nei giorni precedenti avevo lavorato molto. No,

## *Il cuore delle note, le note...*

le, la creatura fantastica del Dottor Sincretico. Sfortunato protagonista di un'Opera mai finita, emerso dalle visioni di Bruno Pedretti e ucciso dall'irriducibilità dei miei dubbi. Il piano era inclinato, appunto. Là, obliqua, l'enorme partitura giaceva e aspettava che i grumi ispirativi si sciogliessero in nugoli di note e si incollassero sui pentagrammi, come moscerini sulle vinacce al sole mattutino di ottobre... Sì, le note andavano calibrate, soppesate e com - poste in agglomerati di suoni... I più efficaci e taglienti. Bisognava dare sangue e vene, cuore, corpo ad un Sincretico

stento, come l'ampia pagina bianca della partitura, che si dilatava senza orizzonti nello specchio deformante del mio malessere. Un affanno inspiegabile, da fermo, mi tagliava le gambe. Il *disegno sonoro* dei tratti di Sincretico e il mio stato di quel momento erano due energie che si opponevano in bilico su una fune, sopra l'abisso – questa era la sensazione – dove uno dei due, o tutti e due saremmo potuti precipitare da un momento all'altro. L'ordine degli episodi, oggi, è organizzato dalla memoria che ne opacizza alcuni e restituisce impressionante lucentezza

proprio per questo, bisognava continuare, uscire di casa e tornare al lavoro, bisognava... Continuare! Al diavolo quel torpore che faceva cadere persino la matita dalle mani, quel vago senso di nausea, la pena per il mio povero cervello, inchiodato sul movimento spanato di una *cellula tematica* che roteava, persa, nella scatola vuota della mia testa, sottraendosi ad ogni tentativo di elaborazione. Bach, Beethoven, Brahms, Schoenberg, non erano mai esistiti! La lezione di quei grandi "speculatori", lontana, smarrita per sempre. Neppure il mestiere, ma neanche l'istinto, compagni di sempre

pur inerciali, si mostravano pietosi. Niente! La mattinata trascorreva così, a scrutare il buio nel quale annaspavo e a leggere forme astratte nelle cavillature sulla calce del soffitto... E il ragno amico nella solitudine, immobile, capace di stazionare per settimane sopra la mia testa – agitato di tanto in tanto, solo dalle folate venefiche delle mie sigarette che a dispetto gli mandavo – sembrava essere l'unica presenza significativa in quel luogo, con un compito preciso, l'attesa... Ma cos'erano quei fulminei spostamenti d'aria che dalla bocca dello stomaco andavano a tramontare dietro le spalle, e sparire, come se non fossero mai esistiti? E di nuovo, a mordere, intensi e rapidi la laringe e rotolare verso il braccio sinistro fino a lasciare sul dorso della mano la sensazione di uno schiaffo violento? Il fenomeno si presentava come una farfalla che batteva velocemente le ali annaspando all'interno del mio corpo, direttamente dentro le vene e il petto, dietro le orbite degli occhi, fin sotto la lingua. Ma passati pochi secondi, tutto svaniva, solo un ricordo, sia pure inquietante. Forse era il freddo di quel maledetto posto che non si scaldava mai con i suoi cinque metri di altezza, misurati dalla lunga scultura di Enzo Contini? Forse la fame? No, la fame no, anche quella, scialba, come tutto il tono del mio essere al mondo quel giorno, anche se ormai s'era fatta ora di tornare a casa.

Raccontai a mia moglie, ma la deduzione fu: «sarà stanchezza», «e pensare che stasera sono invitato a cena, vado da Bruno – il “padre” di Sincretico – stiamo lavorando al secondo atto...»; «ma se non ti senti...», «no, non posso declinare, ci rimarrebbe male, e poi, in fondo, la sua compagnia mi rilassa». Dopo pranzo una sonnolenza inabituale mi imbozzola come il ragno fa con le sue prede, una volta succhiate. «Che strano, non dormo mai di pomeriggio, soprattutto d'inverno...» pensavo, fra me, che l'inconscio mi soccorreva con un alibi, visto il magro raccolto del mattino. Ma non c'era verso, bisognava dormire un po', altrimenti non avrei potuto tornare a lavorare; meglio così, sarei stato più sveglio la sera. Di pomeriggio, nello studio, le cose non andarono meglio. Anzi. Le farfalle, continuavano frenetiche a muovere le ali, frugolando ovunque, ma ora, al posto delle zampette, avevano indossato artigli d'acciaio. Pungevano in profondità provocando dolori sordi, come quando deglutendo, la saliva prende vie traverse. «Che strane sensazioni, mah, passerà! ». «Ma non uscire questa sera, fa anche molto freddo, potete sempre aggiornare ad un'altra sera...!», «No, c'è anche la vacanza, passerebbe molto tempo... No, vado, andrà tutto bene». «Beh, neppure io saprei dirti di cosa si possa trattare... Ma adesso a tavola». La casa di Bruno era accogliente sempre,

calda e luminosa, come il suo sorriso e la sua amicizia. Le ore trascorsero conversando con lo stesso gusto che le cose buone accendono nel palato, e i fenomeni, pur presenti e frequenti, erano percepiti più lontani forse per effetto dell'atmosfera, di qualche sigaretta in più e del buon vino. Ad un certo punto, perché no, il palato saturo di sapori buoni, per “sentirlo” il fumo, richiede un saporito Toscano, che però, per essere “addolcito” aveva bisogno, a sua volta, di una Camel, bionda, morbida, dolcissima - sarebbe stata l'ultima sigaretta della mia vita, le altre, solo sognate, sempre, ancora oggi, dopo vent'anni. Ci siamo. Un movimento impetuoso mi scosse nel profondo. Un flusso d'aria, in movimento dalla zona gastrica, mi lacerava dentro e non trovando vie di fuga mi sconquassava il petto, fin quasi a perforarmi l'esofago... E le fitte, come lampi d'agosto si spostavano, imprevedibili, fendendo le carni ovunque. «Bruno, scusami, vado in bagno, non so cosa succede, non preoccuparti» ma niente aria, niente vomito, niente niente! Solo sudore, fremiti irrefrenabili e dolore, freddo, tanto freddo. I vestiti, in pochi secondi, si inzupparono, fradici, pronti per essere strizzati in lavatrice. Il mio volto allo specchio, si annullava sullo sfondo del muro alle spalle: bianco allo stesso modo. Solo gli occhi, due buchi grigi, angosciati e persi, galleggiavano in quel diffuso pallore cadaverico. Però anche il

dolore, improvvisamente, sembrava cessato, come fosse una belva esausta, finalmente appagata. «Bruno, non impressionarti ti prego, dal bagno sta uscendo un cadavere». Spaventatissimo, mi fece distendere sul divano, gambe sul bracciolo, spossatezza infinita, solo voglia di dormire... Ambulanza, presto, velocissima. Il Fatebenefratelli di Milano era a poche centinaia di metri. I primi rilievi, pressione, polso; «forse un'indigestione», dissi io esorcizzando. «Crede? Sarà così... Ma ora andiamo in ospedale, vuole che avvertiamo sua moglie?», «sì, ma faccio io, non vorrei che pensasse al peggio». Sirena, via! Pronto soccorso, veloci in barella, scorticato da occhi curiosi, provavo disagio e vergogna. Ecco i primi buchi – militare a parte – prelievo, trombolisi sistemica, cannule, una nella carne viva... Rabbia e silenzio, «ma perché non l'ha tetto», mi urlò, senza ritegno, un giovane infermiere tedesco, forse irritato dal mio stoicismo, «...io? E che ne so». Il dolore più atroce diventa relativo di fronte all'immane paura di quei momenti. Diagnosi: infarto miocardico infero - postero - laterale. Il corridoio dei sotterranei per il reparto era interminabile, più che un ricovero sembrava una traslazione... Ad altra dimensione esistenziale. Con uno sguardo abbandonato da qualsiasi volontarietà misuravo centinaia di metri di matassa di tubi che, come visceri lucenti, correavano

nella direzione opposta alla nostra, nella pancia del mio *nuovo mondo*. E poi la notte, lunga e lontana – come fossi trapassato – verdolina e tremula, all'intermittenza dei monitor della Terapia Intensiva. Un'atmosfera irreale nella quale affioravano diafani volti di fantastiche creature che mi prendevano una mano, dolcissime, per sussurrarmi «Come va? ». Rimango in Ospedale giorni lunghi, utili a rompere l'incanto della mia “eternità” come l'inconsapevolezza mi aveva abituato a credere. Là ricevo una visita, mai più cara, quella di Franco Donatoni, il mio Maestro, così grande e così umile; per l'intero pomeriggio mi racconta la genesi di “Alfred, Alfred”, la messa in scena di un tragicomico preludio alla sua morte che sarebbe avvenuta nel 2000. E poi, finalmente, la “fuga” in vestaglia – troppo, alle 14, aspettare i vestiti – chagalliani complici Tina e Giuliano, c'involammo rapidi. Qui apre la “fase 2”, il dopo, in cui – maestro l'infarto, ultimo in ordine d'arrivo, coadiuvato solo dal tempo, oltre, vissuto – la parabola flette, e la musica storicizza i sofismi per mirare al *cuore dell'essenza delle forme*, guadagnando spessore, e anche immediatezza comunicativa. E oggi, restituito alla vita, bella e importante sempre (!) – non senza angioplastiche, stent e persino l'*amaro calice* del bypass, così, con pudore annunciato dal Prof. Bartorelli – coltivo ancora *note*, anche

quelle *del cuore*, per una galleria degli affetti, allineando l'amabilità di Marco Negrini e Piera Pala del “Fatebenefratelli”; la pacata sapienza di Antonio Bartorelli (appunto) e la cordialità di Massimo Moltrasio del “Monzino”, l'estro di Mario Chiatto di Trebisacce. Così, infine, eravamo *caduti* entrambi. Sincretico abita, forse, ancora l'abisso nel quale era precipitato... Ma potrebbe ritornare. Io, invece, continuo con *Progetto Sincretico – Meta, appunti per dottor Sincretico – Squilli per Veronica, la figlia*, ma aggirando l'ostacolo: evocandolo solo ma non richiamandolo in scena... La sua vocazione è egemonica, la sua visione è totalizzante, vuole possedere tutto, vuole per sé anche la vita degli altri.

*Cima Ventosa - ottobre 2010*



## *L'“intelligenza del cuore” e la via labirintica*

Al di dentro del petto il labirinto come una traversata di emozioni e sofferenze

DI MARIA LUISA MORRONE

---





Ogni soffrire interiore ha inizio nel labirinto che ognuno di noi reca in corrispondenza del petto. Bartolomeo Veneto nel “Ritratto dell’uomo con il labirinto” (1510) esprime come l’attività mentale è localizzabile nel petto, perché lì, in quelle parti, tali stati emozionali e di sofferenza vengono maggiormente avvertiti, maggiormente vissuti da qualunque persona. Pensare alle “fisiologie mistiche” o “spirituali” descritte da vari

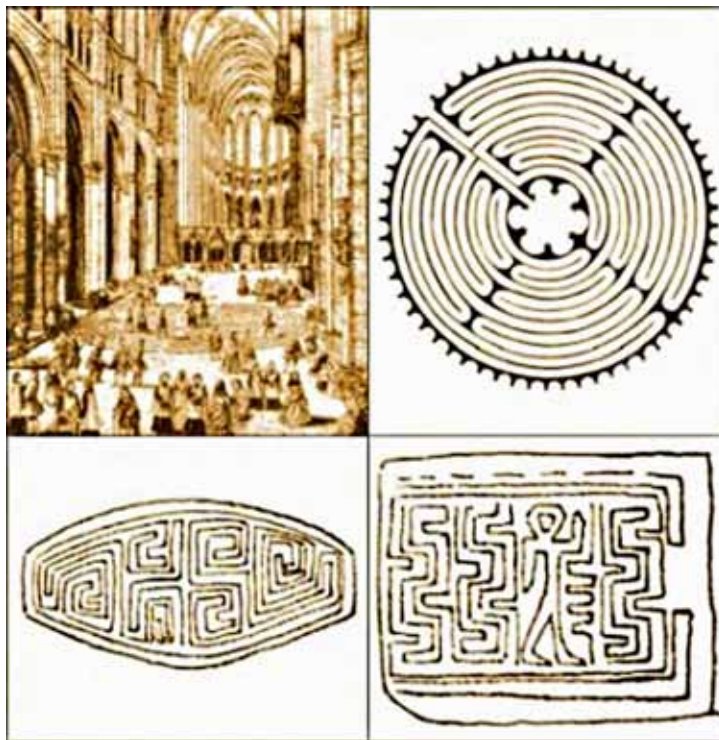


popoli e in varie epoche e capire come queste concordano nell’indicare diversi “involucri”, diversi corpi, tutti provvisti di rispettivi stati d’animo, di specifiche attività di pensiero, diventa naturale la distribuzione di emozioni e sofferenze in particolari punti del soma. Come nel caso delle “ruote” *chakras* presenti nei trattati indiani del cosiddetto “Tantra Yoga” o “Kundalini Yoga” del 1830: un

diagramma del “corpo sottile”. Il diagramma raffigura, infatti, i sette centri di energia (*chakra*) ciascuno simboleggiato da un fiore di loto con all’interno le relative sillabe, i relativi colori, le relative divinità. Ciascun *chakra* equivale infatti ad uno specifico stato mentale, il quale può essere “risvegliato” attraverso pratiche meditative che fanno uso dei suoni, dei colori delle divinità ad esso corrispondenti. L’intero “corpo sottile” comprendente i sette *chakra* si basa su un collegamento tra di essi dovuto ad un canale centrale (*sushumna*) e a due laterali (*nadi*), attraverso cui l’energia latente (*kundalini*), simboleggiata da un serpente raggomitolato nel *chakra* inferiore, può ascendere di *chakra* in *chakra*, e cioè dal perineo alla pelvi, all’addome ombelico, al torace - cuore, al collo - gola, fino all’area tra le sopracciglia (il terzo occhio) e al “loto dei mille petali”. Quest’ultimo *chakra*, corrisponde alla calotta cranica e, se si vuole, all’aureola dell’iconografia religiosa cristiano - occidentale come nel “Sacro Cuore” di O. Orazi. S. Agostino definiva il cuore “l’occhio della propria anima” (*oculo animae meae*) e d’altronde già gli antichi Egizi parlavano di una “intelligenza del cuore”. Il cuore come il sole, ha dunque una sua propria capacità di comprendere e di vedere, di illuminare. Dunque pur se sede di labirintiche “oscurità” emozionali e di sofferenza, può anche dischiuderne la comprensione intuitiva. È bene anche ricordare che nella medicina cinese ciascun organo è sede di una corrispettiva emozione, oltre a possedere una

specifiche affinità con una stagione dell’anno, con un colore, con un sapore e via dicendo, così come peraltro accade nella concezione astrologica occidentale, dove il cosiddetto “Uomo Zodiacale” (Pergamena di un manoscritto francese “Les Très Riches Heures du Duc de Berry” del 1416, di Pol e Herman de Limbourg), tema costante dei manoscritti medioevali, esemplifica la connessione tra parti del corpo umano e relativi segni astrologici, a loro volta indicativi di peculiari emozioni e di precisi stati mentali e caratteriali. In accordo a ciò, la psiche appare davvero costituita da differenti forme di attività mentale, a loro volta connesse a corrispondenti sensazioni corporee, a diversi modi dell’essere - nel - corpo, e da qui a diversi modi dell’essere - nel - mondo. A ciascun “corpo sottile” infatti, come ci insegna soprattutto il Kundalini Yoga alla cui descrizione ha dedicato una interpretazione psicologica Carl Gustav Jung, corrispondono non solo un particolare stato mentale e una precisa area del corpo, ma anche un rispettivo “mondo” fatto di diversi stati emozionali e di pensiero relativi a sensazioni, a sofferenze fisiche, che a seconda delle caratteristiche del vissuto psico - fisico della persona, appare diverso perché esperito in modo corrispondente. Quanto al petto, dunque, “al di dentro” di esso vi è specificamente un labirinto di emozioni inconscie avvertite visceralmente, tanto è vero che il labirinto sembra sia stato, oltre che simbolo dell’utero, il tracciato di una danza, la cosiddetta “danza di Arianna”, cioè il percorso di un atto appunto

eminentemente psicologico, “viscerale”. Come una sorta di impasto tra corpo e mente che caratterizza le emozioni del cuore o del petto. Il labirinto è anche la sede di un’animalità intesa come “a metà” tra soma e psiche, simboleggiata dall’uomo toro - Minotauro. Nel foglio appartenente a un famoso florilegio conservato nell’archivio dei manoscritti della cattedrale di Notre - Dame a Saint - Omer, c’è un Minotauro (designato come Minotaurus) che reca nella mano destra una spada, e nell’insieme si presenta come toro dalla testa umana cornuta. Il Minotauro che simboleggia il dolore, deve essere affrontato e ucciso, superato, pena l’esserne uccisi! Il labirinto, come opaca densità, che attanaglia il petto occorre, dunque, attraversarlo, senza perdersi, pena l’esserne travolti diventando davvero malati, stabilmente torturati. Questa seconda evenienza, infatti, è il destino a cui va incontro, proprio all’interno di un innevato e sperduto giardino - labirinto di dolore - sofferenza il protagonista del celebre film “Shining” di Stanley Kubrick, dove Jack Nicholson è un Minotauro post - moderno. Lo scrittore argentino Jorge Luis Borges ci dice che il labirinto è una struttura atta a confonderci come allegoria della vita umana. Nel testo “Labirinti da Cnosso ai video games” di Marco M. Samba possiamo cogliere riflessioni che vanno da un labirinto sognato a un dedalo della



mente, dall’antichità ai giardini rinascimentali, dagli esperimenti scientifici ai labirinti nei film, dagli scacchi al web, dai pittori d’avanguardia alle metropoli del XXI secolo, da Pac - Man alla fantascienza e in tutto questo il labirinto continua ad affascinare con il suo valore simbolico: un archetipo perso nella notte dei tempi eppure così moderno della vita attuale, ma anche proiettato nel futuro. Per Mondrian, ad esempio, il mare è un vero e proprio labirinto, come testimonia il suo dipinto “Molo e oceano” del 1915, una rappresentazione costruita con una serie di segmenti, frammenti e segni primari che formano un vero dedalo. Anche Klee nel 1939 inventa il suo “Labirinto distrutto”, o Picasso con il suo “Il Minotauro” del 1930, fino a giungere a Clerici che nel 1983 dopo aver disegnato per una vita intera meandri, dipinge il suo “Labirinto” e nello stesso anno, il “Piccolo labirinto” mostrando l’apoteosi pittorica di questo archetipo nella contem-

poraneità. L’estetica del dedalo emerge anche nel cinema: nella “Metropolis” labirintica di Fritz Lang e nei boschi incantati, intricati e iniziatici di “Flash Gordon”; nella Coruscant di “Guerre Stellari” (cioè la Metropoli del futuro) e i sentieri sotterranei delle Miniere di Moria de “Il Signore degli Anelli”; in “Labrynth” di Jim Henson (con David Bowie) che in alcune scene disegna e ripropone, attraverso i fotogrammi, la “Relatività” di Escher. Anche nei fumetti si rischia di perdurare in questo simbolo: dai labirinti di Buzzelli al “Labirinto di Bangor” di Sclavi con il suo Dylan Dog; dalla metropoli post - atomico - labirintica del fumetto “Blame!” a “Zio Paperone e il Labirinto non - Labirinto di Zumamont”; per passare agli infiniti dedali della “Disney Enigmistica”, dai quali il povero Paperino deve uscire vincendo la sua pigrizia. Attraversare il labirinto, vivere ogni genere di emozione, affrontare il Minotauro o quanto accade nell’“Odissea” a Ulisse equivale ad un passaggio: andare “oltre”. Oltre la paura di non sopportare la presa di coscienza di emozioni o sofferenze che impongono il duro confronto con aspetti nascosti e incomprensibili, ambigui e difficili, di sé, della vita e degli altri. La mente e il corpo vivono uno spazio comune: il petto dove incontrano il cuore con la sua intelligenza!

# García Lorca

## *il poeta della libertà*

DI SILVANA RUFFOLO

*Se potessi piangere di paura in una casa deserta,  
se potessi cavarmi gli occhi e mangiarmeli,  
lo farei per la tua voce di arancio a tutto  
e per la tua poesia che esce urlando.*

È nel pianto di questi primi versi dell' "Ode a Federico García Lorca" che Pablo Neruda racchiude la breve ma intensa parabola artistica ed esistenziale dell'amico poeta. Federico del Sagrado Corazón de Jesús García Lorca nasce il 5 giugno del 1898 a Fuente Vaqueros, un paesino vicino Granada. È figlio di un ricco possidente, Federico García Lorca Rodríguez, che aveva sposato in seconde nozze una giovane e sensibile maestra, Vincente Lorca Romero, che inciderà profondamente nella formazione artistica del figlio e gli trasmetterà, oltre alla passione per la musica e per il pianoforte, anche quella coscienza profonda della realtà degli "ultimi" e il rispetto del loro dolore che riverserà all'interno della propria opera letteraria. García Lorca cresce in un'atmosfera affettivamente ricca ma segnata dalla morte del

fratello Luis, di appena due anni, per polmonite. Fin da piccolo la sua sensibilità si apre al linguaggio della natura e all'intensità del paesaggio andaluso, che è quello appartato dell'entroterra, degli uliveti, dei pioppi e delle torri. Nel 1909 si trasferisce a Granada con la famiglia dove intraprende gli studi di Giurisprudenza e in seguito di Lettere, e dove stringerà amicizia con i giovani intellettuali della città, primo fra tutti il poeta Antonio Machado. Nel 1918 esce il suo primo libro di poesie "Impressioni e paesaggi". All'inizio degli anni '20 è a Madrid dove si stabilisce alla *Residencia de estudiantes*, che in quegli anni è il centro della cultura liberale in Spagna e il cenacolo della cosiddetta "Generazione del '27". In questo ambiente Federico conosce il poeta spagnolo Jiménez ed inoltre Salvador Dalí, e Luis Buñuel. Nel 1921 esce a Madrid il "Libro di poesie", in cui si individuano già alcuni temi fondamentali del suo mondo poetico: la natura, il rimpian-

to per l'infanzia e l'Andalusia, che diventa un paesaggio dell'anima in cui si manifestano inquietudini amoroze ed erotiche. I versi hanno l'incedere delle filastrocche, originato dalla musica folklorica. È in seguito all'incontro con il famoso musicista Manuel de Falla e alle ricerche sulle remote origini del *Cante jondo* (il primitivo canto andaluso, di cui il flamenco è una versione moderna) che scrive nel 1921 - ma verrà pubblicato dieci anni dopo - il "Poema del Cante jondo". In questa raccolta viene evocata una cultura ancestrale, la cui religiosità cristiana è venata di paganesimo in odore di magia, un mondo dentro un mondo, marginale e partecipe rispetto alla terra che lo contiene. Tale raccolta anticipa il "Romancero gitano", scritto tra il 1924 e il 1927, che occupa un posto di rilievo nella storia della poesia spagnola, per la forza espressiva con la quale evoca il mondo dei gitani andalusi, per la grande metafora sull'ineluttabilità del destino che

il “Romancero” tutto rappresenta e perché l’Andalusia di García Lorca appare come la terra di tutti, senza confini. Nel 1929, vittima di una profonda depressione, esacerbata dai sensi di colpa per un’omosessualità che sempre meno riesce a nascondere, decide, spinto dalla sua famiglia, di trasferirsi negli Stati Uniti. Questo viaggio e soprattutto il soggiorno a New York, sarà fondamentale per la produzione poetica di García Lorca, che difatti realizza il suo capolavoro, “Poeta a New York”, incentrato sull’alienazione dell’uomo nella società moderna e in particolare in una metropoli risucchiata dalla mania della produzione. Anche in questa raccolta il poeta è dalla parte dei perseguitati, che nella sua terra sono le donne in una società al maschile e i gitani, mentre nella folla newyorchese sono i neri: i non integrati che suscitano immediatamente la sua simpatia. Bastonati come i suoi gitani e come loro amanti delle danze e della musica, hanno però l’ulteriore sfortuna di essere lontani dalla loro terra. Dagli Stati Uniti García Lorca si sposta a Cuba, dove tiene una serie di conferenze. Sarà un soggiorno creativo e felice: ha successo nei vari circoli intellettuali e vive liberamente i suoi amori. Ritournerà poi in America Latina tra il 1933 e il 1934 dove vivrà un altro periodo proficuo anche grazie all’incontro con Pablo Neruda. Nel giugno del 1930 ritorna in Spagna. Nel 1931 viene proclamata la Seconda Repubblica e le forze progressiste vi resisteranno fino al 1933. Risolutamente antifascista, vicino all’ala liberale del partito Socialista, Federico non milita mai in nessuna forza politica. Il suo impegno civile invece si concre-

tizza con la direzione della *Barraca*, un teatro ambulante dell’Università di Madrid, che ha il compito (nello sforzo generale per l’alfabetizzazione della Spagna) di portare in giro le opere di Lorca nelle più remote aree rurali del Paese. Durante questo tour Federico scrive le sue opere teatrali più famose: “Nozze di sangue”, “Yerma” e “La casa di Bernarda Alba”. In queste opere uno è il motivo dominante: la commistione tra amore e morte in una società che reprime gli istinti individuali e le donne. Il poeta canta ancora magistralmente la morte nei versi del “Lamento per Ignacio Sánchez Mejías”, tra i più ricordati. Famoso torero sivigliano, amico di García Lorca, drammaturgo, Ignacio Sánchez Mejías, ritornato nell’arena all’età di 43 anni, viene incornato da un toro durante una corrida e muore. Federico non ha la forza di andare a trovarlo e scrive il “Lamento”, strutturato come un testo liturgico, con la martellante ripetizione di antifone: “Alle cinque della sera” e “non voglio più vederlo”. La sua partecipazione interiore è così intensa, che fa di quest’opera un’opera di tutti. La morte e la sua negazione, cantate da García Lorca nel “Lamento”, hanno fatto diventare “alle cinque della sera”, un termine comune a tutte le latitudini e dovunque indicante la freddezza cinica del destino. Tra il 1931 e il 1934 il poeta compone il “Divàn del Tamarit”, in cui si rifà alla lirica amorosa dei poeti arabi granadini, mentre gli ultimi scritti sono i “Sonetti dell’amore oscuro” (1935 - 1936), in cui Federico esplora tutto lo spettro dell’ossessione d’amore: il mistero del corpo e il desiderio come martirio.

Nel 1936, poco prima della guerra civile spagnola, García Lorca redige e firma, assieme al poeta e amico Rafael Alberti ed altri trecento intellettuali, un manifesto d’appoggio al Fronte Popolare antifascista. Da qui in poi, la cronologia della sua vita diventa incalzante come il suo “alle cinque della sera”: le date si inseguono precipitosamente verso la drammatica fine. Il 17 luglio scoppia l’insurrezione militare e decade il governo della Repubblica. Anche se Federico non entra mai nel Partito Comunista la sua voce dà fastidio, così come la sua personalità (e forse anche la sua omosessualità). Il 9 agosto si trova a Granada e chiede asilo al poeta Luis Rosales, ma il 16 agosto viene arrestato e, senza alcun processo, il 19 all’alba sarà fucilato presso una località conosciuta come “Fontana delle lacrime”. Il suo corpo andrà disperso. Scrisse il poeta Antonio Machado:

*Uccisero Federico  
quando la luce spuntava.  
Il plotone dei carnefici  
non osò guardarlo in faccia.*

Il coinvolgimento di García Lorca nella realtà del suo tempo fu profondo e autentico, come sul piano esistenziale autentica fu la sua trasgressione pagata fino alle estreme conseguenze. Fu apolitico proprio perché l’impegno civile ebbe bisogno in lui di esprimersi liberamente, senza adesioni ideologiche. Poi le ideologie tramontarono, ma le sue parole no.

**Nuovi canti**

Dice la sera: "Ho una gran sete d'ombra!".  
Dice la luna: "Io, sete di stelle".  
La fonte cristallina chiede labbra  
e sospira il vento.

Io ho sete di profumi e di risa,  
sete di canti nuovi  
senza lune e senza gigli,  
e senza amori morti.

Un canto mattutino che smuova  
le quiete gore  
dell'avvenire. E colmi di speranza  
le sue onde e il suo limo.

Un canto luminoso e calmo  
pieno di pensiero,  
vergine di tristezze e angosce  
e vergine di sogni.

Canto senza carne lirica che colmi  
di risa il silenzio  
(uno stormo di colombe cieche  
lanciate nel mistero).

Canto che giunga all'anima delle cose  
e all'anima dei venti  
e che riposi infine nella gioia  
di un cuore eterno.

Vega de Zujaira, agosto 1920

*Tratto da "Libro di poesie" (1918 - 1920)*

**Ci sono anime che hanno...**

Ci sono anime che hanno  
stelle azzurre,  
mattini sfioriti  
tra le foglie del tempo  
e casti angoli  
che conservano un vecchio  
sussurro di nostalgia  
e sogni.

Altre anime hanno  
dolenti spettri  
di passioni. Frutta  
con vermi. Echi  
di una voce arsa  
che viene da lontano  
come una corrente  
d'ombra. Ricordi  
vuoti di pianto  
e briciole di baci.

La mia anima è matura  
da molto tempo  
e si dissolve  
confusa di mistero.  
Pietre giovanili  
rose dal sogno  
cadono sulle acque  
dei miei pensieri.  
Ogni pietra dice:  
«Dio è molto lontano!»

*Tratto da "Libro di poesie" (1918 - 1920)*

**La chitarra**

Comincia il pianto  
della chitarra.  
Si rompono i calici  
dell'alba.  
Comincia il pianto  
della chitarra.  
È inutile  
farla star zitta.  
Piange monotona  
come piange l'acqua,  
come piange il vento  
sulla nevicata.  
È impossibile  
farla star zitta.  
Piange per cose  
lontane.  
Sabbia del Sud rovente  
che chiede camelie bianche.  
Piange freccia senza bersaglio,  
la sera senza domani,  
e il primo uccello morto  
sul ramo.  
Oh chitarra!  
Cuore trafitto  
da cinque spade.

*Tratto da "Poema del Cante jondo"  
(1921 - 1925)*

**Sud**

Sud,  
miraggio,  
riflesso.

È lo stesso dire  
stella e arancio,  
alveo e cielo.

Oh, la freccia,  
la freccia!  
Il Sud  
è questo:  
una freccia d'oro  
senza bersaglio nel vento.

*Tratto da "Suites" (1920 - 1923)*

**Confusione**

Il mio cuore  
è il tuo cuore?  
Chi mi riflette pensieri?  
Chi mi presta  
questa passione  
senza radici?  
Perché cambia il mio abito  
di colore?  
Tutto è crocevia!  
Perché vedi nel cielo  
tante stelle?  
Fratello, sei tu  
o sono io?  
E queste mani così fredde  
sono sue?  
Mi vedo nei tramonti,  
e un formicaio di gente  
cammina nel mio cuore.

*Tratto da "Suites" (1920 - 1923)*

**La cornata e la morte**

Alle cinque della sera.  
Erano le cinque in punto della sera  
Un ragazzo portò il lenzuolo bianco  
*alle cinque della sera.*  
Una cesta di calce era già pronta  
*alle cinque della sera.*  
Il resto era morte e soltanto morte  
*alle cinque della sera.*

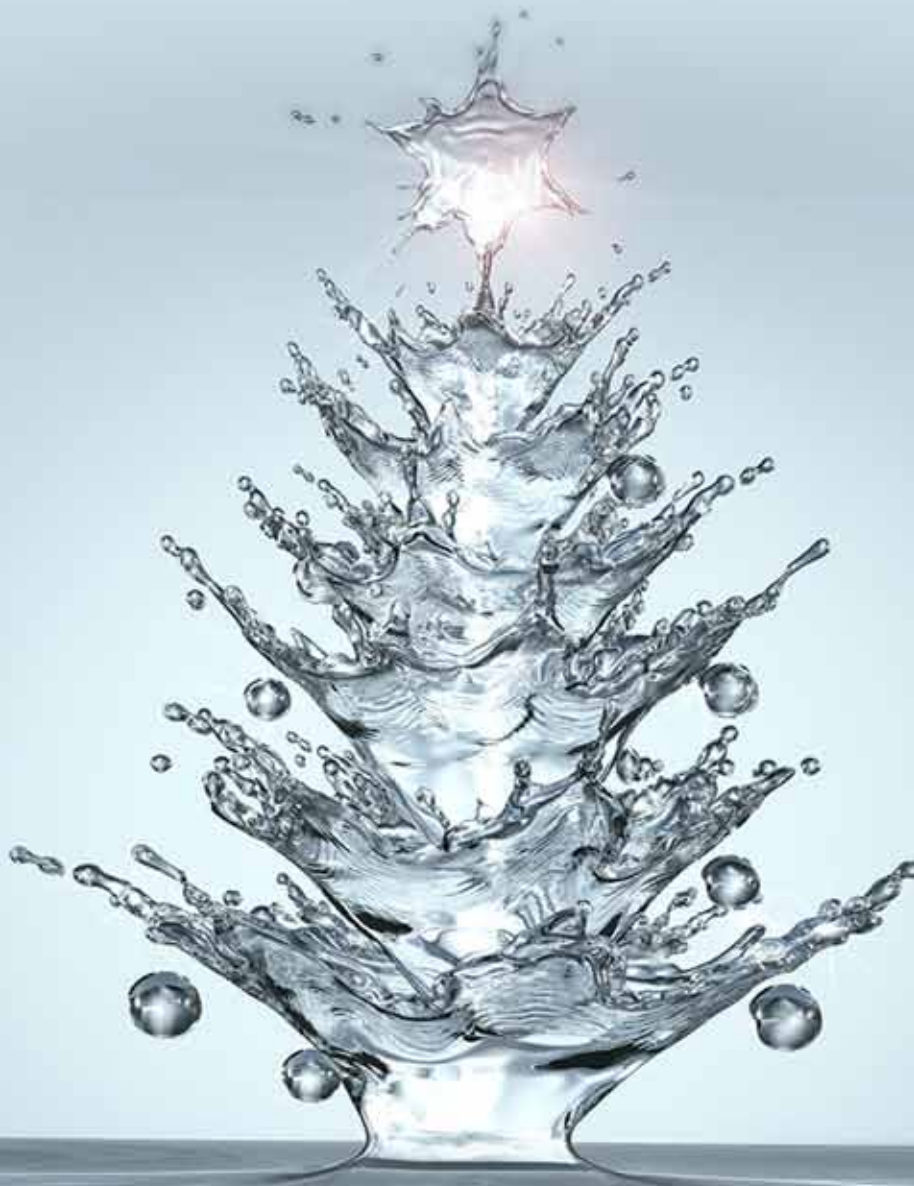
Il vento portò via le ovatte  
*alle cinque della sera.*  
E l'ossido seminò vetro e nichel  
*alle cinque della sera.*  
Già lottano la colomba e il leopardo  
*alle cinque della sera.*  
E una coscia col corno distruttore  
*alle cinque della sera.*  
Partirono suoni di richiamo  
*alle cinque della sera.*  
Le campane d'arsenico e di fumo  
*alle cinque della sera.*  
Negli angoli dei gruppi silenziosi  
*alle cinque della sera.*  
E il toro solo con il cuore in alto!  
*alle cinque della sera.*

Quando il sudore di neve arrivò  
*alle cinque della sera,*  
quando l'arena si coprì di iodio  
*alle cinque della sera,*  
la morte depose uova nella ferita  
*alle cinque della sera.*  
*Alle cinque della sera.*  
*Alle cinque in punto della sera.*

Una bara con ruote è il letto  
*alle cinque della sera.*  
Ossa e flauti risuonano al suo udito  
*alle cinque della sera.*  
Il toro già muggiva sulla fronte  
*alle cinque della sera.*  
La stanza s'iridava d'agonia

*alle cinque della sera.*  
Da lontano già viene la cancrena  
*alle cinque della sera.*  
Tromba di giglio per i verdi inguini  
*alle cinque della sera.*  
Le ferite ardevano come soli  
*alle cinque della sera,*  
e la folla rompeva le finestre  
*alle cinque della sera.*  
Alle cinque della sera.  
Ahi, terribili cinque della sera!  
Erano le cinque a tutti gli orologi!  
Erano le cinque nell'ombra della sera!

*"Lamento per Ignacio Sánchez Mejías"  
(1935)*



*Natale 2010*

è festa per tutti

L'immagine riporta  
i preparativi di festeggiamento  
di alcune particelle di acqua...

**Auguri di cuore a tutti i Lettori!**





ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification

