

cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

GENNAIO • FEBBRAIO 2011 N° 179

Luciano Onder
intervista il Presidente
ANMCO

Campagna
"per il Tuo cuore" 2011:
un successo sotto gli
occhi di tutti

ESC WINDOW

L'EURObservational
Research Programme
(EORP)

Cardiologia e
Cardiochirurgia ...
due facce di una stessa
medaglia

Raccomandazioni
sulle cure dentarie nei
pazienti cardiopatici

Pasta di Manager

Un cuore nuovo
non ha prezzo

Piccola storia
della Medicina
Cardiovascolare

Il profumo
nel mondo antico

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



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



Uniti nella Ricerca
per le Cure
di Qualità

42°
CONGRESSO
NAZIONALE
DI CARDIOLOGIA
Firenze - Fortezza da Basso
11-14 maggio 2011



*La Conoscenza non è Sapere Certo - Episteme -
ma Sapere Congetturale - Doxa -
e Noi Tutti siamo Ricercatori
non possessori della Verità
Karl R. Popper*

E allora ci siamo:

ANMCO 2011 - 42° Congresso Nazionale di Cardiologia è pronto !

È pensato come un appuntamento scientifico da non perdere per tutti i Cardiologi e gli Infermieri impegnati nell'Assistenza e nella Ricerca per le Cure di Qualità.

È il momento in cui gli operatori tecnici delle 890 strutture cardiologiche e delle 416 UTIC italiane condividono cultura ed esperienza nella costruzione di *network* cardiologici *patient-centered*.

È costruito con il contributo di tante Donne e Uomini ANMCO che - con passione ed entusiasmo - hanno proposto temi scientifici stimolanti e attraenti.

Il Consiglio Direttivo ANMCO ha provato a rimodularli ed integrarli avendo in mente un'efficace trasmissione di sapere tra Professionisti, al meglio delle evidenze scientifiche disponibili.

Partecipa anche Tu da Protagonista ad ANMCO 2011, non far mancare il tuo contributo.

Arrivederci a Firenze !



U. Scherillo
Marino Scherillo
Presidente ANMCO



In copertina
HEARTS V,
Stefan Hermans



N. 179 gennaio/febbraio 2011
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
Luciano Onder p. 4
intervista il Presidente ANMCO
di Luciano Onder e Marino Scherillo

LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" ONLUS RISPONDE
La prima sfida p. 6
della Fondazione per il 2011:
la Campagna "per il Tuo cuore"
di Attilio Maseri

Campagna p. 8
"per il Tuo cuore" 2011.
un successo sotto gli occhi di tutti
di Francesco Chiarella



DAL DIRETTIVO p. 10
IL CENTRO FORMAZIONE
Campagna Educazionale Nazionale
Ritardo Evitabile: ancora un passo
verso il traguardo
di Luigi Oltrona Visconti,
Antonio Di Chiara, Francesco Chiarella

ESC WINDOW p. 13
L'EURObservational Research
Programme (EORP)
di Luigi Tavazzi

DAL CENTRO STUDI p. 16
La Ricerca della Fondazione "per il
Tuo cuore": Supporter alla Ricerca e
Monitor clinico
di Marco Gorini, Laura Cipressa,
Ester Baldini

DALLE AREE
AREA CARDIOIMAGING p. 20
La Cardiopatia Ischemica Stabile e
l'Imaging Cardiaco negli anni 2000
di Gian Piero Perna
AREA CHIRURGICA p. 22
Cardiologia e Cardiochirurgia ... due
facce di una stessa medaglia
di Pierluigi Stefano
AREA EMERGENZA - URGENZA p. 24
L'Area Emergenza - Urgenza all'inizio
di un nuovo biennio. Il desiderio di
continuare e la volontà di guardare al
futuro
*di Maddalena Lettino e Leonardo De
Luca*

AREA INFORMATICA p. 26
La Clinica non può più fare a meno
dell'Informatica: un grande progetto
per migliorare la qualità della
risposta clinica nel nostro Paese
di Antonio Mantero
AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE
Chi siamo? p. 29
Da dove veniamo? Dove andiamo?
di Loris Roncon



AREA MANAGEMENT & QUALITA' p. 31

La logica della continuità progettuale: che cosa volevamo fare, che cosa abbiamo fatto e che cosa faremo

di Evasio Pasini e Daniela Pavan

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Le sfide per la prevenzione p. 34

cardiovascolare negli anni '10. Il bilancio del biennio passato e le prospettive per il futuro

di Stefano Urbinati e Pompilio Faggiano

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Gli obiettivi p. 37

dell'Area Scompenso: ricerca e qualità delle cure

di Michele Senni e Gianfranco Misuraca

DALLE REGIONI

BASILICATA p. 50

Cultura e Salute. Prevenzione e Stile di Vita: una scelta salutare e gradevole

di Francesco Paolo Calciano e Antonio Giovanni Cardinale

CALABRIA p. 54

Questionario Informativo delle Cardiologie Calabresi

di M. Chiatto, R. Caporale, F. A. Benedetto, N. Cosentino, A. De Nardo, A. Ferraro, R. Lumare

FRIULI VENEZIA GIULIA p. 57

Raccomandazioni sulle cure dentarie nei pazienti cardiopatici

di Valentino Moretti e Marika Werren

LOMBARDIA p. 59

Il Consiglio Direttivo della Lombardia presenta gli Eventi formativi del 2011

di Luigi Oltrona Visconti

MARCHE p. 61

Ultime novità sullo Scompenso Cardiaco: riflessioni sul Convegno di Fermo

di Ettore Savini e Luigi Minutiello

MOLISE p. 63

La Cardiologia nel Castello

di Carlo Olivieri

SARDEGNA p. 66

Diabete Mellito tipo 2 e Scompenso Cardiaco: un'esperienza "sul campo"

di Antonella Brundu e Francesco Uras

VENETO p. 69

Lettera aperta dei clinici ospedalieri del Veneto sulla politica sanitaria in Italia

di Pietro Delise



ASSOCIAZIONI PER IL CUORE E DINTORNI

Cuore Chiaro Onlus p. 71

di Maurizio Giuseppe Abrignani e Luigi Scarnato

FORUM

Pasta di Manager p. 74

di Giovanni Gregorio

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO p. 79

Età di quiescenza dei Medici dipendenti del SSN: fra "rottamazione" e indicazioni legislative

di Domenico Gabrielli

IL PARERE LEGALE

Una decisione p. 81

che fa discutere *di Ornella Mafri*

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI

Un cuore nuovo p. 83

non ha prezzo

di Enrico Ammirati



COME ERAVAMO

Piccola storia p. 86

della Medicina Cardiovascolare

di Maurizio Giuseppe Abrignani



VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Il profumo p. 89

nel mondo antico

di Giuseppe Squillace

Il Mezzogiorno p. 91

terra di briganti

di Katia Massara





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

**DAI VALORE
ALLA TUA VITA**

È un progetto



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



per il tuo cuore
Fondazione per il tuo cuore - Onlus

Luciano Onder intervista il Presidente ANMCO



DI LUCIANO ONDER E MARINO SCHERILLO

Dr. Scherillo, dall'11 al 14 maggio 2011 a Firenze si terrà il 42° Congresso Nazionale ANMCO dei Cardiologi ospedalieri. Un appuntamento annuale che coinvolge 3.000 Cardiologi partecipanti in rappresentanza delle 890 Cardiologie ospedaliere. Che significa per voi incontrarvi? È la principale occasione di incontro e discussione tra i Cardiologi che operano nelle Strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale. Vengono affrontati i principali snodi critici per una appropriata gestione clinica del

cardiopatico utilizzando fluidi modelli organizzativi alla luce delle più recenti Linee Guida. L'obiettivo è stare uniti nella ricerca per la qualità delle cure da rendere disponibili in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Le vostre Cardiologie con le Unità Coronariche sono effettivamente tutte allo stesso livello?

In Italia sono attive 416 Unità Coronariche, circa il 50% di queste ha in sede un Laboratorio di Emodinamica e Cardiologia Interventistica per l'angioplastica coronarica. Nel complesso è una distribuzione appropriata per i bisogni assistenziali del cardiopatico

in situazioni di emergenza - urgenza. Oggi è attiva una Unità Coronarica con Emodinamica in sede per un bacino di utenza di circa 350 mila abitanti. Si tratta di un prezioso modello organizzativo, stimolato dall'ANMCO, che ha portato ad una netta riduzione della mortalità per infarto miocardico acuto in Italia. I dati in nostro possesso, validati da molti Studi clinici condotti negli ultimi anni, indicano che oggi la mortalità per infarto miocardico per i pazienti ricoverati in Unità Coronariche è solo del 3% pur in presenza di una età media dei pazienti ricoverati di 72 anni. È un dato costante che registriamo in tutta Italia senza differenze rilevanti tra le

varie Regioni. È il frutto di una costante promozione da parte dell'ANMCO della diffusione delle nuove conoscenze tra i Cardiologi per migliorare la qualità delle cure. In questa scia si muovono i Corsi per il mantenimento della Competenza Clinica per le emergenze - urgenze cardiologiche e per la Cardiopatia Ischemica Cronica che organizziamo periodicamente in tutta Italia.

Tema importante è l'Ospedale oggi. Come sta cambiando? Come cambia il vostro lavoro di Medici al servizio del malato?

Molte Regioni stanno elaborando piani di rientro per arginare il deficit del bilancio sanitario che prevedono accorpamenti di Strutture o dismissioni di funzioni. Questa riorganizzazione centrata sulla riduzione dei costi piuttosto che sul miglioramento delle cure può influire negativamente sulla qualità dei servizi erogati soprattutto nell'area delle emergenze - urgenze cardiologiche. L'ANMCO propone una appropriata elaborazione di cure standard per il cardiopatico, disponibili su tutto il territorio nazionale, con verifica dell'esito di salute piuttosto che una ragionieristica definizione dei costi standard. Se ne parlerà in occasione del prossimo Congresso Nazionale, in una Tavola Rotonda a cui parteciperanno anche i rappresentanti delle Istituzioni regionali e nazionali. Inoltre, in quella sede verrà lanciato un originale programma ANMCO volto alla selezione ed alla diffusione dei percorsi diagnostico - terapeutici certificati dall'Associazione per la gestione dei pazienti cardiopatici.

Di fatto è la definizione dello "standard of care" indispensabile per una assistenza di qualità al meglio delle evidenze scientifiche disponibili.

Come misurare la qualità delle Cardiologie, come verificate se questa qualità è omogenea nelle varie Regioni?

La misura della qualità delle cure erogate dalle Cardiologie italiane è un obiettivo strategico dell'ANMCO. Da oltre cinque anni organizziamo periodici Studi clinici osservazionali che fotografano la qualità delle cure elaborate dalle Strutture cardiologiche ospedaliere in aree assistenziali epidemiologicamente rilevanti quali Infarto Miocardico e Scompenso Cardiaco. Inoltre, negli ultimi due anni è partita una iniziativa, lo Studio Blitz 4 Qualità, che verifica in base a specifici indicatori estratti dalle Linee Guida la qualità delle cure dei singoli Centri nella gestione dell'Infarto Miocardico, segnalando ad ogni Centro partecipante specifiche azioni per il miglioramento delle cure. Di fatto stiamo costruendo una rete permanente per il monitoraggio continuo della qualità delle cure in Cardiologia.

La Cardiologia ospedaliera italiana ha una grande storia. Gli Studi GISSI sono merito dei Cardiologi ospedalieri. Oggi l'impegno continua con la Fondazione "per il Tuo cuore". I Cardiologi ospedalieri come sostengono questa Fondazione?

Circa tre anni fa l'ANMCO e la Fondazione "per il Tuo cuore" hanno

varato l'innovativo programma di ricerca GISSI Outliers con l'obiettivo di selezionare nuove strategie più incisive di miglioramento dell'outcome dei pazienti cardiopatici. Stiamo focalizzando l'attenzione non più solo su profili clinici e risposte terapeutiche medie ma anche sui pazienti che deviano dal comportamento e dalla risposta prevalente, collocandosi ai lati opposti della media. L'obiettivo è identificare nuovi meccanismi fisiopatologici d'intervento terapeutico e sottogruppi di pazienti che più si giovano dei trattamenti disponibili. Lo Studio CAPIRE (Coronary Atherosclerosis in outlier subjects: Protective and Individual Risk factor Evaluation) è il primo progetto varato, volto ad identificare i fattori genetici e metabolici che prevencono o predispongono all'aterosclerosi coronarica ed infarto miocardico. È la nuova frontiera della Ricerca biomedica innovativa con stretta collaborazione tra Ricercatori di base e Cardiologi clinici che diventano di fatto una rete di "detective" alla ricerca dei "killer del cuore" da neutralizzare. È un programma di ricerca ambizioso che richiede adeguato reperimento di risorse. A questo scopo sono state varate le Campagne di raccolta fondi "per il Tuo cuore" che anche quest'anno ha avuto una entusiastica partecipazione di tanti Cardiologi ed Infermieri operanti negli Ospedali italiani. Oltre 160 Strutture cardiologiche hanno aperto le porte ai Cittadini il 12 e 13 febbraio organizzando iniziative culturali e di promozione della salute cardiovascolare volte alla raccolta fondi per la Ricerca cardiologica.

12-20 Febbraio 2011

insieme per sostenere la ricerca contro le malattie cardiovascolari

"Apri il Tuo Cuore alla Ricerca"



La prima sfida della Fondazione per il 2011:
la Campagna "per il Tuo cuore"

DI ATTILIO MASERI



La Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, costituita nel 1998 su iniziativa dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), ha come finalità la lotta alle malattie cardiovascolari, personalizzando la terapia e la prevenzione. La mission della Fondazione è lo sviluppo di strategie innovative in grado di accelerare i progressi delle sue tre linee statutarie di intervento nell'ambito delle malattie cardiovascolari:

RICERCA

EDUCAZIONE SANITARIA

FORMAZIONE PROFESSIONALE

Per questi sviluppi la Fondazione si avvale del supporto degli oltre 5.000 Cardiologi iscritti all'ANMCO e delle oltre 400 Cardiologie collegate in rete al suo Centro Studi, che si occupa della raccolta, della gestione e dell'analisi di dati clinici e che, fin dagli anni '80, si è guadagnata grazie ai brillanti risultati delle sue ricerche l'ammirazione della comunità scientifica internazionale. La Fondazione "per il Tuo cuore" si è focalizzata sulle strategie innovative e di ricerca clinica per porre al centro il malato con la sua individualità piuttosto che la malattia con la sua crescente standardizzazione. Per poter realizzare i suoi obiettivi di ricerca e formazione anche quest'anno la Fondazione, sotto l'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica, ha promosso in collaborazione con la Rai, Pubblicità Progresso, l'ANMCO e con il supporto tecnico di Banca Intesa la terza edizione della Campagna di sensibilizzazione e raccolta fondi "per il Tuo cuore", che si è svolta dal 12 al 20 febbraio 2011. Come per



La copertina del CD realizzato da RAI TRADE i cui proventi andranno a favore dell'attività di Ricerca della Fondazione "per il Tuo cuore"

le passate edizioni anche quest'anno la Campagna si è articolata nei giorni immediatamente precedenti e in quelli immediatamente successivi la festa di San Valentino. I maggiori gestori telefonici hanno accolto la nostra richiesta ed hanno concesso un numero telefonico, attivo nel periodo della Campagna, per l'invio di sms solidali del valore di 2 Euro a favore dei progetti di ricerca della Fondazione. La RAI Radio Televisione Italiana, durante i nove giorni della Campagna ha dedicato spazi, interventi e spot alle iniziative della Fondazione. Particolare attenzione è stata dedicata alle giornate di sabato 12 e domenica 13 con la manifestazione negli Ospedali

italiani Cardiologie "per il Tuo cuore" alla quale hanno partecipato con eventi specifici 160 Strutture cardiologiche distribuite su tutto il territorio nazionale. Infine, quest'anno anche il Festival di Sanremo ha dato spazio alla solidarietà, nella serata del 17 febbraio dedicata alle celebrazioni per i 150 anni dell'Unità d'Italia, organizzando una Campagna di raccolta fondi a favore della Fondazione "per il Tuo cuore" i cui proventi sosterranno la ricerca nel campo della prevenzione e della cura delle malattie cardiovascolari. Grazie, grazie di cuore a tutti quanti hanno contribuito a fare anche della Campagna "per il Tuo cuore" di quest'anno un grande successo!



Campagna "per il Tuo cuore" 2011 Un successo sotto gli occhi di tutti

DI FRANCESCO CHIARELLA

Nella storia dell'ANMCO il mese di febbraio 2011 resterà un momento importante, il momento in cui, finalmente, si è riusciti a porre la Fondazione "per il Tuo cuore" all'attenzione di tutti. L'edizione 2011 della Settimana "per il Tuo cuore" era stata pensata come momento di capillare sensibilizzazione dell'opinione pubblica alla lotta alle Malattie Cardiovascolari e al sostegno della Ricerca in Cardiologia. L'obiettivo si sarebbe raggiunto attraverso il contatto personale con i Pazienti ricoverati, destinatari di una lettera e di depliant informativi, attraverso gli



eventi di Cardiologie "per il Tuo cuore", attraverso visibilità e richiamo negli spazi acquistati sui grandi quotidiani nazionali ed attraverso la Campagna RAI. Il grande coinvolgimento dei Cardiologi c'è stato, in ogni Ospedale sono stati affissi manifesti e locandine, i Pazienti ed i loro familiari hanno

ricevuto spiegazioni dirette oltre ai depliant. Oltre 150 istituzioni hanno aderito alle manifestazioni di Cardiologie "per il Tuo cuore", creando con fantasia e originalità eventi pubblici di rilievo, infine la RAI ha supportato un grande impegno corale in modo splendido, convinto ed efficace. Quale era lo scopo? Fare spazio per dire a tutti che il nostro lavoro non è mai ripetizione di comportamenti, gesti, procedure, prescrizioni, ma è osservazione attenta di ciascun paziente. È nella singolare realtà di ogni Paziente che fisiologia e patologia seguono leggi generali, che peraltro conscia-

mo solo in parte, o se ne discostano, manifestando comportamenti inaspettati, talora scarsamente comprensibili. Riflettere su questa variabilità genera discussione, approfondimenti, ipotesi di spiegazione, proposte di studi. È questa la base della ricerca, il substrato da cui si parte per arrivare a organici progetti di ricerca. Lo scopo della Settimana "per il Tuo cuore" era questo: realizzare una grande iniziativa nazionale per dire a tutti che essere professionisti attenti al bene comune include una forte spinta all'allargamento delle conoscenze e che per promuovere la ricerca, in tempi di scarse risorse, occorre il concorso di tutti. Di qui la richiesta di un piccolo gesto solidale: un SMS o una chiamata da telefono fisso. Ora sappiamo che almeno mezzo milione di italiani ha digitato quel numero e che l'impegno dell'ANMCO e la generosità di una moltitudine di cittadini aprono alla possibilità concreta che giovani Ricercatori guidati da grandi Esperti e supportati dalla esperienza del Centro Studi ANMCO inizino a sviluppare innovativi progetti. Lo sforzo è stato grande ma ha avuto il suo ritorno. La Fondazione "per il Tuo cuore" non aveva mai conosciuto una così grande notorietà. Quanto accaduto a Sanremo, nella serata che il Festival ha dedicato all'Unità d'Italia, dà la misura della potenzialità di una intesa etica tra la Fondazione e la Radio Televisione Italiana. Chi presentava lo spettacolo e le star del palcoscenico hanno speso un poco della loro grande popolarità per chiedere il sostegno alla Fondazione ed ai suoi obiettivi, si sono rivolti con insistenza ad un grande pubblico, ed il pubblico ha colto il messaggio.



Gianni Morandi e Roberto Benigni nel corso della terza puntata del Festival di Sanremo 2011

La presenza di Attilio Maseri, Presidente della Fondazione, è stata messa in grande evidenza, nell'intenso applauso che il Teatro Ariston gli ha tributato: era l'omaggio alla sua magisterialità ma anche l'incoraggiamento al lavoro dei Cardiologi impegnati nella clinica e nella ricerca innovativa. A molti resterà in mente la proiezione del logo della Fondazione sugli schermi di una trasmissione per definizione "leggera" ma penetrante, pochi invece avranno potuto vedere lo stesso logo della Fondazione stampato sulla copertina del CD delle canzoni di quel 17 febbraio, andato a ruba nelle edicole di tutta Italia in brevissimo tempo. Ma la RAI ha fatto molto di più: ha trasmesso lo spot da lei realizzato 25 volte nei 3 canali televisivi ed altrettante volte nei canali radiofonici, ha mandato in onda il banner e la locandina nel corso di moltissime trasmissioni, ha presentato la Campagna, i suoi artefici, alcuni Pazienti in occasioni ad alto indice di ascolto. Attilio Maseri è stato ad un tempo il Presidente, testimonial e portavoce per tutti. Ebbene sì, la Campagna "per il Tuo cuore" 2011 è stata un grande successo. La Fondazione è davvero grata a tutte le persone che hanno dato il loro piccolo/grande sostegno,

che hanno profuso le loro energie, che hanno dedicato tempo ed idee. Un ringraziamento a tutti i cittadini che hanno mandato l'SMS e a quanti hanno inviato più generose liberalità. Un ringraziamento a tutti i Cardiologi italiani che si sono impegnati, ai protagonisti di Cardiologie "per il Tuo cuore", i cui Centri sono stati ricordati sull'ultima pagina di *Repubblica* e del *Corriere della Sera*, ai Volontari che hanno dato tempo ed energie. La Fondazione è particolarmente grata alla RAI, ai suoi Direttori, ai suoi Giornalisti e a tutti gli Operatori che hanno compreso il significato e la finalità del nostro lavoro, è grata a Gianni Morandi e a chi con lui ha condotto la serata del Festival di Sanremo. Certamente i ringraziamenti dovrebbero essere assai estesi, impossibile ricordare tutti. Ma ci sono due ringraziamenti che non si possono dimenticare: il primo è per Luciano Onder, perché bene sappiamo che la Campagna in RAI non sarebbe decollata senza la sua guida e la sua efficace ed infaticabile presenza; il secondo è per lo Staff della Segreteria della Fondazione, sempre disponibile e generoso, e per tutte le persone di Via La Marmora che hanno in qualche modo contribuito ad un grande risultato.

Campagna Educazionale Nazionale Ritardo Evitabile: ancora un passo verso il traguardo

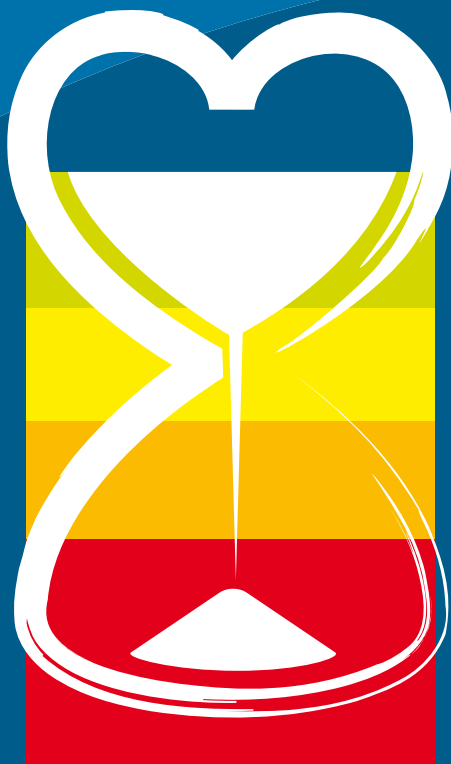


DI LUIGI OLTRONA VISCONTI, ANTONIO DI CHIARA, FRANCESCO CHIARELLA

Esplosa negli ultimi anni in molte Nazioni del mondo occidentale l'attenzione a ridurre i tempi di soccorso al paziente colpito da infarto miocardico acuto consentendogli di arrivare nel più breve tempo possibile alle migliori cure. La recente pubblicazione dei dati dell'*Euro Heart Survey Registry* sul progressivo abbattimento tra il 2006 e il 2008 della latenza che intercorre tra il riconoscimento dell'infarto e la riapertura del vaso coronarico occluso dalla trombosi acuta ha nuovamente evidenziato come la comunità scientifica cardiologica, basandosi sul presupposto dell'importanza di preservare vitale il miocardio ischemico, sia capace di mettere in atto una serie di provvedimenti organizzativi mirati a modificare il ritardo della riperfusione coronarica. La più concreta ed estesa iniziativa con questi

obiettivi finora pianificata in Italia è stata la Campagna Educazionale Nazionale dell'ANMCO "*Ritardo Evitabile. Salvare il miocardio dei pazienti colpiti da Sindrome Coronarica Acuta ottimizzando tempi e modalità di soccorso e intervento medico*". L'iniziativa è stata finalizzata a incrementare nei pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto con ST sopraslivellato (STEMI) il numero di quelli riperfusi e a ridurre i tempi della riperfusione (sia con trombolisi sia con angioplastica primaria). Nella I Fase (2008 - 2009) sono state effettuate 18 riunioni Regionali di presentazione della Campagna. Nella II Fase (2009) sono stati raccolti da parte delle Cardiologie che hanno aderito alla Campagna i dati inerenti le criticità locali sul ritardo preospedaliero. Nella III Fase (2009) sono stati raccolti i tempi preospedalieri e ospedalieri di 10 pazienti consecutivi

ricoverati per STEMI avviati a PCI o a trombolisi. Nella IV Fase (2009) sono state implementate a livello delle singole realtà intra ed extraospedaliere iniziative volte a migliorare le criticità rilevate nella Fase II ed infine nella V Fase (2010) è stata effettuata una nuova raccolta degli stessi tempi in altri 10 pazienti consecutivi. Lo stato di avanzamento dell'iniziativa e i risultati preliminari sono stati presentati nei Congressi Nazionali dell'ANMCO 2009 e 2010 sia nelle Main Session sia in Riunioni *ad hoc* con i Responsabili dei Centri partecipanti. È in corso il completamento dell'analisi dei tempi dei 1.564 pazienti arruolati negli 85 Centri partecipanti. Dai dati preliminari emerge che nei 54 Centri Hub e nei 32 Centri Spoke tra il 2009 e il 2010 è aumentata la quota di pazienti sottoposti a ECG preospedaliero e ad angioplastica primaria e si sono ridotti



i tempi door - to - balloon nei Centri Hub, ove si è osservato un consensuale incremento della percentuale di pazienti che hanno effettuato la rivascolarizzazione nei tempi raccomandati dalle Linee Guida. Il miglioramento delle performance alla seconda rilevazione dei dati è risultato più evidente nei Centri che presentavano tempi intraospedalieri più lunghi alla prima rilevazione. Ancora un passo verso il traguardo! Abbiamo pensato che quanto è stato fatto non sia sufficiente. Di conseguenza la *Campagna Ritardo Evitabile* proseguirà, come è stato recentemente deliberato dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO, per una serie di motivi.

1) Il giudizio sulla bontà dell'iniziativa espressa dai partecipanti durante le Riunioni avvenute a Firenze in occasione del Congresso ANMCO; questa convinzione si è manifestata in qualcuno di essi come un vero entusiasmo che si associava alla sollecitazione a proseguire nell'iniziativa.

2) La convinzione che il lavoro di miglioramento della qualità richieda

del tempo e che fosse insufficiente per descriverlo una sola rilevazione di dati effettuata poco tempo dopo la messa in atto di provvedimenti atti a ridurre i tempi intraospedalieri di riperfusione coronarica.

3) La richiesta di molti Cardiologi partecipanti di proseguire la misurazione delle proprie performance nella convinzione, sempre più diffusa, che la qualità delle cure vada costantemente monitorata.

Abbiamo di conseguenza pianificato una terza rilevazione dei dati: in questi giorni viene spedita ai Responsabili dei Centri che hanno partecipato l'invito a rilevare nuovamente la situazione del proprio Centro riguardo agli aspetti critici del percorso intraospedaliero del paziente con STEMI e ai

provvedimenti messi in atto o ancora da applicare per diminuire le latenze; dopo la compilazione di una sintetica scheda orientata in questo senso i Centri che ribadiranno il loro impegno dovranno raccogliere nel marzo 2011 i tempi intraospedalieri di 10 pazienti consecutivi ricoverati per STEMI. Il nostro obiettivo è presentare i dati al prossimo Congresso ANMCO (Firenze, 11 - 14 maggio 2011). In tale occasione vi sarà una nuova Riunione dei Cardiologi e degli Infermieri che avranno partecipato, che saranno invitati al Congresso a spese dell'ANMCO. Dopo l'estate vi sarà la stesura di uno o più manoscritti che descriveranno l'iniziativa e i risultati che ne sono scaturiti. Infine il progetto non andrà a morire: il Consiglio Direttivo dell'ANMCO sta esaminando la proposta di accreditare i Centri che hanno partecipato alla Campagna Ritardo Evitabile quali Centri che mettono in atto una valutazione continua della qualità certificata dall'ANMCO. Il motto è e sarà: «*misura le tue prestazioni per vederne riconosciuta la qualità.*»

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
maur.abri@alice.it

FABRIZIO OLIVA



Dirigente Medico
 Cardiologia 2
 Ospedale "Niguarda"
 Piazza Ospedale Maggiore,
 3
 20162 Milano
 Tel. 02/64442335

Fax 02/66101716
fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.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
serenarakar@hotmail.com

ROBERTO CERAVOLO



Dirigente Medico
 UTIC - Emodinamica e
 Cardiologia Interventistica
 Ospedale Civile Pugliese
 Viale Pio X, 91 - 88100
 Catanzaro
 Tel. 0961/883447

Fax 0961/883944
roberto.ceravolo@alice.it

FILIPPO OTTANI



Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale "G.B. Morgagni
 L. Pierantoni"
 Via Forlanini, 34
 47100 Forlì
 Tel. 0543/735160

Fax 0543/735115
ottanif@alice.it

ROBERTO VALLE



Dirigente Medico
 U.O. di Cardiologia
 Ospedale Civile
 Strada Madonna Marina, 500
 30019 Chioggia (VE)
 Tel. 041/5534236
 Fax 041/5534265

rvalle@asl14chioggia.veneto.it

L'EURObservational Research Programme (EORP)

DI LUIGI TAVAZZI

La ricerca osservazionale - Registri e Survey - è diventata un obiettivo fondamentale di conoscenza della Medicina moderna. Per molte ragioni, che non è il caso di esaminare qui, che investono diversi aspetti quali credenze e comportamenti dei Medici, assetti dei Sistemi Sanitari (quindi scelte politiche), aspettative e scelte dei pazienti, trasferimenti nella pratica clinica delle scienza medica. Nella Tabella 1 ho riassunto alcuni degli obiettivi possibili della ricerca osservazionale. Se le "Guidelines" rappresentano oggi quanto è ritenuto distillabile e praticabile sia dalla "evidenza" scientifica emersa dalla ricerca clinica che dalla "esperienza" medica non ottenibile mediante la ricerca randomizzata, i Registri rappresentano quello che avviene nella realtà, cioè il risultato della elaborazione individuale di tutto questo, le "Mindlines" (J Gabbay BMJ 2004; 329: 1013) applicate da medici e pazienti. La Società Europea di Cardiologia (SEC), che non conduce trial clinici né ricerca scientifica di base, ha deciso, nel 1999, di condurre ricerca osservazionale. È nato così l'Euro Heart Survey Programme, con raccolte di dati rilevanti a livello continentale,



ma con non marginali limitazioni metodologiche, che hanno indotto il Board della SEC a riconsiderare l'opportunità di continuare il programma applicando gli stessi modelli metodologici. Ne è nato un nuovo programma - l'EURObservational Research Programme (EORP) - completamente modificato per impostazione e struttura operativa, avviato all'inizio del 2009. È fondato su alcuni principi.

- 1) *Rappresentatività della realtà europea*
Implica l'inclusione negli studi di Paesi in numero adeguato (tra i 52 facenti parti della SEC), e distribuzione geografica appropriata per ottenere uno scenario continentale e network nazionali rappresentativi della realtà cardiologica di ogni Paese.
- 2) *Consecutività dell'arruolamento*
Indispensabile per potere aspirare alla rappresentatività della popolazione e dei setting di arruolamento.
- 3) *Conduzione scientifica dello studio*

Da parte della Association o del Working Group della SEC appropriato per argomento, e conduzione organizzativa da parte di uno staff professionale a sede nella Heart House della SEC. Le Società Nazionali di Cardiologia sono invitate a partecipare e a definire il network nazionale di Centri.

4) *Indipendenza dall'Industria.*

Per chiarezza, questo non significa che i fondi necessari non possono essere di provenienza aziendale, ma che le Aziende devono offrire il loro contributo non a singoli studi ma al programma complessivo previsto dall'Oversight Committee (di cui farò cenno in seguito) per un triennio. Ciò consente, tra l'altro, di condurre registri anche su aree cliniche critiche, ma di interesse marginale o nullo per le Aziende medicali.

Sono previsti tre modelli fondamentali (non necessariamente unici) di Registri: *General*, che riguardano le patologie a maggiore impatto epidemiologico, *Sentinel*, che riguardano prevalentemente procedure diagnostiche e terapeutiche, inclusi i device, *Specific* riguardanti patologia rare, orfane, o particolarmente impegnative (per severità clinica, gestionale, costo o per rapida evoluzione conoscitiva).

ELOGIO DELLA RICERCA OSSERVAZIONALE: OBIETTIVI

- 1) osservatorio permanente di universi di pazienti (morbidity, mortalità, processi diagnostico - terapeutici, costi assistenziali)
- 2) profilo epidemiologico dei bisogni di salute soddisfatti/insoddisfatti
- 3) trasferibilità dei risultati della ricerca clinica
- 4) aderenza alle Linee - Guida e impatto della loro applicazione
- 5) dinamica "naturale" dell'uso di strumenti terapeutici (applicazioni off label)
- 6) pazienti esclusi dai Trial e nicchie a rischio
- 7) studi "induttivi" di strategie terapeutiche utili ma poco usate
- 8) epidemiologia dell'incertezza
- 9) opinioni/comportamenti di pazienti e medici
- 10) su questo: programmi di "Continuous Medical Education" (CME)
- 11) per ciascuno monitorare risultati e costi della propria attività

Tabella 1

Per i *Registri General* è previsto un rapporto centri/popolazione di circa uno per due milioni, fino a un massimo di 25 centri per Paese (ma questo criterio è in fase di rielaborazione), con una tipologia dei Centri predefinita (circa la metà rappresentati da Reparti cardiologici di Ospedali senza Cardiocirurgia e Interventistica cardiovascolare, l'altra metà di Ospedali dotati di Laboratori interventistici o di entrambi). Per i *Registri Sentinel* e *Specific* i criteri di identificazione dei centri vengono definiti di volta in volta in rapporto all'argomento e alla natura degli studi.

La struttura organizzativa dei Registri è composta da tre Comitati

L'Oversight Committee è responsabile del programma e del coordinamento complessivo dei Registri, dei rapporti con i Constituent Bodies della SEC e dei rapporti con altre Società internazionali. Risponde direttamente

al Board della SEC. Chairman è il sottoscritto. Membri sono il Presidente, il Presidente Eletto e il Past President della SEC, due esperti in ricerca osservazionale, e i Chairmen delle 5 Association della SEC. L'organigramma di ogni Registro è costituito da due Comitati. L'Executive Committee è responsabile della conduzione scientifica del Registro (dal protocollo alla pubblicazione). Risponde all'Oversight Committee. È composto da un Chairman e 3 - 6 esperti, scelti dal Board/Nucleus dell'Association/WG responsabile del Registro in accordo con l'Oversight Committee, un membro del quale è incluso nel Comitato. Lo Steering Committee è costituito dai delegati nazionali, uno per ogni Paese partecipante al Registro, ed è responsabile della qualità e della efficienza operativa dei network nazionali. Partecipa alla preparazione di protocollo e CRF, e alle pubblicazioni. Di fatto questa

struttura rappresenta la più consistente connessione operativa esistente ad oggi sia tra SEC e i propri Constituent Bodies (Association, WG e Società Nazionali) nell'ambito dell'Oversight e degli Executive Committee che tra i singoli Constituent Bodies, responsabili degli studi, e i corrispondenti organismi nazionali (WG e Società di settore). L'EORP Department della SEC, è la struttura che governa la conduzione organizzativa dei Registri, curando ogni aspetto operativo, il controllo di qualità dei dati, i rapporti con i delegati nazionali e con i centri, e l'analisi dei dati. È coordinata da Aldo Maggioni.

La proprietà dei database è della SEC, con accesso aperto per ogni Paese ai dati prodotti dai network nazionali.

Ad oggi, sono operativi quattro Registri

- L'*Heart Failure Registry* è un Registro *General*, condotto dalla Heart Failure Association. È stato ultimato uno stu-

2009	2010	2011	2012
Heart Failure Pilot	Heart Failure Long-term	Heart Failure Long-term	Heart Failure Long-term
Pregnancy in Cardiac Diseases	Pregnancy in Cardiac Diseases	Pregnancy in Cardiac Diseases Long-term	Pregnancy in Cardiac Diseases Long-term
	Atrial Fib. Ablation Pilot	Atrial Fib. Ablation Medium-term	Atrial Fib. Ablation Medium-term
	Percutaneous Valve Pilot	Percutaneous Valve Pilot	Percutaneous Valve Long-term
		Angina/IHD Pilot	Angina/IHD Long-term
		Cardiomyopathies Long-term	Cardiomyopathies Long-term
			Atrial Fibrillation Pilot
			EUROASPIRE IV (if fully supported)

Figura 1

dio pilota, al quale hanno partecipato 12 Paesi europei, arruolando 5.118 pazienti con scompenso cardiaco acuto o cronico. I risultati in - hospital sono stati riportati al Congresso SEC di Stoccolma del 2010 e simultaneamente pubblicati sull'*European Journal of Heart Failure* (Eur J Heart Fail 2010;12: 1076-1084). È in corso il follow - up di un anno. In base a questa esperienza pilota, protocollo e CRF sono stati rivisti ed è in avvio la fase "long - term" del Registro, al quale sono stati invitati a partecipare tutti i 52 Paesi membri della SEC. Un Registro parallelo, usando il medesimo dataset, è attivo ad opera dell'Asian Pacific Cardiac Society.

- L'*Atrial Fibrillation Ablation Registry* è un Registro *Sentinel*, condotto dalla European Heart Rhythm Association. È in corso la fase pilota, alla quale partecipano 12 Paesi. L'arruolamento si concluderà nei prossimi mesi e i risultati a breve termine verranno ri-

portati al prossimo Congresso SEC di Parigi. È previsto un follow - up di un anno. Poi inizierà la fase "long - term" alla quale verranno invitati a partecipare tutti i Paesi SEC. È condotto in collaborazione con l'American College of Cardiology e la FDA.

- Il *Pregnancy in Cardiovascular Disease Registry* è un Registro *Specific*, condotto dal WG on Heart Valve Disease e dal WG on Congenital Heart Disease della SEC insieme alla Association for European Paediatric Cardiology. Sono state arruolate, a oggi, circa 1.300 pazienti e il network è in rapida estensione. Partecipano a questo studio centri di numerosi paesi extraeuropei. Si tratta di una tipica area orfana, per la quale non esiste alcun interesse imprenditoriale, che può essere considerata solo in un contesto indipendente quale l'EORP.

- Il *Percutaneous Cardiac Valve Treatment Registry* è un Registro *Sentinel*, condotto dalla European Associa-

tion of Percutaneous Cardiovascular Interventions. Terminata la preparazione di protocollo e CRF, è in fase di finalizzazione il network, al quale parteciperanno 10 Paesi. Si tratta di un'area di grande interesse clinico e tecnologico, in fase di rapida evoluzione, che richiede un monitoraggio attento e costante che nessun organo europeo, regolatorio o no, attualmente è in grado di effettuare. La SEC si propone come naturale soggetto vicariante questo grave vuoto, che in realtà riguarda non solo la Cardiologia ma l'introduzione di device terapeutici in Medicina in Europa. Il Board della SEC ritiene che l'EORP possa contribuire sostanzialmente al perseguimento della missione della Società "to reduce the burden of cardiovascular disease in Europe". La Figura 1 riporta il piano provvisorio attuale di Registri fino al 2012.

La Ricerca della Fondazione “per il Tuo cuore”: Supporter alla Ricerca e Monitor clinico

La Ricerca clinica in ambito cardiovascolare interpretata da due figure, diverse ma simili, con l’obiettivo di puntare ad un elevato livello di completezza e congruenza, per favorire anche la crescita dei Ricercatori

DI MARCO GORINI, LAURA CIPRESSA, ESTER BALDINI



Supporter alla Ricerca e Monitor clinico: due figure, nell’ambito della Ricerca della Fondazione “per il Tuo cuore”, diverse per scopi e campo di applicazione, che a volte possono essere interpretate dallo stesso attore. C’è contraddizione in questo? Rischiamo di fare confusione? Se guardiamo qual è il profilo previsto per questi due ruoli, possiamo osservare come le competenze ed il

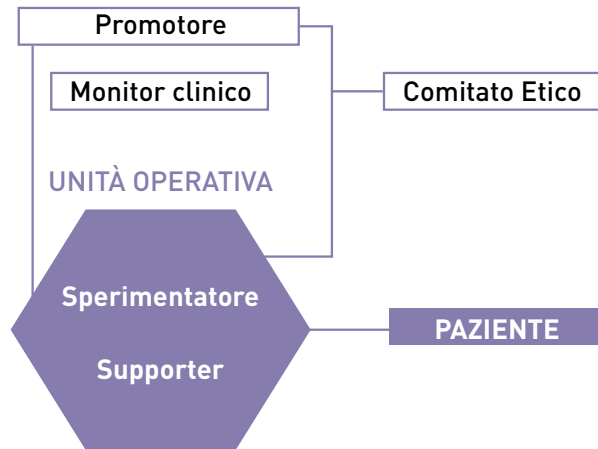
grado di istruzione e formazione non differiscono in alcunché: le differenze stanno solo nel diverso utilizzo di queste competenze.

Le differenze in teoria

Il Supporter alla Ricerca utilizza il suo saper fare per coadiuvare la componente medica in tutti gli aspetti logistici e organizzativi quotidiani della Ricerca, provando anche a trasmettere, per quanto possibile, le proprie conoscenze e competenze in

materia al personale ospedaliero con cui collabora, per favorire una crescita costante dello staff della Unità Operativa coinvolta nella sperimentazione. Il Monitor clinico utilizza il suo sapere cosa deve essere fatto, per verificare l’aderenza al protocollo di ricerca, nello svolgimento della Ricerca stessa, che sia svolta solo da personale ospedaliero o che questo sia coadiuvato da un Supporter.

L’interazione tra Supporter e



La formazione di due figure professionali quali il Supporter alla Ricerca e il Monitor clinico nasce da un ragionamento e una programmazione volti al miglioramento delle condizioni operative e scientifiche della Ricerca Cardiovascolare in Italia



Monitor

Verifica presso i centri e per conto del Promotore delle seguenti attività: conduzione dello studio, gestione dei documenti e dei materiali, qualità dei dati. Presenza al centro saltuaria, e comunque stabilita nelle SOP del Promotore.

Monitor

Formati e preparati nell'identico modo dalla Fondazione "per il Tuo cuore", il Supporter e il Monitor sono attori che interpretano ruoli diversi di un medesimo film: un Supporter non sarà mai anche Monitor nella stessa Unità Operativa e per lo stesso Progetto di Ricerca. Questa duplicità arricchisce una figura delle conoscenze dell'altra, pur mantenendo una netta distinzione dei ruoli: il Supporter sa cosa si aspetta un Monitor nella

verifica dell'aderenza al protocollo, il Monitor sa che nei centri in cui opera un Supporter è possibile puntare ad un elevato livello di completezza e congruenza, tale da favorire anche la crescita del personale ospedaliero, nell'espletamento di tutte le procedure previste nel corso del monitoraggio clinico.

Il fine ultimo: la qualità della Ricerca

Non è certamente un caso che la Fondazione abbia pensato ad una forma-

Supporter

Collabora con lo staff del centro per l'espletamento delle seguenti attività: conduzione dello studio, gestione dei documenti e dei materiali, qualità dei dati. Presenza al centro periodica, frequenza determinata dal numero di studi di cui si occupa e dalle risorse a disposizione.



zione comune per questi interpreti, ma il frutto di un ragionamento e di una programmazione volti al miglioramento delle condizioni, sia operative che scientifiche, della Ricerca cardiovascolare in Italia. Due lati della stessa medaglia, da assegnare all'unico vincitore possibile: la comunità cardiologica italiana.



AREA ARITMIE

Chairman Maurizio Eugenio
Landolina (Pavia)
Co - Chairman Massimo Grimaldi
(Acquaviva delle Fonti - BA)
Comitato di Coordinamento

Giuseppina Belotti (Treviglio - BG)
Francesco Lisi (Catania)
Carlo Pignalberi (Roma)
Roberto Rordorf (Pavia)
www.anmco.it/aree/elenco/aritmie



AREA CARDIOIMAGING

Chairman Gian Piero Perna
(Ancona)
Co - Chairman Alberto Roghi
(Milano)
Comitato di Coordinamento

Erberto Carluccio (Perugia)
Stefania Renne (Catanzaro)
Carlo Tedeschi (Napoli)
Paolo Trambaiolo (Roma)
www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



AREA CHIRURGICA



Chairman Pierluigi Stefano
(Firenze)
Co - Chairman Giuseppe Di
Benedetto (Salerno)
Comitato di Coordinamento
Mauro Cassese (Catanzaro)
Francesco Maisano (Milano)

Francesco Musumeci (Roma)
Michele Portoghese (Sassari)
www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA - URGENZA



Chairperson Maddalena Lettino
(Pavia)
Co - Chairperson Leonardo De Luca
(Roma)
Comitato di Coordinamento
Alessandro Capecchi
(Bentivoglio - BO)

Emilio Di Lorenzo (Avellino)
Niccolò Brenno Grieco (Milano)
Ignazio Maria Smecca (Palermo)
www.anmco.it/aree/elenco/emergenza

AREA INFORMATICA



A. Mantero

Chairman Antonio Mantero (Milano)
Co - Chairman Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)
Comitato di Coordinamento
Antonio Falcone (Pescara)
Carmelo Grasso (Siracusa)

Arturo Raisaro (Pavia)
Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)
www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE



L. Roncon

Chairman Loris Roncon (Rovigo)
Co - Chairman Michele Azzarito (Roma)
Comitato di Coordinamento
Elena Maria Fernanda Adornato (Reggio Calabria)
Nicola D'Amato (Bari - Carbonara)

Iolanda Enea (Caserta)
Martina Perazzolo Marra (Padova)
www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ



D. Pavan

Chairperson Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)
Co - Chairperson Quinto Tozzi (Roma)
Comitato di Coordinamento
Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Vincenzo Cirrincione (Palermo)
Cristina Nesta (Catanzaro)

Antonella Mannarini (Monopoli - BA)
www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING



G. Trocino

Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MB)
Co - Chairman Medico Gaetano Satullo (Messina)
Chairperson Infermiera Cristiana Caredda (Cagliari)
Co - Chairperson Infermiera Sabrina Barro (San Donà di Piave - VE)



C. Caredda

Comitato di Coordinamento
Laura Piccioni (Teramo)
Roberta Rosso (Novara)
Sonia Tosoni (Brescia)
Donatella Radini (Trieste)
www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



P. Faggiano

Chairman Pompilio Faggiano (Brescia)
Co - Chairman Francesco Fattirolli (Firenze)
Comitato di Coordinamento
Michele Gabriele (Castelvetrano - TP)
Gian Francesco Mureddu (Roma)
Fausto Rigo (Mestre - VE)

Luigi Tarantini (Belluno)
www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO



G. Misuraca

Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)
Co - Chairman Giuseppe Di Tano (Cremona)
Comitato di Coordinamento
Manlio Cipriani (Milano)
Stefania De Feo (Peschiera del Garda - VR)

Mauro Feola (Fossano - CN)
Angela Beatrice Scardovi (Roma)
www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

La Cardiopatia Ischemica Stabile e l'Imaging Cardiaco negli anni 2000

Anatomia Coronarica o dimostrazione di Ischemia

DI GIAN PIERO PERNA

I principale obiettivo clinico del Cardiologo moderno rimane la definizione diagnostica dei pazienti affetti da Cardiopatia Ischemica e in particolare dei pazienti a rischio più elevato di morte ed eventi non fatali che richiedono un trattamento aggressivo. Per quanto la definizione della anatomia coronarica costituisca in questo processo un punto cruciale, gli aspetti “funzionali”, e in particolare la dimostrazione di Ischemia e la sua caratterizzazione, rimangono elementi irrinunciabili, semplicemente perché coronaropatia (CAD) non è l'equivalente di Cardiopatia Ischemica (IHD). Questa affermazione, che è solo apparentemente scontata, è sostenuta da diverse riflessioni.

1. Una malattia coronarica, anche importante, non necessariamente è associata a manifestazioni cliniche di Ischemia. Studi autoptici molto eleganti hanno infatti dimostrato che pazienti deceduti per cause non cardiache o per cause accidentali presentano al riscontro autoptico coronaropatia anche severa e talora anche placche attive senza aver mai manifestato segni clinici correlati.
2. In diversi studi clinici, il rilievo di CAD con Coronarografia convenzio-



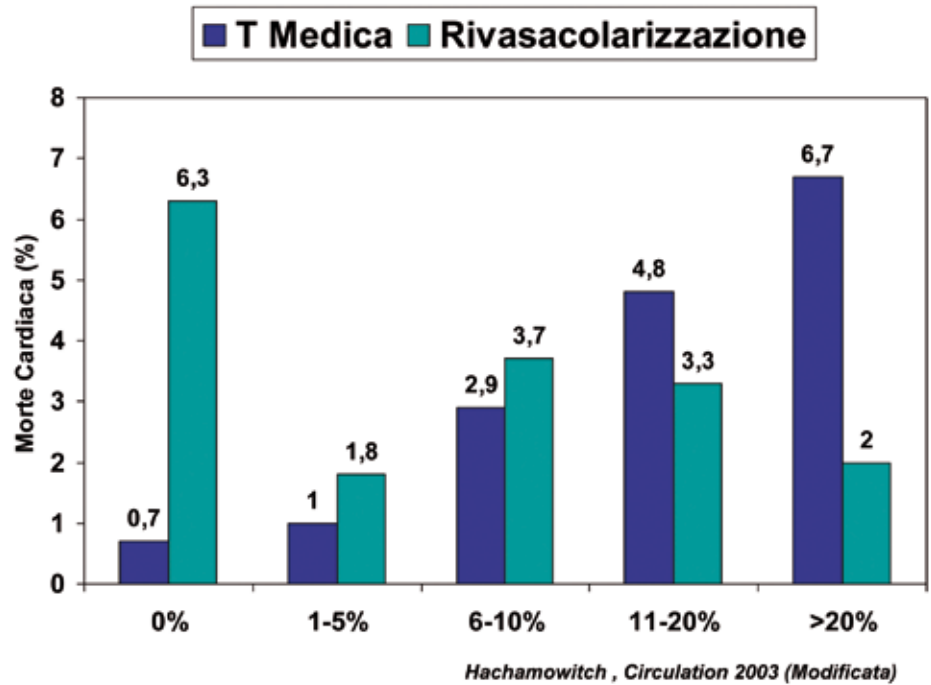
nale (CGR) o eseguita con TAC Multislices (C - TC) non si associa a dimostrazione di Ischemia con tecniche di Imaging cardiaco “funzionali”.

3. La coesistenza di Ischemia e CAD identifica la Cardiopatia Ischemica in cui una coronaropatia significativa sia dal punto di vista anatomico e funzionale riduce la riserva coronarica distrettuale, valutabile con marker perfusionali, cinetici o elettrici di Ischemia. Di conseguenza la valutazione ideale del paziente con Cardiopatia Ischemica ai fini delle scelte diagnostico - terapeutiche prevede non solo la definizione della anatomia coronarica, ma anche la valutazione delle sue conseguenze funzionali. La valutazione della riserva di flusso in corso di adenosina somministrata per via intracoronarica è una opzione molto intrigante ma invasiva; la valutazione della perfusione e/o della funzione contrattile distrettuale è una opzione

altrettanto efficace, non invasiva, calata nelle “esperienze quotidiane” del soggetto esaminato.

4. L'assenza di Ischemia inducibile, indipendentemente dalla metodica utilizzata, ha un consistente impatto prognostico, individuando popolazioni a basso rischio di eventi, mentre la presenza di Ischemia inducibile seleziona popolazioni a rischio più elevato, ed è interessante osservare come la presenza di Ischemia inducibile presenti valore incrementale anche rispetto ai rilievi angiografici, quando acquisita dopo questi ultimi.
5. Un “management” dei pazienti guidato dalla coronaropatia può essere inefficace, mentre il trattamento “guidato dalla Ischemia” migliora la prognosi. Hacamovith già nel 2003 segnalava che una Rivascolarizzazione attuata in assenza di Ischemia incrementa il rischio di morte, e che il beneficio della Rivascolarizzazione compare solo quando l'Ischemia è severa (Figura 1). Più recentemente il Trial COURAGE ha dimostrato che il beneficio della Rivascolarizzazione è nullo se non si è dimostrata Ischemia, ma è significativo nei pazienti in cui è stata dimostrata Ischemia prima della procedura di Rivascolarizzazione e in

*Figura 1
In assenza di Ischemia la Rivascolarizzazione aumenta la mortalità. Il beneficio della Rivascolarizzazione si associa alla presenza di Ischemia. La mortalità si riduce significativamente in presenza di Ischemia severa.*



cui dopo la Rivascolarizzazione si è ridotta la entità della Ischemia.

6. La dimostrazione di Ischemia è più importante della dimostrazione di CAD perché si può avere Ischemia senza CAD: nell'angina microvascolare, nella ipertensione arteriosa con IVS e significativo aumento della massa miocardica per una forma "diversa" di patologia del microcircolo e per meccanismi "emodinamici", nelle condizioni in cui la funzione endoteliale è alterata, come nella ipercolesterolemia severa.

Conclusioni

La dimostrazione di Ischemia è un elemento irrinunciabile del processo diagnostico - valutativo del paziente con Cardiopatia Ischemica. Il management "Ischemia - guidato" è più efficace ed "evidence - based" rispetto ad una strategia esclusivamente "CAD - guidata", in particolare per quanto riguarda la stratificazione prognostica e le conseguenti scelte terapeutiche, che dipendono strettamente dalla presenza di Ischemia e dalla quantità di Ischemia. Alcuni messaggi

"forti" non devono essere dimenticati dal Cardiologo Clinico.

- La dimostrazione di Ischemia è un elemento diagnostico fondamentale nel processo diagnostico, ma soprattutto nel processo prognostico, con un "peso specifico" superiore rispetto alla dimostrazione di coronaropatia, fatti salvi altri parametri quali la funzione contrattile e l'angina che hanno peso specifico indipendente.

- L'Ischemia va non solo ricercata ma anche caratterizzata, in termini di severità, estensione, modalità di induzione.

- I pazienti senza Ischemia inducibile hanno prognosi buona, e vanno mantenuti in terapia medica.

- I pazienti con Ischemia inducibile severa sono quelli che maggiormente si giovano della Rivascolarizzazione.

- La presenza di Ischemia in assenza di CAD non va sempre banalizzata come "falso positivo", ma, in presenza di indagini ben eseguite, vanno considerate diagnosi "alternative".

- Sensibilità e specificità variano da test a test, e la scelta del test in

accordo con le caratteristiche del singolo paziente e del quesito clinico è essenziale nel pianificare lo studio del paziente con Cardiopatia Ischemica sospetta o con CAD accertata.

- Nella scelta del test altri punti sono essenziali: a) il test deve avere affidabilità diagnostica; b) deve costituire uno "snodo decisionale"; c) deve avere valore diagnostico incrementale rispetto alla valutazione clinica e di I livello; d) deve essere costo - efficace; e) lo stress - imaging ha contributi aggiuntivi in popolazioni determinate; f) l'interpretazione del test deve essere finalizzata non solo alla diagnosi ma anche alla stratificazione prognostica.

La "neonata" Area CardioImaging, negli intenti di tutti i suoi componenti, si muoverà al meglio in queste direzioni: appropriatezza dell'Imaging Cardiaco, qualità della documentazione, fruibilità clinica dei dati forniti, formazione del Cardiologo moderno per le conoscenze essenziali alla corretta indicazione, esecuzione e interpretazione dei dati, integrazione delle metodiche.

Cardiologia e Cardiochirurgia... due facce di una stessa medaglia

DI PIERLUIGI STEFÀNO

Con i suoi 431 iscritti l'Area Chirurgica dell'ANMCO vanta una tradizione associativa che, se pur forte dei continui apporti culturali e dei comuni interessi con la Cardiologia, non è mai riuscita a realizzare una completa integrazione culturale tra la figura del Cardiochirurgo e quella del Cardiologo. Le motivazioni di questa mancata condivisione in ambito non solo ospedaliero sono le più varie e



certamente legate alla continua e rapida evoluzione delle due discipline e dei rispettivi ruoli. Tuttavia, numerosi appaiono gli ambiti comuni di interes-

se clinico e di ricerca tra Cardiologia e Cardiochirurgia: dalle problematiche organizzative a quelle gestionali, alla scelta dei malati candidati alla rivascolarizzazione miocardica, alla scelta della terapia delle valvulopatie, alla chirurgia delle aritmie e dello scompenso cardiaco, solo per citarne alcuni. Per non parlare poi dei settori dell'emergenza urgenza, dell'informatica, del nursing, del management e qualità, della riabilitazione e della

prevenzione. Su questa strada occorre sforzarsi nel privilegiare l'ambito clinico, quello scientifico e della ricerca nei quali l'integrazione tra Cardiologo e Cardiocirurgo possono contribuire ad arricchire le rispettive conoscenze e competenze. L'attività programmatica dell'Area per i prossimi due anni terrà senz'altro conto, nell'ottica della continuità programmatica, dell'esigenza di portare a compimento gli Studi Clinici e le iniziative intraprese nel biennio precedente.

Obiettivi prioritari

Indichiamo di seguito i due principali obiettivi che l'Area Chirurgica ANMCO si è prefissata di conseguire nell'arco del prossimo biennio.

- Diventare un interlocutore privilegiato per l'Associazione nello sviluppo di idee e progetti in ambito clinico, organizzativo e di ricerca relativamente alle problematiche cardiocirurgiche del cardiopatico.
- Rappresentare un ponte culturale tra la Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH) e l'ANMCO e fare in modo che le due Società Scientifiche possano dialogare sempre di più, organizzando progetti formativi e di ricerca comuni, diffondendo la propositività e la competenza cardiocirurgica all'interno delle Aree ANMCO grazie all'introduzione all'interno di esse di Referenti Cardiocirurghi, proponendo tematiche ed eventi culturali di comune interesse.

Ricerca

Nel campo della ricerca l'Area vorrebbe realizzare un "Registro Nazionale ANMCO sulle attuali indicazioni

chirurgiche nella valvulopatia mitralica ed aortica". Il protocollo dello studio è in via di definizione con un avvio previsto nel terzo quadrimestre del 2011.

Spunti per iniziative formative e congressuali

- Evento nazionale sulla applicazione delle nuove tecnologie in campo cardiologico e cardiocirurgico.
- Corsi di Formazione avanzata di Ecocardiografia perioperatoria e di tecniche chirurgiche di trattamento della mitrale funzionale.
- Organizzazione di Corsi di Formazione avanzata di Ecocardiografia perioperatoria e di tecniche chirurgiche per il trattamento riparativo della valvulopatia aortica.
- Corsi teorico - pratici di Chirurgia Mininvasiva e trattamento transcatteter delle cardiopatie strutturali.

Congresso Nazionale ANMCO

Anche in occasione del Congresso Nazionale l'Area dovrebbe rappresentare l'interlocutore privilegiato dell'ANMCO nei confronti della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH), in modo da creare una interfaccia culturale che permetta lo scambio più efficace e concreto possibile di esperienze mediante la condivisione di progettualità scientifiche.

Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus

Verrà dato il più ampio supporto a tutte le iniziative nazionali proposte dalla nostra Fondazione. Nel campo della ricerca bisogna sforzarsi di promuovere attraverso i giovani e il Sito WEB i

più interessanti Casi Clinici "inusuali" definibili come Outlier. Verrà promossa la prosecuzione ed il completamento del Studio GRISBI, il progetto di ricerca sulla bicuspidia aortica già avviato nel biennio precedente.

Giovani

Un altro obiettivo dell'Area in questo biennio sarà quello di contribuire a stimolare la sensibilità associativa nei confronti della realtà giovanile, ponendosi come osservatore privilegiato e promotore del cambiamento nel percorso di formazione dei giovani Cardiocirurghi che nell'immediato futuro dovranno essere sempre più vicini e sensibili alla realtà interventistica per un trattamento moderno, innovativo e minimamente invasivo della patologia coronarica e valvolare. Sarà necessario coinvolgere sempre più giovani nell'attività associativa attraverso il Sito Web ANMCO con la divulgazione di Casi Clinici "inusuali" e relative discussioni nel Forum.

Referenti Regionali

Creare una rete culturale che raccolga la propositività e le iniziative regionali in campo educativo, assistenziale, formativo e di ricerca con due Referenti uno dei quali under 40.

Nursing

Si propone la nomina di un Referente Chirurgico all'interno dell'Area Nursing, per aumentare l'integrazione delle conoscenze di nursing cardiologico - cardiocirurgico, essendo sempre più vicine ed integrate le competenze gestionali dei pazienti trattati.

L'Area Emergenza - Urgenza all'inizio di un nuovo biennio

Il desiderio di continuare e la volontà di guardare al futuro

DI MADDALENA LETTINO E LEONARDO DE LUCA



Con il 2011 l'Area Emergenza - Urgenza rinnova il proprio gruppo di lavoro per il successivo biennio. È naturale guardarsi indietro e nello stesso tempo interrogarsi sul futuro per disegnare insieme la nuova linea programmatica e promuovere le iniziative che ne conseguono. Ci troviamo in questo momento di fronte ad un rilevante numero di UTIC sparse su tutto il territorio nazionale, ancora disomogenee per tipologia di ricoveri e per mezzi disponibili, ma comunque finalizzate al trattamento dei pazienti con cardiopatia ischemica acuta, scompenso cardiocircolatorio acuto o refrattario alla sola terapia medica, aritmie minacciose per la vita. Nel Documento *Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia*, che è stato preparato dalla FIC nel 2009, si era già sottolineata l'importanza di trasformare concretamente le Unità Coronariche in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, sottolineandone il ruolo chiave sia per il tratta-

mento dei pazienti cardiologici acuti o complessi, sia perchè snodo critico al centro della rete per l'Emergenza cardiologica intra e inter - ospedaliera. è peraltro realtà di molte regioni lo sviluppo di un modello organizzativo dell'intero Ospedale per Intensità di Cure, con una apparente perdita di importanza delle specificità specialistiche a favore della tipologia di ricovero e del livello di gravità del paziente. Un buon obiettivo di lavoro per l'Area Emergenza - Urgenza del prossimo biennio potrebbe essere una riflessione approfondita sul nuovo concetto di UTIC, sostenuta dall'analisi della letteratura e dei benefici che la struttura storica ha comportato nella riduzione di morbilità e mortalità del paziente con cardiopatia acuta, con l'obiettivo di adattarne i requisiti alle nuove patologie complesse e alle dotazioni tecnologiche di cui si può disporre oggi. In parole più semplici una rivisitazione delle UTIC che le collochi nella giusta posizione anche nell'ambito del proposto modello or-

ganizzativo per intensità di cure, senza perdere con questo alcune specificità che richiedono cultura e competenza cardiologica già acquisita dalla ricerca clinica e non paragonabile alla specificità squisitamente rianimatoria. Sicuramente sono attualmente presenti su tutto il territorio nazionale UTIC di vario livello, riconducibili grossolanamente ai due modelli classici dell'Hub e Spoke, già citati dal Documento FIC. È stato fisiologico rivolgere l'attenzione in prima istanza alla qualificazione delle UTIC Hub, affinché il Cardiologo "intensivista" fosse in grado di gestire patologie complesse con interventi diagnostico - terapeutici avanzati, che non sempre fanno parte del percorso formativo specialistico e assai spesso si intersecano con le competenze dell'Emodinamista o di altre figure professionali (Rianimatori, Nefrologi, ecc.). È stata sicuramente una priorità dell'Area Emergenza - Urgenza degli ultimi anni la volontà di sostenere un processo di qualificazione del Cardiologo Intensivista, che risulti adeguato

al trattamento di pazienti sempre più complessi, caratterizzati spesso da numerose comorbidità o da un livello avanzato di patologia cardiovascolare, meritevoli pertanto di tutti i presidi tecnologici che si sono sviluppati nel tempo per migliorare la qualità delle cure. Lo spirito dei Corsi di Clinical Competence è stato anche quello di esplorare tutte le terapie possibili in UTIC e l'impiego di tutti i tipi di deviche, a prescindere dalla reale dotazione presente nei reparti di provenienza di coloro che hanno partecipato ai meeting con il ruolo di discenti. È giunto altresì il momento di ridefinire i requisiti minimi, ma esclusivi e necessari, perchè una UTIC possa definirsi Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e, a partire da questi, il bagaglio di conoscenze indispensabile allo svolgimento della propria attività professionale in essa. È probabilmente opportuno, in altri termini, prestare più attenzione alle UTIC Spoke che a quelle Hub, e valutare le condizioni per una più che dignitosa sopravvivenza soprattutto di queste ultime con una identità ben caratterizzata e condivisa. L'avvento di nuovi farmaci, soprattutto nel mondo della cardiopatia ischemica, e le associazioni con i trattamenti storici richiedono perizia e cultura cardiologica tanto quanto l'impiego di nuove tecnologie. Molte di tali tecnologie non richiedono necessariamente un Laboratorio di Emodinamica e possono essere implementate anche nei Centri "Spoke" con un ottimo profilo di sicurezza, se affidate a mani esperte. A questo lavoro di rivalutazione del ruolo funzionale delle UTIC continuerà ad associarsi la volontà di proseguire

nell'impegno di formazione del Cardiologo Intensivista e, dopo la recente esperienza sarda, anche dell'Infermiere assegnato alla terapia intensiva cardiologica. L'auspicio già formulato dal Dott. Giuseppe Fradella, Chairman del precedente biennio, che ha contribuito in modo determinante e infaticabile alla creazione e al mantenimento dei Corsi di Clinical Competence, è quello di poter generare in un tempo ragionevole una sorta di Centro di addestramento in seno all'ANMCO, una Scuola di qualificazione superspecialistica dotata di presidi che possano rendere possibile una ampia simulazione di contesti clinici e di procedure diagnostiche e terapeutiche. Muovendo dai requisiti richiesti al Cardiologo che opera in terapia intensiva dalla Società Europea di Cardiologia e, in particolare, dal Working Group di Acute Cardiac Care, che già da qualche anno ha realizzato il processo di certificazione della figura professionale, si potrebbe finalizzare la formazione italiana ad un livello europeo favorevole agli scambi culturali e lavorativi, sicuramente interessanti per una comunità cardiologica (e mi riferisco soprattutto ai giovani Cardiologi) così ampia e presente nei consessi scientifici internazionali. Non dimentico tante altre iniziative, di natura prevalentemente formativa, cominciate nel biennio precedente che andranno proseguite o realizzate per la prima volta: la revisione della terapia ottimale nei pazienti con scompenso cardiaco acuto, soprattutto se di origine ischemica; l'impiego

dell'Ecocardiografia in emergenza; il difficile bilancio rischio - beneficio con l'impiego di tutti i farmaci anti-trombotici. Alcune di queste iniziative è auspicabile che diano origine a ricerche prospettiche osservazionali, soprattutto in quei settori rimasti orfani o nei quali l'esperienza non è stata ancora sufficientemente estesa, allo scopo di migliorare le terapie applicando il rigore scientifico al mondo reale. La volontà di fare tante cose dovrà inevitabilmente misurarsi con la disponibilità di tempo di tutti coloro che faranno parte del nuovo Comitato di Coordinamento, ma non potrà prescindere dalla partecipazione attiva degli Iscritti all'Area, che sono fin da ora chiamati a collaborare con le loro idee, le critiche costruttive e il piacere di un lavoro fianco a fianco in seno all'Associazione.



La Clinica non può più fare a meno dell'Informatica:

un grande progetto per migliorare la qualità della risposta clinica nel nostro Paese

Le inaspettate analogie tra lo strumento "Televisione" e lo strumento "Cartella Clinica Integrata"

DI ANTONIO MANTERO



Una stridente contraddizione

Gli ultimi due anni di vita dell'Area Informatica sono stati molto importanti per mettere a fuoco una contraddizione che, negli ultimi anni, era diventata fin troppo evidente. Al di fuori dell'ANMCO l'importanza dell'applicazione delle scienze informatiche alla clinica è diventata sempre più evidente mentre all'interno dell'ANMCO l'attività dell'Area è oramai posizionata in un ruolo marginale. In altre parole mentre in ogni angolo del globo decine di Ingegneri ogni giorno studiano nuove soluzioni da applicare nell'attività diagnostica e clinica, l'interesse per l'attività dell'Area Informatica è molto calato. Dobbiamo essere molto franchi con noi stessi e riconoscere che la responsabilità di

questo deludente punto di arrivo è dei componenti dell'Area stessa della quale chi scrive ha fatto parte contribuendo al progetto del verticale Ecodiagnostica del CardioWEB ANMCO (nato come G8 Cardio ANMCO) ed essendo parte attiva dell'Area stessa come componente e, negli ultimi due anni, come Co - Chairman. Mi assumo quindi tutta la mia parte di responsabilità degli errori del passato che è bene cercare di mettere a fuoco per ripartire con nuova energia.

I nostri errori

Quindi dove abbiamo sbagliato? Innanzitutto non siamo riusciti a comunicare il passaggio storico da gruppo di appassionati di informatica sostanzialmente fine a se stessa (da applicare alla clinica quasi come un inconfessato scopo accessorio) ad un

gruppo di clinici che hanno compreso che lo sviluppo della qualità della Cardiologia Clinica non può più fare a meno dell'Informatica. Inoltre non siamo riusciti a "chiudere" definitivamente il progetto CardioWEB ANMCO analizzando con serenità le ragioni della sua infelice conclusione e quello che di buono ci ha lasciato. L'errore, apparentemente marginale, fu quello di voler imporre un prodotto "finito" ai Cardiologi italiani invece di un documento con gli standard minimi di qualità dell'hardware e del software. Quello che appare difficilmente spiegabile è stato il contraccolpo nell'interesse dell'ANMCO verso lo strumento informatico applicato alla clinica: da un progetto molto ambizioso all'abbandono totale del campo. Infine non siamo riusciti a convincere



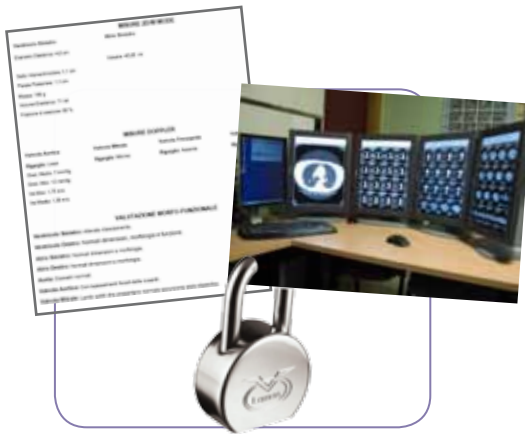
Uso intuitivo



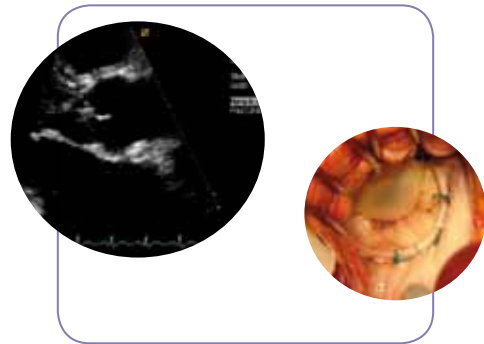
Senza Manuali d'istruzione



Minimal Data Set



Reperto + Referto



Specie se in movimento



Figura 1 - "Vera" compatibilità ed esportabilità dati

i Consigli Direttivi che è compito di una grande Società Scientifica fornire alle Aziende produttrici le regole per stimolare la produzione di una vera "Cartella Clinica Informatizzata". Questo strumento potrebbe innalzare rapidamente la qualità media dell'as-

sistenza ai cardiopatici svolgendo una funzione di crescita culturale paragonabile alla funzione svolta dallo strumento "Televisione" che, nell'Italia postbellica divisa in cento e più dialetti, determinò la diffusione di una accettabile lingua italiana.

Le conseguenze degli errori
Dove hanno portato le nostre inadeguatezze? Al mancato investimento delle Aziende nella ricerca tecnologica della informazione rivolta alla salute con il risultato, tangibile anche solo

osservando il videogioco di nostro figlio, di una incredibile disuguaglianza tra gli strabilianti progressi dell'informatica nei settori più redditizi e l'arretratezza con la quale ci confrontiamo ogni giorno. Fermiamoci un attimo e guardiamoci intorno: viviamo nel tempo dell'iPhone e dell'iPad, dei videogiochi nei quali è difficile distinguere la realtà dalla fantasia, del wireless nei treni ad alta velocità ma anche nel tempo di "Cartelle Cliniche Informatizzate" che, per essere utilizzate, hanno bisogno di corsi *ad hoc*, di ore lavorative spese per "adattarle al cliente", di scoraggianti manuali allegati per insegnarci a svolgere le funzioni elementari. Questo è il risultato del nostro ritirarci sull'Aventino ed aver lasciato libero un mercato che, in mancanza delle regole che generano la libera concorrenza, è caratterizzato da inconfessabili bassezze clientelari e dalla necessità, per le Aziende, di dirottare gli investimenti dal settore della ricerca al settore vendita e marketing. L'ANMCO tace e con questo nostro colpevole silenzio, nell'affanno dei ritmi frenetici del nostro lavoro, abbiamo accettato ed abbiamo fatto involontariamente accettare ai nostri malati qualunque cosa. Un esempio per tutti: il mantenimento, dietro il fragile paravento di un DICOM inesistente, del concetto di "dato proprietario" con la conseguente mancanza di una reale portabilità dei dati. La conseguenza, per un cardiopatico, è che i suoi dati sanitari, memorizzati su un qualunque supporto, possono essere letti altrove solo se è disponibile

lo stesso hardware e software che li ha generati. In pratica: le "Cartelle Cliniche Informatizzate" della Regione A non comunicano con quella della Regione B, come se i malati fossero alberi e non essere umani che vivono e si muovono, spesso anche in Europa e nel resto del globo. Tutto questo sta accadendo sotto i nostri occhi nella rassegnata indifferenza della stragrande maggioranza dei nostri Colleghi spesso colti, informati, attivi e pronti a battersi con straordinaria energia in progetti di breve periodo. Quando abbiamo cercato di far emergere questa realtà ci siamo scontrati di fronte ad un robusto muro di gomma che rimbalzava argomenti rassegnati: «le decisioni le prendono solo i politici...», «i Medici non sanno fare gruppo per difendere i loro legittimi interessi...», «le multinazionali sono troppo forti per essere condizionate da noi...». Noi siamo convinti che se tutti i Cardiologi italiani, nell'interesse soprattutto dei cardiopatici, stabilissero insieme regole chiare e condivise stimolerebbero una sana e libera concorrenza tra le Aziende produttrici ed indurrebbero i Decisori, nella formulazione delle Gare di Appalto, a tenere ben presenti gli indirizzi delle Società Scientifiche che sono espressione del pensiero dei clinici.

Un grande progetto per la Cardiologia italiana

Se riuscissimo nell'impresa di governare questo cambiamento potremmo favorire la crescita degli standard minimi di qualità in tutte le Cardiologie italiane, assicurare la traspa-

renza di ogni procedura, consentire la consulenza a distanza, favorire la concorrenza tra le Cardiologie verso l'eccellenza, dare al cardiopatico la sua "Cartella Clinica" personale in uno o più supporti (dalla pendrive ad Internet) e rendere disponibili all'ANMCO i dati per governare il continuo divenire della Cardiologia italiana. In questi ultimi due anni abbiamo immaginato il sogno di poter lavorare con un solo strumento progettato dai Cardiologi e rivolto al miglioramento della qualità del lavoro ed alla trasparenza dei dati per i cardiopatici. Lo abbiamo pensato con una interfaccia semplice ed intuitiva come quella dell'iPad o dell'iPhone e quindi privo di corposi manuali cartacei allegati; senza i vincoli commerciali del dato proprietario; con le informazioni cliniche, diagnostiche, di terapia medica, interventistica e chirurgica raccolte secondo un Minimal Data Set; con il Referto sempre associato al Reperto che lo ha generato; con la possibilità di collegarsi alla rete per consulenze anche dal domicilio dei Colleghi più esperti, con tutti i dati esportabili secondo uno standard comune europeo (Figura 1). Abbiamo un difficile lavoro nei prossimi anni ma la convinzione che le trasparenza inevitabilmente spinga verso l'eccellenza. Il tempo è oramai maturo: la Clinica non può più fare a meno dell'Informatica.

Chi siamo? Da dove veniamo? Dove andiamo?

DI LORIS RONCON



titolo del famoso dipinto di Paul Gauguin, alcuni aspetti della nostra Area.

Chi siamo

L'embolia polmonare, pur essendo la terza causa di morte di tipo cardiovascolare dopo l'infarto e l'ictus continua ad essere ancora poco considerata dai Cardiologi nonostante la nostra specialità rappresenti un momento fondamentale sia nella diagnosi che nella terapia; questo in particolare nelle forme più gravi che presentano una mortalità estremamente elevata. È stato questo presupposto che ha inizialmente mosso il Dott. Pietro Zonzin a costituire nell'ANMCO un Area per le Malattie del Circolo Polmonare e a guidare poi i successivi Chairmen, Dott. Carlo D'Agostino, Dott. Giuseppe Favretto e Dott. Andrea Rubboli nell'opera di divulgazione, conoscenza e studio di questa malattia.

Da dove veniamo

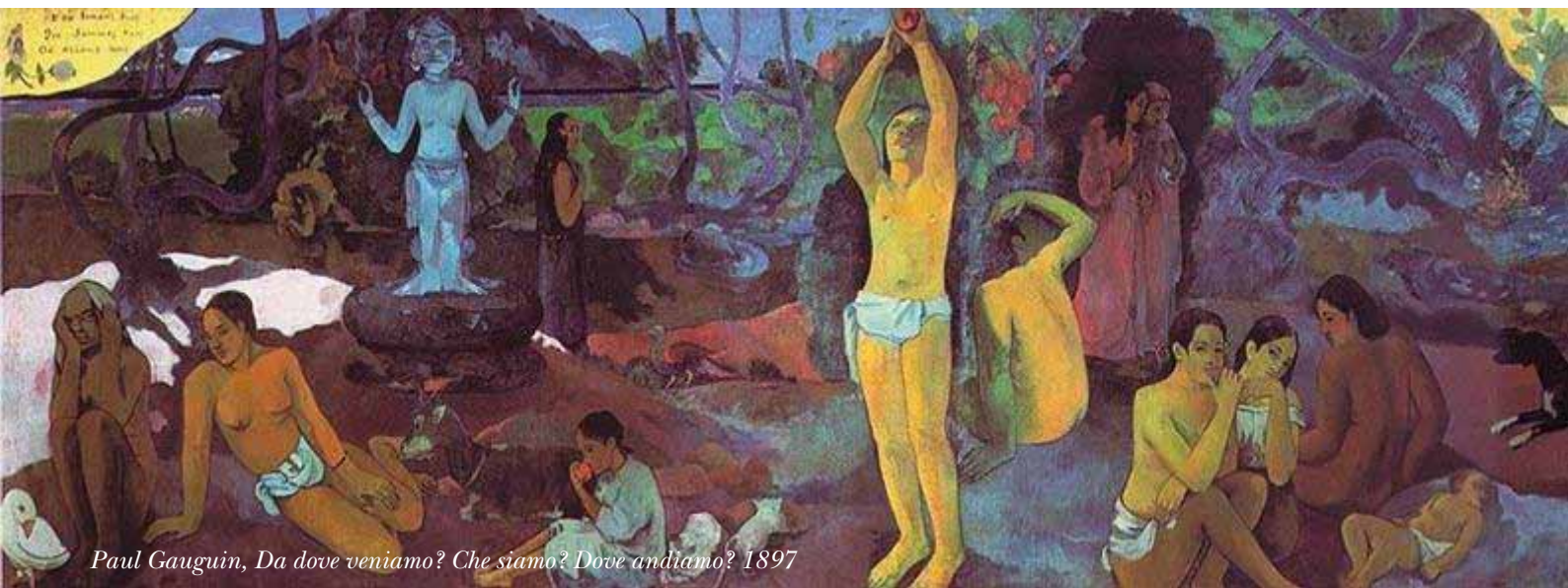
L'Area Malattie Circolo Polmonare ha da alcuni anni focalizzato la propria

ricerca sugli aspetti epidemiologici delle affezioni di competenza. La metodologia attraverso la quale tale attività è stata condotta consiste nella implementazione di Registri Osservazionali che, da un lato rappresentano una modalità di ricerca "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 nell'ambito del nostro territorio nazionale. Vi indico a seguire i principali progetti di ricerca condotti nel biennio precedente.

Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER)

Una raccolta prospettica della gestione clinica, diagnostica e terapeutica del paziente con embolia polmonare, sia nella fase intra - ospedaliera che post - dimissione (per 12 mesi). Tale iniziativa nata nel 2006 e coordinata da Franco Casazza, ha visto la partecipazione di oltre 50 centri sparsi sul territorio nazionale per un totale di circa 1.700 pazienti a arruolati. Le prime analisi dell'enorme mole di dati finora raccolti hanno portato alla presentazione dei risultati preliminari ai Congressi: ISTH 2009 (Boston, USA),

«L'inizio di un nuovo biennio è un momento di grande importanza per l'Area. Esso rappresenta infatti l'occasione per fare un consuntivo di quanto portato a termine finora e per gettare le basi delle iniziative prossime future. La transizione da un biennio all'altro generalmente non si traduce, né probabilmente deve farlo, in un semplice passaggio del testimone da un Comitato di Coordinamento all'altro. Coloro che si avvicinano nella conduzione dell'Area infatti, devono inevitabilmente confrontarsi con l'esigenza di non interrompere un percorso precedentemente tracciato da un lato e di apportare cambiamento ed innovazione dall'altro». Era questo l'incipit dell'articolo su "Cardiologia degli Ospedali" di gennaio 2009 dove il Dott. Andrea Rubboli precedente Chairman dell'Area delle Malattie del Circolo Polmonare poneva le basi programmatiche del suo biennio. Il lavoro e l'impegno svolto dal Dott. Rubboli hanno portato a tracciare un percorso che con il tempo e l'attività del Comitato di Coordinamento (Dott. E. Angelini, Dott. M. Azzarito, Dott.ssa B. M. Fadin, Dott. M. Rugolotto) si è via via strutturato tanto da essere ormai in quella che i tecnici chiamano fase avanzata dei lavori. Vediamo allora, parafrasando il



Paul Gauguin, *Da dove veniamo? Che siamo? Dove andiamo?* 1897

ANMCO 2010 (Firenze) e ESC 2010 (Stoccolma, SWE).

INCidenza di Iperensione Polmonare In ulTrasonografia (INCIPIT)

Censimento condotto in oltre 150 Laboratori di Ecocardiografia sul territorio nazionale nel periodo 10 - 28 novembre 2008, per valutare l'epidemiologia e la tipologia dell'ipertensione polmonare riscontrata nell'attività ordinaria. Il progetto coordinato dalla Dott.ssa Iolanda Enea e dal Dott. Stefano Ghio ha fornito importanti informazioni sull'epidemiologia dell'ipertensione polmonare nel nostro paese. La presentazione dei risultati preliminari si è avuta ai Congressi: ANMCO 2009 (Firenze), ESC 2009 (Barcellona, ESP) e ANMCO 2010 (Firenze) e i dati conclusivi sono stati pubblicati in extenso sul *Giornale Italiano di Cardiologia* (Enea I et al. *G Ital Cardiol* 2010;11:402-7).

Dove andiamo

In continuità con l'attività finora svolta e con la metodologia di ricerca adottata, il Piano della Ricerca 2011 - 2012 comprende le attività indicate a seguire.

a. *Prosecuzione nella raccolta ed analisi dei dati di Italian Pulmonary Embolism Registry (IPER)*

Tale attività, coordinata dal Dott. Franco Casazza, oltre ai dati già

ottenuti relativamente alla presentazione clinica, gli esami strumentali e la terapia, si dovrà incentrare particolarmente sulla fase del follow - up. Tale aspetto non è a tutt'oggi mai stato indagato in modo approfondito, tanto da mancare una standardizzazione nella sua modalità di conduzione. Inoltre, l'analisi di tale fase permetterà di ottenere informazioni sull'incidenza dell'ipertensione polmonare post - tromboembolica, che ha grande rilevanza gestionale in quanto unica forma di ipertensione polmonare attualmente passibile di terapia risolutiva (e cioè chirurgica).

b. *Implementazione del Censimento INCidenza di Iperensione Polmonare In ulTrasonografia 2 (INCIPIT 2)*

Indagine, coordinata da Iolanda Enea, ed ancora una volta condotta nei Laboratori di Ecocardiografia per determinare se e come essi sono collegati a gruppi di lavoro dedicati alla diagnosi e terapia della ipertensione polmonare. Le informazioni che ci si propone di ottenere sono preliminari e propedeutiche all'eventuale creazione di una "rete di sorveglianza e gestione dell'ipertensione polmonare", con la quale, al rilievo ecocardiografico di ipertensione polmonare possa far seguito un percorso standardizzato che, con il coinvolgimento di centri

a complessità crescente, ne permetta l'inquadramento ed il trattamento appropriati.

c. *Implementazione del progetto Pulmonary Embolism Thrombo-Embolectomy Registry (PETER)*

Iniziativa in valutazione dal Comitato Scientifico dell'ANMCO coordinata dal Dott. Loris Roncon e dal Dott. Pietro Zoncin, che consiste di due fasi, la prima, di Censimento, con la quale verranno identificati e quantificati i Centri che sul territorio nazionale eseguono il trattamento meccanico dell'embolia polmonare, la seconda, di Registro, nella quale verrà creato un database nazionale nel quale far convergere tutti i dati relativi ai pazienti trattati in Italia con tale modalità. Le informazioni che ci si propone di ottenere saranno preliminari e propedeutiche all'eventuale creazione di una modalità "Hub and Spoke" di trattamento (invasivo) delle forme ad alto rischio di embolia polmonare acuta. Il programma del prossimo biennio si presenta come un percorso lungo, impegnativo che richiederà l'aiuto e la collaborazione di tutti gli Iscritti all'Area e di quanti vorranno portare il loro contributo alla conoscenza delle Malattie del Circolo Polmonare.

La logica della continuità progettuale: *che cosa volevamo fare, che cosa abbiamo fatto e che cosa faremo*

La logica progettuale dell'Area Management & Qualità
come esempio di Sistema Gestionale

DI EVASIO PASINI E DANIELA PAVAN



Qualsivoglia sistema di gestione per la qualità impone che:

- 1) a priori vengano fissati degli obiettivi consoni alla mission dell'organizzazione;
- 2) vengano identificate delle risorse idonee o ritenute tali per attuare tali obiettivi;
- 3) a tempi stabiliti si effettui il riesame per valutare lo stato di attuazione e l'eventuale efficacia di quanto stabilito e dichiarato.

L'Area Management & Qualità (M&Q) non si può esimere da tale procedura in questa fase di passaggio di consegna tra il vecchio ed il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area. L'obiettivo di questo artico-

lo è quello di fare il punto dello stato di attuazione di quanto pianificato ed implementato dal precedente Comitato e di dichiarare quelli che saranno gli obiettivi con le strategie attuative del nuovo Comitato di Coordinamento per il prossimo biennio. Il Comitato di Coordinamento dell'Area M&Q per il biennio 2009 - 2010 aveva identificato un programma in continuità con quanto fatto negli anni passati dai Collegi che ci hanno preceduto e che molto hanno dato e fatto per queste problematiche. Il progetto per il biennio 2009 - 2010 si basava sul presupposto condiviso che le problematiche della gestione della qualità delle cure fanno parte del nuovo sapere medico in quanto oggi giorno sempre più spes-

so il Medico si deve confrontare con esse anche se la nostra preparazione di base non prevede tale approccio. Tale progetto prevedeva quattro punti strategici.

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

Di fatto l'Area ed il Consiglio Direttivo ANMCO (in particolare con la figure dei Presidenti e dei Responsabili Qualità della nostra Società Scientifica) hanno comunicato ed operato in modo stretto, identificano gli obiettivi comuni. Questo ha evitato derive o attività svolte senza un reale coordinamento con condivisione di intenti e spreco di risorse.

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

Tali attività non sono state intese come semplice bollino. Il Sistema identificato, sviluppato ed implementato è stato concreto ed utile, non un ulteriore fardello burocratico poiché tale Sistema è nato dai professionisti della Sanità e non da burocrati. A tal fine sono state sviluppate ed implementate sperimentazioni concrete, semplici e pratiche che hanno ottenuto riconoscimenti Istituzionali ed internazionali in diverse Regioni italiane (Toscana, Calabria, Puglia e Campania). Tali esperienze sono state volute ed organizzate dai Responsabili Regionali ANMCO in collaborazione con gli Assessorati della Sanità Regionali e con l'Area M&Q. I costi di implementazione di tali attività sono stati sostenuti da realtà esterne senza gravare quindi nel bilancio della nostra Società. Esse rappresentano inoltre un Benchmark che opportunamente adattato può servire di esempio ad altre realtà che intendano implementare modelli organizzativi complessi.

3. Massima divulgazione delle problematiche inerenti la qualità e l'organizzazione con la massima partecipazione attiva degli Associati

A tal fine e nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse che prevedono l'uso di strumenti divulgativi già in essere, si è previsto di utilizzare mezzi di comunicazione che raggiungessero il massimo numero di Colleghi e che fossero semplici, fruibili e di costi sostenibili. Di fatto è stato mantenuto vivo il Sito WEB ANMCO dedicato all'Area con possibilità di accedere a glossari e pubblicazioni che potessero spiegare in modo semplice le problematiche inerenti al management. In aggiunta, siamo stati presenti come gruppo in tutti i numeri della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" con articoli che riteniamo stimolanti per attivare la discussione ed attirare l'attenzione su argomenti per noi nuovi. Cogliamo l'occasione per ringraziare chi ha gestito la Rivista per l'ospitalità che ci ha sempre riservato. Per coinvolgere attivamente gli Associati e per rendere oggettivo il loro suggerimento o giudizio, la Sezione piemontese dell'ANMCO, con il supporto scientifico dell'Area, ha organizzato e

gestito un Questionario conoscitivo sui giudizi e bisogni dei Colleghi che operano in periferia. Tali informazioni sono di vitale importanza per una organizzazione (la nostra Società Scientifica) che vuole essere vicina ai suoi Associati, ascoltarli e soddisfare i loro bisogni.

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

In questo momento di rapida evoluzione dell'organizzazione delle Strutture ospedaliere si ritiene importante che i professionisti medici e non medici che operano in aree critiche cardiologiche abbiano una adeguata formazione e competenza. Tale approccio si basa sulle direttive CEE 1993/16 e 2005/36 che prevedono di uniformare il training tra i vari professionisti in ambito europeo anche per facilitare il libero scambio di specialisti tra i paesi membri come definito da Direttiva della CEE del 1975. È noto che l'ANMCO è molto attiva in questo settore. Molta attività è stata svolta per identificare i criteri di formazione degli specialisti alla luce

di specifiche della Società Europea di Cardiologia recentemente emanate. A tal proposito si è lavorato per far sì che Enti terzi Internazionali riconoscano il Sistema formativo ANMCO e che l'ANMCO possa poi porsi con le Istituzioni come Provider per l'erogazione ed il riconoscimento di tali competenze previste in un percorso ECM di alto impatto. Questo darebbe indubbiamente valore aggiunto alla nostra Società e le consentirebbe di svolgere un importante compito istituzionale e professionale. Altre Società Scientifiche hanno già implementato tale sistema ed ottenuto dal Ministero e/o Regioni questi riconoscimenti e ruoli. Per l'ANMCO abbiamo sviluppato contatti e documenti che vanno in tal senso. Essi sono in avanzato stato di concretizzazione e molto sono stati molto apprezzati dalle Istituzioni. Il nuovo Comitato di Coordinamento per il biennio 2011 - 2012 proseguirà nello sviluppo dei quattro punti sopra delineati, ritenendo che questi siano di importanza strategica per l'Area, confermando il principio di continuità come basilare per la metodologia di lavoro all'interno dell'Area stessa. Proposte, suggerimenti e iniziative che dovessero giungere sia da parte delle regioni, che di singoli soci, ed ovvia-

mente da parte del Consiglio Direttivo e nazionale saranno le benvenute. Fatta questa premessa, si propongono come strategici per il prossimo biennio i punti di seguito indicati.

Valutazione del personale

È questo a nostro parere un argomento di interesse cruciale per l'Area e per l'Associazione. Di fatto, nuovi pronunciamenti normativi (es: Decreto "Brunetta") importanti elaborazioni teoriche (es: Carta di Tallin) lo rendono assolutamente attuale. Il dibattito sul tema è molto ampio, a vari livelli, OMS inclusa, e riteniamo che una Società Scientifica come l'ANMCO possa e debba dare un contributo. Infatti la valutazione sia dell'organizzazione (e quindi dei percorsi e non del singolo operatore), sia sulla responsabilità del gruppo e dell'organizzazione costituiscono a nostro avviso un terreno di grande interesse per il futuro della nostra professione visto anche l'attenzione del dibattito giurisprudenziale.

Divulgazione e partecipazione attiva degli Associati

Il tema della crisi delle rappresentatività riguarda tutto il mondo delle Associazioni, non solo scientifiche e culturali, ma anche sindacali e partitiche. Essa ha radici e motivazio-

ni complesse ed articolate. Questo è tema di discussione e di analisi molto sofisticate che interessano ambiti culturali vasti quali la Sociologia e la Psicologia dell'individuo e dei sistemi complessi. Pensiamo tuttavia che questo tema, anche alla luce dei risultati dell'analisi del Questionario condotto dalla Regione Piemonte, vada analizzato anche all'interno della nostra Società Scientifica. Siamo consci che ci aspetta una grande sfida. Tuttavia abbiamo ben realizzato che tale sfida è sì una attività nuova ma indispensabile per la quale il Medico non è totalmente preparato. Se non vogliamo essere passivi spettatori di un cambiamento inarrestabile e che corre molto veloce è nostro compito capire e gestire i meccanismi che governano questi processi al fine di diventare attori di un cambiamento già avanzato portando contributi ed esperienze indispensabili dal punto di vista professionale che ci pongono come interlocutori privilegiati con le Istituzioni. Riteniamo pertanto che, in base a questa prospettiva, l'Area Management & Qualità ha un ruolo strategico e si pone in senso trasversale alle altre Aree e all'ANMCO mettendo a disposizione di tutti le proprie competenze e professionalità.

Le sfide per la prevenzione cardiovascolare negli anni '10

Il bilancio del biennio passato e le prospettive per il prossimo

DI STEFANO URBINATI E POMPILIO FAGGIANO

Due anni passano velocemente. Per tante cose fatte ce ne sono altrettante che si sarebbero potute fare e che non sono state fatte, altre che si sarebbero potute fare meglio, altre pensate e che non sono state neanche iniziate. Quello che è certo è che l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha una sua continuità che è si è sviluppata con decisione negli ultimi bienni e questo è il patrimonio che si porterà dietro anche per gli anni futuri. C'è un nucleo centrale di tematiche attorno alle quali si è lavorato e si continuerà a lavorare anche nel prossimo futuro.

1. La efficace gestione della prevenzione secondaria è una priorità riconosciuta da tutta la Cardiologia

Dopo avere investito tanto nella gestione della fase iperacuta degli eventi cardiovascolari e nella gestione interventistica oggi, da parte di tutti, si è acquisita la consapevolezza che, perché i risultati ottenuti in acuto possano essere mantenuti nel tempo occorre garantire un governo più efficace della fase post - acuta. Il proliferare di iniziative sui "primi 30 giorni dopo una SCA", l'esperienza dello Studio BLITZ 4 Qualità qualità che ha indagato/implementato non solo la gestione



della fase acuta della SCA ma anche la fase post - dimissione, i corsi di counseling infermieristico promossi nell'ambito del Cardionursing, il programma "Segui il tuo cuore" promosso da Furio Colivicchi, sono solo alcuni esempi di come le strategie per gestire/sorvegliare meglio la fase post - acuta si stiano diffondendo in maniera sempre più capillare. Tra i programmi dell'Area Prevenzione per il prossimo biennio vi è quello di accogliere e realizzare una proposta della Società Europea di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare (EACPR) di effettuare una ricognizione dello stato del controllo dei fattori di rischio e dell'aderenza ai trattamenti raccomandati nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica post - acuta e cronica.

2. La Cardiologia Riabilitativa rappresenta una straordinaria opportunità che non è ancora sfruttata in tutte le sue potenzialità

In collaborazione con il GICR - IACPR

l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha partecipato ad una Commissione, voluta da Salvatore Pirelli e Carmine Riccio e coordinata da Cesare Greco, per la ridefinizione dei criteri di accesso alla Cardiologia Riabilitativa, che ha dato un interessante contributo alla conoscenza

della situazione attuale e a definire i criteri sulla base dei quali riorganizzare i flussi dei pazienti tra Cardiologia per Acuti e Cardiologia Riabilitativa, partendo dal presupposto che se da un lato la Cardiologia Riabilitativa, per la sua complessità organizzativa e la sua distribuzione non capillare, non può risolvere da sola le sfide della prevenzione secondaria, tuttavia in quest'ambito appare ancora sottoutilizzata, dato che solo il 10 - 15% circa delle SCA accedono ad un programma strutturato di riabilitazione cardiologica. Bisogna altresì ricordare l'enorme numero di pazienti che vengono ammessi nelle Cardiologie per un evento acuto e che nel breve periodo di ricovero ricevono e/o recepiscono solo un limitato numero di informazioni relative alla gravità della loro situazione clinica ed alle misure da adottare (sia in termini di farmaci che di stile di vita) e che purtroppo non potranno beneficiare di un programma riabilitativo. È tra i progetti immediati dell'Area effettuare una

indagine conoscitiva sui bisogni inevasi di questi pazienti al fine di avviare dei programmi dedicati di stratificazione prognostica, implementazione terapeutica e counselling per migliorare lo stile di vita.

3. Una prevenzione efficace necessita di strumenti di conoscenza aggiornati della epidemiologia delle malattie e dei fattori di rischio cardiovascolare

In quest'ambito è stata ulteriormente consolidata la già stretta collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia Cardiovascolare dell'Istituto Superiore di Sanità anche attraverso lo sviluppo di una nuova fase dell'attività dell'Osservatorio Epidemiologico e la *IV Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari*. Il completamento della raccolta dati dei Centri coinvolti ha permesso, nel corso del 2010, di realizzare un aggiornamento delle Carte del Rischio e definire in maniera estremamente efficace l'evoluzione dell'incidenza dei fattori di rischio in Italia nell'ultimo ventennio. Questa collaborazione è sicuramente da implementare per realizzare interventi sempre più mirati anche in considerazione del fatto che le diverse realtà geografiche spesso presentano situazioni differenti che necessiterebbero di interventi differenziati. Inoltre è da sottolineare come nuove "occasioni" di stratificazione del rischio cardiovascolare e prevenzione si stiano affacciando all'attenzione dei Medici e dei Cardiologi in particolare: recenti studi hanno dimostrato infatti che i pazienti affetti da artrite reumatoide e da altre malattie autoimmuni, i soggetti HIV - positivi in terapia antiretrovirale, i soggetti con steatosi epatica non - al-

coolica sono a rischio elevato di eventi aterosclerotici. È un obiettivo dell'Area Prevenzione Cardiovascolare approfondire le problematiche cardiovascolari di questi pazienti (sia in termini di osservazione epidemiologica, che di programmazione di interventi preventivi mirati) ed avviare progetti formativi dedicati a questi settori.

4. Infatti, il concetto di prevenzione cardiovascolare è in evoluzione e va inteso in maniera allargata

Oggi, parlando di prevenzione, non è più possibile limitarsi a quella coronarica attraverso il controllo dei fattori di rischio noti. La prevenzione delle complicanze cardiovascolari, infatti, passa anche attraverso una stretta interazione con Nefrologi, Neurologi e Diabetologi, con i quali sono state promosse numerose iniziative educazionali, finalizzate alla condivisione di un linguaggio comune e ad una sinergia strutturata. E poi, soprattutto negli ultimi anni, l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha identificato almeno due momenti fondamentali nella vita di un Reparto ospedaliero meritevoli di un approccio più standardizzato in un'ottica di prevenzione: si tratta della consulenza cardiologica prima di un intervento di chirurgia non cardiaca e della consulenza fornita da altri Specialisti, come Nefrologi, Pneumologi, Diabetologi e Neurologi alla ricerca di un linguaggio e di una base culturale comune. Queste iniziative educazionali hanno avuto molto successo e pensiamo abbiano dato e continueranno a dare contributi importanti nel recuperare una dimensione "internistica", quanto mai necessaria ad una generazione di Cardiologi che proviene da una formazione cardiologi-

ca pura, ma che debbono oggi confrontarsi con una tipologia di pazienti che, soprattutto in considerazione dell'età media dei nostri ricoverati, presentano importanti comorbidità in un'alta percentuale di casi. Strettamente correlata a questo approccio è l'iniziativa, fermamente voluta dal Consiglio Direttivo, di creare un Gruppo di Lavoro per la Cardio - Oncologia, che coinvolge sia l'Area Prevenzione Cardiovascolare che l'Area Scempenso Cardiaco, e che ha tra gli obiettivi la formulazione di strategie condivise di prevenzione e terapia delle patologie cardiovascolari nei pazienti oncologici.

5. Una buona comunicazione medico - paziente rappresenta un requisito fondamentale di una buona pratica medica

Già è stato fatto molto in passato, ma l'intenzione è quella di continuare a dare molta importanza a tutte le esperienze, basate sulle metodiche didattiche più innovative ed efficaci, che possano migliorare il livello della comunicazione medico - paziente, infermiere - paziente e tra i diversi attori del mondo sanitario. Oggi non è possibile gestire un programma di prevenzione, migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica (altro tema - chiave) e interagire con pazienti sempre più "acculturati", grazie alla facilità con cui possono reperire notizie su internet, non sempre corrette o non sempre aderenti al loro caso, senza possedere una adeguata capacità di comunicazione della malattia e delle sue implicazioni. Da un approccio empirico, che ognuno di noi ha imparato sul campo, si sta tentando di definire un approccio più sistematico alla comunicazione medico - paziente, con prevedibili conseguen-

ze positive non solo sotto il profilo dell'aderenza, da parte di un paziente più consapevole, ma anche su quello medico - legale. La collaborazione con Psicologi ed esperti di comunicazione, sempre più stretta negli ultimi anni, sta dando ottimi frutti.

6. La Scuola come sede privilegiata per sviluppare una cultura della prevenzione

È stata in più occasioni ribadita la necessità che il mondo della Cardiologia dia la propria disponibilità a collaborare con quello della Scuola nel creare una cultura della prevenzione. È questo un campo nel quale l'Area sta investendo notevolmente, in qualità di braccio educativo della Fondazione "per il Tuo cuore" soprattutto attraverso il Sito internet. Se la Sezione del Sito ANMCO La Scuola "per il Tuo cuore". Help - Line per Insegnanti" potesse diventare il luogo dove raccogliere materiali e confrontare e divulgare le diverse esperienze potremmo dire di avere conseguito un ottimo risultato. Si vuole poi tentare di implementare la collaborazione con gli organi istituzionali della Scuola (il Ministero) con l'obiettivo di avviare un progetto formativo e di intervento condiviso per modificare gli stili di vita ed il profilo di rischio dei nostri adolescenti. A tal fine è nei programmi dell' Area Prevenzione Cardiovascolare e della Fondazione attivare un tavolo di lavoro che coinvolga molteplici competenze per affrontare questo spinoso ma fondamentale problema, non solo medico.

7. Uno sguardo alle nuove frontiere della prevenzione: l'imaging dell'aterosclerosi

Le evidenze scientifiche recenti inducono a "cercare" attentamente la placca aterosclerotica, anche nelle fasi precoci

della malattia, ad utilizzarla come indicatore di danno vascolare nei soggetti asintomatici e considerarla un potenziale bersaglio degli interventi preventivi. Sarà uno dei compiti dell'Area nei prossimi anni comprendere a fondo la rilevanza clinica di queste acquisizioni e la loro applicabilità nella pratica quotidiana, eventualmente identificare i metodi più appropriati per proporre nuove strategie di stratificazione del rischio cardiovascolare e verificarne i risultati. L'Area Prevenzione Cardiovascolare è coinvolta con la Società Italiana di

COMITATO DI COORDINAMENTO biennio 2011 - 2012

CHAIRMAN Pompilio Faggiano (Brescia)
CO - CHAIRMAN Francesco Fattirolli (Firenze)
COMITATO DI COORDINAMENTO
Michele Gabriele (Castelvetrano - TP)
Gian Francesco Mureddu (Roma)
Fausto Rigo (Mestre - VE)
Luigi Tarantini (Belluno)

Ecografia Cardiovascolare (SIEC) in un progetto, che verrà avviato nei prossimi mesi, multicentrico di valutazione con ultrasuoni dell'aterosclerosi subclinica in differenti distretti vascolari.

8. La multidistrettualità dell'Aterosclerosi: una opportunità per iniziare nuove collaborazioni e favorire quelle esistenti con altre Aree ANMCO e Società di Settore

Mentre i Cardiologi hanno concentrato la loro attenzione sulle coronarie, i Neurologi continuano a "guardare" solo le carotidi, i Nefrologi solo le arterie renali, i Chirurghi vascolari spesso "mettono le mani" su tutte le arterie

senza preoccuparsi di come sono le coronarie. Ovviamente, ciascuno Specialista spesso affronta il distretto arterioso di propria competenza con un approccio parziale. Questa frammentazione della valutazione vascolare del paziente può avere conseguenze importanti sia per quanto riguarda le scelte terapeutiche immediate e la prognosi, sia per gli approcci generali ai fattori di rischio, allo stile di vita, ai trattamenti raccomandati per una corretta prevenzione secondaria. Gli scambi frequenti ed intensi, di programmi, di esperienze, di risultati, tra i vari soggetti coinvolti nella gestione della malattia aterosclerotica sono indispensabili per un approccio completo e logico al singolo paziente. Uno degli obiettivi prioritari dell'Area Prevenzione Cardiovascolare è quello di avviare progetti di studio e formazione con tutte le organizzazioni scientifiche interessate alla prevenzione ed al trattamento dell'ate-

rosclerosi e delle sue complicanze. Alcuni ringraziamenti, di cuore, a tutto il Coordinamento 2008 - 2010 formato anche da Francesco Boncompagni, Francesco Fattirolli, David Mocini e Gian Piero Perna, a Simona Giampaoli e Diego Vanuzzo con cui abbiamo organizzato la *IV Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari* e a Furio Colivicchi, Carmine Riccio e Massimo Uguccioni che non sono stati solo i tre Chairmen precedenti, ma anche un costante riferimento nell'organizzazione delle numerose iniziative dell'Area. Infine, un augurio di intenso e proficuo lavoro al nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area.

Gli obiettivi dell'Area Scompenso: ricerca e qualità delle cure

Il rilancio della RETE e la collaborazione tra le Aree sono tra gli obiettivi fondamentali del Comitato di Coordinamento

DI MICHELE SENNI E GIANFRANCO MISURACA



La cura dello Scompenso Cardiaco è una delle priorità della Cardiologia moderna per la sua elevata prevalenza, morbilità e mortalità. D'altro canto, vista la consistente possibilità di migliorare la qualità e durata di vita attraverso l'applicazione di appropriati schemi terapeutici e gestionali, questi devono diventare patrimonio il più possibile condiviso delle diverse figure coinvolte nel processo di cura. L'ANMCO, attraverso tutte le sue articolazioni, ma in particolare con l'Area Scompenso Cardiaco, è impegnata da diversi anni in attività rivolte all'implementazione di corrette strategie gestionali in ambiti il più possibile estesi, anche attraverso studi clinici ed epidemiologici che hanno contribuito, in maniera decisiva, alla crescita culturale e metodologica dei Cardiologi italiani. Nel precedente biennio le attività dell'Area sono state

indirizzate soprattutto alla rivitalizzazione della Rete, alla proposta di percorsi di ricerca su aspetti ancora non definiti dello scompenso ed alla individuazione di soluzioni terapeutiche indirizzate a sottogruppi specifici di pazienti. Si è iniziato un percorso di analisi sulle criticità della Rete ANMCO Scompenso che, avviata nel 1995 come Registro IN - CHF, focalizzato sui pazienti con scompenso cronico, è stata in seguito estesa alla gestione dei pazienti con scompenso acuto attraverso il nuovo Registro IN - HF. Il progressivo sviluppo ed estensione della Rete a tutto il territorio nazionale ha consentito di raggiungere importanti obiettivi sul piano clinico, attraverso una omogenea adozione di protocolli condivisi, mentre sul piano scientifico - epidemiologico la disponibilità di un grande database nazionale ha permesso valutazioni affidabili su grandi numeri

nei riguardi di trattamenti, percorsi diagnostico - terapeutici, indicatori di processo, sorveglianza postmarketing, analisi di costi. È emersa però nel corso degli ultimi anni una progressiva riduzione dell'arruolamento di nuovi pazienti e della completezza dei follow - up che deve essere superata. Dopo aver verificato il successo di IN - HF Outcome si può pensare che un modo per tenere vivo IN - HF Online sia quello di proporre studi periodici sullo stile di IN - HF Outcome, integrando eventualmente di volta in volta il database con le variabili mancanti. Le difficoltà della Rete derivano, in parte, dall'eccessivo carico di attività dei follow - up dei pazienti reclutati nei vari Ambulatori, che potrebbero essere contenuti affidando i pazienti con prolungata stabilità clinica, con terapia medica ed elettrica ottimizzata e con uno score di rischio basso, alle

cure del Medico di famiglia e riservando la gestione specialistica a quelli più compromessi e instabili. Il tema della personalizzazione dei follow-up è stato affrontato in un Documento pubblicato come supplemento del *Giornale Italiano di Cardiologia* e diffuso a tutti i Medici coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Nel Documento, esperti dei vari settori hanno delineato gli aspetti fondamentali della valutazione clinica, laboratoristica e strumentale al fine di identificare in maniera il più possibile accurata i pazienti instabili, ad elevata complessità clinica da affidare alla gestione specialistica dell'Ambulatorio

L'applicazione di appropriati schemi terapeutici e gestionali deve diventare patrimonio il più possibile condiviso delle diverse figure coinvolte nel processo di cura

dello Scompenso. L'argomento è stato inoltre il tema di una serie di eventi formativi a carattere macroregionale che hanno coinvolto un gran numero di Cardiologi, Internisti e Geriatri ospedalieri e del territorio e che si svolgeranno anche nel corso di quest'anno. Aspetto dolente che ci vede in parte tutti responsabili è la ridotta produzione scientifica riguardante l'IN-HF Online che sicuramente potrebbe essere fonte di numerose ricerche gratificanti per tutti i ricercatori.

Ricerca

La Rete rappresenta uno strumento formidabile per la conduzione di studi clinici ed epidemiologici. Da più parti si rileva però come la ricerca, nella fase attuale, debba indirizzarsi più che alla sperimentazione di nuove strategie farmacologiche e interventistiche, alla individuazione di predittori di risposta favorevole alle terapie. La pianificazione dell'attività di ricerca per il prossimo biennio deve partire dai progetti avviati dai precedenti Comitati di Coordinamento; a questi si affiancheranno nuovi progetti che, nella logica ANMCO, dovranno coinvolgere i Centri ospedalieri della Rete con la

duplice finalità di produrre evidenze scientifiche e di contribuire contemporaneamente alla diffusione della buona pratica clinica. In dettaglio i progetti che vedranno impegnata l'Area sono indicati qui di seguito.

REWORD - HF

Questo studio, vincitore del bando di ricerca indipendente ANMCO 2009, è in fase avanzata di attivazione. Verrà svolto in 16 Centri distribuiti sul territorio nazionale che hanno completato l'iter di approvazione dei Comitati

Etici. L'arruolamento è iniziato lo scorso novembre 2010. Lo studio avrà una durata complessiva di 18 mesi. I risultati saranno disponibili dalla fine del 2012. In sintesi lo studio analizzerà l'impatto dell'ultrafiltrazione sullo stato clinico in acuto e su eventi cardiaci e profilo dei biomarcatori a 90 giorni in pazienti con scompenso cardiaco acuto congestizio che sviluppino entro 24 ore dall'ingresso in Ospedale una sindrome cardiorenale.

TRIAL (Valutazione del Beneficio dell'Allenamento Fisico nell'Anziano con Scompenso Cardiaco)

Lo studio randomizzato, controllato, prospettico, policentrico si propone di valutare la fattibilità, la sicurezza ed i benefici di un semplice programma di attività fisica in una popolazione di pazienti anziani (> 65 anni) affetti da scompenso cardiaco sia diastolico che sistolico seguiti presso Ambulatori della Rete ANMCO Scompenso. Lo studio prevede il coinvolgimento degli Infermieri nel monitoraggio del programma di training ed è previsto l'impiego di strumenti che consentano di valutare l'aderenza dei pazienti ai programmi prescritti. Sarà svolto in collaborazione con le Aree Prevenzione Cardiovascolare e Nursing.

Scompenso Cardiaco a funzione sistolica conservata

Circa il 40 - 50% dei pazienti con Scompenso Cardiaco presentano una funzione sistolica conservata. La disfunzione diastolica, la riduzione dell'accorciamento centroparietale e l'alterazione dell'accoppiamento

ventricolo - arterioso sono stati indicati come i principali meccanismi responsabili della sintomatologia dei pazienti. L'obiettivo dello studio è quello di

di implementare strategie longitudinali di screening della Disfunzione ventricolare sinistra sistolica e diastolica asintomatica in pazienti ad alto rischio,

gnificato prognostico della disfunzione miocardica post - chemioterapia, e della possibile prevenzione o reversibilità del danno miocardico con interventi

L'ANMCO è impegnata da diversi anni in attività rivolte all'implementazione di corrette strategie gestionali, in ambiti il più possibile estesi, anche attraverso studi clinici ed epidemiologici che hanno contribuito alla crescita culturale e metodologica dei Cardiologi italiani

valutare l'efficacia della terapia (ACE - inibitori, beta - bloccanti, sartanici, ecc.) sulla funzione diastolica, sull'accorciamento centroparietale e sull'accoppiamento ventricolo - arterioso in specifici sottogruppi (diabetici, ipertesi) dopo un follow - up di 6 - 12 mesi. Lo studio sarà condotto in un numero limitato di Centri ad alta specializzazione nel campo dell'Ecocardiografia e prevede un programma di formazione per i ricercatori.

Disfunzione diastolica del ventricolo sinistro (nuovo progetto)

La diagnosi precoce di disfunzione ventricolare asintomatica è ritenuta dalle Linee Guida internazionali fondamentale per ridurre l'incidenza di scompenso cardiaco. Alcuni studi condotti in Italia negli ultimi anni hanno adottato il concetto dello screening della popolazione ad alto rischio cardiovascolare (Stadio A Linee Guida ACC/AHA) nell'ambito della popolazione generale o in collaborazione con la Medicina di famiglia. Nel biennio 2011 - 2012 l'Area si propone

selezionati dai Medici di Medicina Generale, che vedano la combinazione di una accurata selezione clinica, dell'ECG e dei peptidi natriuretici con l'Ecocardiografia quale test di riferimento, con la finalità di stabilire:

- la prevalenza di diversi gradi di disfunzione diastolica su un ampio campione;
- la periodicità ottimale dello screening;
- la correlazione fra variazione del grado di disfunzione con implementazione della terapia medica ottimizzata per il controllo dei fattori di rischio e prognosi a distanza;
- l'effetto di particolari terapie farmacologiche (protocollo d'intervento).

Il progetto prevede il coinvolgimento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, preferibilmente in aree periferiche e in realtà di contenute dimensioni.

Cardio - oncologia

L'Area Scompenso Cardiaco riconosce come argomento di particolare interesse per l'attività clinica e scientifica la valutazione della prevalenza e del si-

gnificato prognostico della disfunzione miocardica post - chemioterapia, e della possibile prevenzione o reversibilità del danno miocardico con interventi

specifici. Nell'ambito di questo biennio sarà prodotto, in collaborazione con l'Area Prevenzione Cardiovascolare e con esperti del settore oncologico, un Documento sullo stato dell'arte nel settore. In una fase successiva potranno essere impostati progetti osservazionali e di intervento in questo ambito. C'è molto lavoro da fare e forse, anzi sicuramente, non tutti i progetti e le idee potranno essere completati nei prossimi due anni. Ma è normale che sia così perché le risorse di tempo sono limitate e limitate sono anche le risorse economiche. Per questo pensiamo, e torniamo al concetto di condivisione inizialmente esposto, che è oramai tempo di avviare collaborazioni ed intersezioni tra le Aree su specifici progetti. È nostra opinione che la complessità del modello Scompenso Cardiaco possa essere affrontata nel futuro prossimo solo se più persone e più competenze si metteranno assieme, rendendo più semplice in parte anche l'accesso alle risorse, evitandone così l'inefficace frammentazione.

ABRUZZO



L. Paloscia

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

BASILICATA



L. Truncellito

Presidente: Luigi Truncellito (Policoro - MT)
Consiglio Regionale:
 Antonio Giovanni Cardinale (Matera)
 Michele Antonio Clemente (Matera)
 Berardino D'alessandro (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

CALABRIA



M. Chiatto

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 (Crotone)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

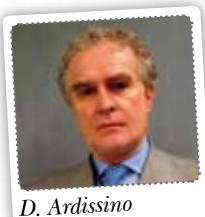


G. Gregorio

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

EMILIA ROMAGNA



D. Ardissino

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

FRIULI VENEZIA GIULIA



A. Di Chiara

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

LAZIO



F. Colivicchi

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

LIGURIA



G. Mazzotta

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

LOMBARDIA



L. Oltrona Visconti

Presidente: Luigi Oltrona Visconti (Pavia)
Consiglio Regionale:
 Francesca Buffoli (Mantova)
 Antonio Cirò (Monza)
 Giuseppe Di Tano (Cremona)
 Niccolò Grieco (Milano)
 Alberto Limido (Varese)
 Daniele Nassiacos (Saronno - VA)
 Marco Negrini (Milano)

Carlo Sponzilli (Milano)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE



L. Minutiello

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 Pierrri (Ancona)
 Andrea Pozzolini (Fano - PU)

Ettore Savini (Fermo)
www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE



C. Olivieri

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

P.A. BOLZANO



R. Oberhollenzer

Presidente: Rainer Oberhollenzer (Bolzano)
Consiglio Regionale:
Rupert Paulmichl (Merano - BZ)
Walter Pitscheider (Bolzano)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO



D. Catanzariti

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

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



M.R. Conte

Paolo Scacciatella (Torino)

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

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)

PUGLIA



A. Vilella

Luigi Stella (Gallipoli - LE)

www.anmco.it/regioni/elenco/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)

SARDEGNA



B. Loi

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

SICILIA



E. Mossuti

Presidente: Ernesto Mossuti (Siracusa)
Consiglio Regionale:
Francesco Amico (Catania)
Calogero Catalano (Siccia - AG)
Roberto Di Paola (Catania)
Giovanna Geraci (Palermo)
Gianni Mobilia (Messina)
Ignazio Maria Smecca (Palermo)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia

TOSCANA



G. Casolo

Anna Maria Paci (Pisa)
Guido Parodi (Firenze)

www.anmco.it/regioni/elenco/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)

UMBRIA



P. Verdecchia

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

VENETO



P. Delise

Presidente: Pietro Delise (Conegliano - TV)
Consiglio Regionale:
Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)
Fabio Chirillo (Trevise)
Fabio De Conti (Camposampiero - PD)
Alessandro Desideri (Castelfranco Veneto - TV)
Cosimo Perrone (Arzignano - VI)
Guerrino Zuin (Mestre - VE)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

RINNOVA LA QUOTA ASSOCIATIVA!

Dal 2009 puoi pagare la quota associativa ANMCO con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario. In questo modo sarai sicuro di provvedere ogni anno al rinnovo della tua quota, evitando perdite di tempo. Compila il modulo RID già predisposto nella presente pagina.

Il pagamento può comunque essere effettuato con le seguenti modalità:

- Addebito Automatico in c/c (RID)

- Carta di Credito via web collegandosi all'Area Riservata ai Soci sul sito www.anmco.it nella sezione Quote associative
- Bollettino di c/c postale n. 16340507 intestato ad ANMCO
- Bonifico bancario su c/c ANMCO
IBAN IT 18 C 06160 028010 00017441C00

Quote Associate annue:

- € 30,00 per i Giovani Soci Ordinari fino al 35° anno di età
- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- nessuna quota per i Giovani Soci Aggregati fino al 30° anno di età
- € 30,00 per i Giovani Soci Aggregati dal 31° al 35° anno di età
- € 50,00 per i Soci Aggregati dal 36° anno di età
- € 10,00 una tantum per il primo pagamento per tutti i Soci Ordinari

Il suddetto importo include la somma di Euro 13,00 (dieci/00) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società Il Pensiero Scientifico Editore con sede a Roma, Via San Giovanni Valdarno, 8 - 00138 Roma, codice fiscale: 00429130586 e partita IVA 00889601001, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua italiana della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Giornale Italiano di Cardiologia" con sottotitolo "Organo Ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia, Organo Ufficiale Società Italiana di Chirurgia Cardiaca" e la somma di Euro 27,00 (ventisette/00) che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua inglese della Federazione Italiana di Cardiologia alla Casa Editrice Lippincott, Wilkins & Williams con sede a Londra (GB), 250 Waterloo Road, London SE1 8RD, rivista denominata "Journal of Cardiovascular Medicine" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology".

AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

COMPILARE IN STAMPATELLO E SPEDIRE IN ORIGINALE AD ANMCO - Uffici Amministrativi Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

(Il presente modulo può essere anche scaricato alla pagina www.anmco.it/associazione/come)

Nome e cognome Socio

Indirizzo

Comune Prov. CAP

Telefono

Codice Fiscale

Banca

Agenzia.....

Intestatario/i del conto

IBAN ⁽¹⁾

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Paese
CIN IBAN
CIN
Codice ABI
CAB
Numero Conto Corrente

Il sottoscritto autorizza la banca suddetta ad addebitare sul proprio conto corrente, nella data di scadenza della obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore ⁽²⁾, la quota associativa annuale dell'ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (codice SIA 3F893), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha la facoltà di opporsi all'addebito entro 5 giorni lavorativi bancari dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello indicato nel contratto di corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da effettuarsi mediante comunicazione scritta. Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni che sono riportate nel suddetto contratto di conto corrente o comunque rese pubbliche nei Fogli Informativi predisposti dalla Banca. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

.....
Luogo e data

.....
Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾ Verificare al momento della sottoscrizione del presente modulo con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.
⁽²⁾ Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato nel mese di gennaio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

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

DATI ANAGRAFICI

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 se Struttura privata): 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

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel. Fax E - mail

Nome Primario o F.F.

- Socio ANMCO Non Socio Direttore di struttura complessa
- Responsabile di struttura semplice Dirigente Infermiere Altro

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'Associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante moduli di adesione a 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, i dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito WEB dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito dedicata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via A. 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 in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e il Consiglio di Amministrazione della Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus ringraziano le Cardiologie italiane che con il loro impegno sostengono la Ricerca sulle malattie cardiovascolari

REGIONE	DIRETTORE	DOVE	ATTIVITA'	REFERENTE
BASILICATA	Dott. ANTONIO GIOVANNI CARDINALE Dott. TOMMASO SCANDIFFIO	Matera - Auditorium del Conservatorio	12/02/11 ore 17.30 Conferenza fattori di rischio cardiovascolare	CALCIANO FRANCESCO PAOLO
BASILICATA	Dott. ANTONIO LOPIZZO	Potenza - Palazzo Loffredo	12/02/11 ore 17.00 Conferenza Pubblica in collaborazione con i Lions	
BASILICATA	Dott. BERARDINO D'ALESSANDRO	Policoro - PalaErcole	13/02/11 ore 10.00 Torneo di calcio	TRUNCELLITO LUIGI
BASILICATA	Dott. RINALDO LAULETTA	Lagonegro - Ospedale Di Zona	13/02/11 ore 8.00-13.00 Screening cardiologico	DE VITO MARTA
BASILICATA	Dott. VINCENZO CAPOGROSSO	Venosa - Ospedale S.Francesco	12/02/11 ore 9.00-12.00 Screening cardiologico	GUBELLI SALVATORE
CALABRIA	Dott. GIUSEPPE CARIDI	Ospedale Soverato-Chiaravalle	12/02/11 ore 9.45 - 12.30 Conferenza sui fattori di rischio	BENTIVEGNA MASSIMO
CALABRIA	Dott. MASSIMO ELIA	Crotone - Aula Magna Ist. Prof. S.Pertini	15/02/11 Conferenza "Questioni di Cuore"	LUMARE RAFFAELE
CALABRIA	Dott. FRANCESCO DE ROSA	Cosenza - Aula Magna Liceo Telesio	12/02/11 ore 10.00 Conferenza "Il cuore ... per i ragazzi"	CARPINO CARMINE
CALABRIA	Dott. GAETANO SOLLAZZO	Cetraro - Teatro Comunale	14/02/11 ore 19.00 Evento musicale bandistico diretto dal Maestro E.Pisani	MATTA MARILENA
CALABRIA	Dott. ROSARIO ORTUSO	Palmi - Piazza I° Maggio	13/02/11 ore 9.00-13.00 Il Cardiologo in piazza: controlla il Tuo cuore	
CALABRIA	Dott.ssa MARIA CARMINA AFFINITA	Catanzaro - A.O. Mater Domini	12/02/11 ore 9.00-13.00 Incontri di cardiologia riabilitativa	
CALABRIA	Dott. MICHELE GIULIO ALBERTO COMITO	Vibo Valentia - Liceo Morelli	15/02/11 ore 11.30 Dibattito "Cuore e Scuola"	DE NARDO ALFREDO
CALABRIA	Dott. FRANCESCO CASSADONTE	Catanzaro - Teatro Politeama	20/02/11 ore 21.00 Concerto di Edoardo Bennato	CERAVOLO ROBERTO
CALABRIA	Dott. NICOLA COSENTINO	Cariati Marina	19/02/11 ore 17.00 Incontro con i cittadini al Centro Sociale	
CAMPANIA	Dott. LUIGI CALIENDO	Castellammare di Stabia - P.O. S.Leonardo	12/02/11 ore 9.00 Meeting "Il cuore se lo tratti bene ti dura tutta la vita"	DE CARO GIOVANNI
CAMPANIA	Dott. DOMENICO MICELI Dott. PIO CASO	Napoli - A.O. Monaldi Aula Magna	13/02/11 ore 17.00 Spettacolo teatrale "Un sorriso per il Tuo cuore"	
CAMPANIA	Dott. SALVATORE CANTATRIONE	Napoli - Ospedale E.D'Aosta	12/02/11 e 13/02/11 ore 9.00-13.00 Incontro con i cittadini sui fattori di rischio	GIASI ANNA
CAMPANIA	Dott. FRANCESCO DI PALMA	Boscotrecase - Ospedale S.Anna	12/02/11 ore 9.00 Incontro con le Scuole del Comprensorio	SESTRI CARLO
CAMPANIA	Prof. FRANCO MASCIA	Caserta - Ospedale S.	12/02/11 ore 9.00-13.00 Dibattito sulla ricerca in cardiologia	CASTALDO MARGHERITA
CAMPANIA	Dott. ANTONIO SOCCORSO CAPO- MOLLA	Sant'Angelo dei Lombardi - Ospedale Criscuoli	14/02/11 ore 8.00-17.00 Screening cardiologico	
CAMPANIA	Dott. ANIELLO SANSONE	Forio - Piazza San Gaetano	13/02/11 ore 10.00-13.00 Meeting prevenzione delle malattie cardiovascolari	PILATO GIOVANNI
CAMPANIA	Dott. FRANCESCO SILVESTRI	Salerno - A.O. Ruggi D'Aragona	13/02/11 ore 10.00-13.00 Screening cardiologico in ambulatorio	
CAMPANIA	Dott. RAFFAELE ROTUNNO	Ospedale di Roccadaspide - Aula Magna	16/02/11 ore 9.00-13.00 Incontro pubblico e screening cardiovascolare	
CAMPANIA	Dott. GIOVANNI GREGORIO	Vallo della Lucania - Osp. San Luca Aula Magna	12/02/11 ore 11.00 Incontro/Dibattito "Dialoghi di cuore"	ALOIA ANTONIO
CAMPANIA	Prof. EDUARDO BOSSONE	Cava dei Tirreni - Osp.S.M.Incoronata dell'Olmo	12/02/11 ore 10.00-17.00 Mostra artisti Vietresi	MALINCONICO MARISA
CAMPANIA	Dott. MARINO SCHERILLO	Benevento - Teatro Vittorio Emanuele	12/02/11 ore 19.30 Dibattito: "In prima fila contro il rischio cardiovascolare"	
CAMPANIA	Dott. COSTANTINO ASTARITA	Sorrento - OSPEDALE SANTA MARIA DELLA MISE- RICORDIA		RUSSO GIOVANNI
CAMPANIA	Dott. DOMENICO PRINZI	Giugliano in Campania - OSPEDALE GENERALE DI ZONA		DE ROSA PAOLO
CAMPANIA	Dott. LUIGI SABINO	Maddaloni - PRESIDIO OSPEDALIERO MADDALONI		DE LUCIA ERMINIA
CAMPANIA	Dott. GENNARO BELLIZZI	Ariano Irpino - PRESIDIO OSPEDALIERO		RAGNO EMILIA
CAMPANIA	Dott. BRUNO VILLARI	Benevento - OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' FBF		
EMILIA ROMAGNA	Dott. MAURO GIULIANI	Ospedale di Pavullo nel Frignano	13/02/11 ore 8.30-13.00 Dibattito e screening cardiovascolare	GIULIANI MAURO
EMILIA ROMAGNA	Dott. GIOVANNI FRANCO PERCOCO	Lagosanto - Sala Civica	13/02/11 ore 9.00-12.00 Dibattito: rischio cardiovascolare a seguire "la Passeggiata del Cuore"	PASANISI GIOVANNI
EMILIA ROMAGNA	Dott. ANDREA POZZATI	Bazzano - Ospedale Dossetti	12/02/11 ore 9.00-18.00 Screening cardiologico	
EMILIA ROMAGNA	Dott. FRANCESCO MELANDRI	Sassuolo - Sala conferenze Ospedale	19/02/11 ore 8.00-12.00 Conferenza "Il Tuo cuore tra ospedale e territorio"	
EMILIA ROMAGNA	Dott. OSCAR GADDI	Reggio Emilia - Arcispedale S.M.Nuova	13/02/11 ore 9.30 - 17.00 Le Cardiologie di Reggio incontrano i cittadini	SALS RITA
EMILIA ROMAGNA	Dott.ssa ELISABETTA CATELLANI	Montecchio Emilia - Osp. E.Franchini	13/02/11 ore 9.00-13.00 Screening cardiologico	
EMILIA ROMAGNA	Dott. PIERLUIGI PIERI	Cesena - Piazza Almerici	13/02/11 ore 8.30 - 13.30 Cardiologi in piazza	ZAMMARCHI ARMANDO
EMILIA ROMAGNA	Dott. GIUSEPPE DI PASQUALE	Bologna - Ospedale Maggiore	12/02/11 ore 8.30-13.30 Screening cardiologico in ambulatorio	PALMIERI MASSIMO
EMILIA ROMAGNA	Dott. DIEGO ARDISSINO	Parma - Piazza Garibaldi	14-20/02/11 ore 9.00-19.00 Stand in piazza "Sette di cuore"	MOROZZI LETIZIA
EMILIA ROMAGNA	Dott. STEFANO CAPPELLI	Carpi - OSPEDALE RAMAZZINI		PATRIZI GIAMPIERO
FRIULI VEN GIULIA	ANMCO Regionale	Arta Terme Monte Zoncolan	12/02/11 ore 16.00 Conferenza di Popolazione 13/02/11 ore 9.30 - 13.00 "Cardiologie aperte sulla neve"	
FRIULI VEN GIULIA	Dott. ANDREA DI LENARDA Prof. GIANFRANCO SINAGRA	Lungomare di Barcola - Piazzale 11 settembre	12/02/11 ore 10.30 CAMMINA PER IL TUO CUORE	CHERUBINI ANTONELLA- MASSA LAURA
FRIULI VEN GIULIA	Dott.ssa MARIA GRAZIA BALDIN	Ospedale di Palmanova	12/02/11 ore 9.00-16.00 Calcolo del rischio cardiovascolare	
FRIULI VEN GIULIA	Dott. GIAN LUIGI NICOLOSI	Pordenone - A.O. S.Maria degli Angeli	12-20/02/11 ore 9.00-20.00 Formazione e counseling personalizzato a Pazienti e Familiari	PIASENTIN CADIA

REGIONE	DIRETTORE	DOVE	ATTIVITA'	REFERENTE
FRIULI VEN GIULIA	Dott.ssa MARIA ANTONIETTA IACONO	Gemona del Friuli - Ospedale Civile S.Michele	12/02/11 ore 9.00-16.30 Screening e incontro con i cittadini	FAZIO GRAZIA
LAZIO	Dott. ROBERTO RICCI	Roma - Ospedale S.Spirito - Sala Teatro	14/02/11 ore 18.00 "Le parole del cuore...conversazione con Andrea Camilleri"	LUMIA FRANCESCA
LAZIO	Prof.ssa ANNA PATRIZIA JESI	Roma - P.O. Salus Infirmerum	12/02/11 ore 8.30 Screening di prevenzione cardiovascolare	VETROMILE SIMONE
LAZIO	Dott. ROBERTO SERDOZ	Roma - Ospedale S.Pietro FBF	12/02/11 ore 11.00-17.00 Incontri e screening in cardiologia	DI GIOVINAZZO SABRINA
LAZIO	Dott. MICHELINO BATTISTA	Roma - Ospedale Cristo RE	12/02/11 ore 9.00-12.00 Ambulatorio Open di prevenzione cardiovascolare	BALDO ELISABETTA
LAZIO	Dott.ssa MARIA STELLA FERA	Roma - A.O. S.Camillo Forlanini 1° p nuovi padiglioni	13/02/11 ore 9.30-18.00 Incontro con i cittadini sugli stili di vita	PULIGNANO GIOVANNI
LAZIO	Dott. MICHELE MODICA	Roma - Ist. Dermatologico dell'Immacolata	12/02/11 ore 9-13.30 Conferenza "Corretti stili di vita per chi ha a cuore la salute del cuore"	BAIOCCO SABRINA
LAZIO	Dott. GIUSEPPE FERRAIUOLO	Roma - Ospedale S. Pertini	12/02/11 ore 10.30-12.45 Dibattito "Cuore: Istruzioni per l'uso"	SIMONETTI MAURIZIO
LAZIO	Dott. SERAFINO ORAZI	Rieti - Ospedale S.Camillo de Lellis	12/02/11 ore 9.00-13.00 Screening cardiologico	ELEUTERI LORENZO
LAZIO	Dott. ANTONIO MAINELLA	Sora - OSPEDALE CIVILE SS. TRINITA'		GEMMITI MARIA PAOLA
LAZIO	Dott. LUIGI GIAMUNDO	Anzio - OSPEDALI RIUNITI ANZIO-NETTUNO		PAFI MARCO
LIGURIA	Dott. STEFANO DOMENICUCCI	Sestri-Genova Osp. Antero Micone Cardiologia	12/02/11 ore 9.00-12.00 Incontro dedicato allo Scompenso Cardiaco	PIZZORNO LUIGI
LIGURIA	Dott. FRANCESCO CHIARELLA	Acquario di Genova	13/02/11 ore 10.00 - 14.00 Screening cardiologico e un tuffo al cuore	DELFINO ROBERTO
LIGURIA	Dott. SHAHRAM MOSHIRI	Pietra Ligure - OSPEDALE SANTA CORONA		MOSHIRI SHAHRAM
LIGURIA	Dott. FIORENZO MICCOLI	Imperia - OSPEDALE CIVILE		RANISE ANTONELLO
LOMBARDIA	Dott. EUGENIO CAZZANI	OSPEDALE DI CIRCOLO GALMARINI		CAZZANI
LOMBARDIA	Dott. NICOLA PAGONI	Gardone Val Trompia - Spedali Civili	13/02/11 ore 10.00-18.00 Screening cardiologico	
LOMBARDIA	Dott. MARCO VENIANI	Ospedale Passirana-Rho	13/02/11 ore 14.00-17.00 Calcolo del rischio cardiovascolare	FRISINGHELLI ANNA
LOMBARDIA	Dott. EUGENIO CAZZANI Dott. ROBERTO PEDRETTI	Tradate	12/02/11 ore 15.00-18.00 Un pomeriggio a Villa Truffini per conoscere il Tuo cuore	SARZI BRAGA SIMONA
LOMBARDIA	Dott. EDOARDO GRONDA	Sesto San Giovanni - IRCCS POLICLINICO MULTI-MEDICA	12/02/11 ore 9.00-17.00 Valutazione gratuita del tuo rischio cardiovascolare	ANDREUZZI BRUNO
LOMBARDIA	Dott. FABIO LOCATI	Ospedale di Garbagnate Milanese	12 e 13/02/11 ore 9.00-12.00 Screening cardiologico	
LOMBARDIA	Prof. STEFANO DE SERVI	Legnano - Ospedale Civile	12/02/11 ore 15.00-19.00 Meeting "attacco cardiaco" e ... come riconoscerlo?	DEL ROSSO GIANFRANCO
LOMBARDIA	Dott. ALESSANDRO POLITI	Gravedona - Ospedale Moriggia-Pelascini	12/02/11 ore 9.00-12.00 Incontro su come riconoscere l'attacco cardiaco	
LOMBARDIA	Dott. CARLO CAMPANA	Como - Ospedale S.Anna	14/02/11 Incontro con il pubblico	
LOMBARDIA	Dott. AMERIGO GIORDANO	Lumezzane - Fondazione S.Maugeri	12/02/11 ore 9.00-13.00 Meeting "Conosci il tuo rischio cardiovascolare?"	ZANELLI EMANUELA
LOMBARDIA	Dott. FRANCESCO MAURI	Milano - Osp. Niguarda Polimambulatorio 3	12/02/11 ore 10.00-17.00 Incontro sulla prevenzione cardiovascolare	OLIVA FABRIZIO
LOMBARDIA	Dott. SALVATORE PIRELLI	Cremona - Istituti Ospitalieri	12/02/11 ore 9.00 Incontri sulla prevenzione cardiovascolare	MAINARDI DANIELA
LOMBARDIA	Dott. ANTONELLO GAVAZZI	Bergamo - Ospedali Riuniti	12/02/11 ore 9.30-16.30 Screening cardiovascolare	ROSSINI ROBERTA
LOMBARDIA	Dott. MICHELE SENNI	Bergamo - Palazzetto dello sport	13/02/11 ore 14.00-16.00 "Una volee per il tuo cuore" - torneo misto di tennis	
LOMBARDIA	Dott. GILBERTO BANA	Presidio Ospedaliero Sondrio - Cardiologia	13/02/11 ore 10.00-13.00 Incontro conosci il tuo cuore	
LOMBARDIA	Dott. CARLO BIANCHI	Ospedale Civico di Codogno	13/02/11 ore 9.00-16.30 Screening cardiologico	BIANCHI PIERALBA
LOMBARDIA	Dott. ENRICO MARIA GRECO	Presidio di Cernusco sul naviglio - Sala riunioni	17/02/11 ore 16.30 Incontro "Parliamo di cuore"	
LOMBARDIA	Dott. VINCENZO MONTERICCIO	San Donato Milanese	12/02/11 ore 10.00 Maratona del cuore	
LOMBARDIA	Dott. CLAUDIO CUCCIA	Brescia - Fondazione Poliambulanza	13/02/11 ore 10.00-12.00 Meeting "Controlliamo il cuore"	CANTAMESSA PAOLA
LOMBARDIA	Dott. MICHELE LOMBARDO	OSPEDALE DI VIZZOLO PREDABISSI		
MARCHE	Dott.ssa LUISELLA TAMAGNINI	OSPEDALE SANTA MARIA DELLA PIETA'		TAMAGNINI
MARCHE	Dott. DOMENICO GABRIELLI	Fermo - Piazza del Popolo - Palazzo dei Priori	12/02/11 ore 18.30-21.00 Convengo e a seguire concerto "Musica per il Tuo cuore"	CARDINALI LUCIO
MARCHE	Dott.ssa LUISELLA TAMAGNINI	Camerino - Sala Priori del Municipio	19/02/11 ore 16.00 Conferenza sui risultati "Progetto Cuore"	
MARCHE	Dott.ssa ALBERTA PANGRAZI	Ancona - P.Cardiologico G.M.Lancisi	13/02/11 ore 9.00-12.00 e 16.00-19.00 Meeting "Dentro il tuo cuore"	GABRIELLI GABRIELE
MARCHE	Dott.ssa LUCIA UGUCCIONI	Pesaro - AZIENDA OSPEDALIERA SAN SALVATORE		BATTISTINI ANTONELLA
MOLISE	Dott. PIETRO LEMME	Isernia - Sala convegni CCIAA	17/02/11 ore 17.00 Convengo "Alimentazione e malattie cardiovascolari"	OLIVIERI CARLO
P.A.TRENTO	Dott. GIUSEPPE VERGARADott. ROBERTO BONMASSARI	Trento - Auditorium Azienda Sanitaria	12/02/11 ore 9.00-13.00 Conferenza "Insieme per la vita"	BETTINI ROBERTO
PIEMONTE	Dott.ssa MARIA ROSA CONTE	Torino - Osp. Maurizio Aula Carle	12/02/11 ore 9.00-17.00 Convengo "Cuore ieri oggi e domani"	PARRINI IRIS
PIEMONTE	Dott.ssa MARIA VINCENZA CALI'	Movicentro di Acquer Terme	12/02/11 ore 16.00 Ritmi cardiaci .. Pomeriggio danzante	
PIEMONTE	Dott. GAETANO SENATORE	Stabilimento Ospedaliero Ciriè	12/02/11 ore 8.00-18.00 Screening cardiologico	FERRARI MARILENA
PIEMONTE	Dott. SEBASTIANO MARRA	Torino - Ospedale Molinette	12/02/11 ore 10.00-16.00 Compilazione scheda della salute	BIJNO ROBERTO GUIDO
PIEMONTE	Dott. FRANCESCO PINNERI	Chivasso - Teatrino Civico del Comune	11/02/11 ore 14.30-17.00 Conferenza "Per il tuo cuore... uno scudo costante"	
PIEMONTE	Dott. PANTALEO GIANNUZZI	Veruno - Fondazione S. Maugeri	16/02/11 ore 15.00-18.00 Rilevazione indicatori di rischio	GATTONE MARINELLA
PIEMONTE	Dott. RICCARDO BELLI	Torino - Osp. Maria Vittoria palazzina D	13/02/11 ore 10.00-18.00 Screening cardiologico	MARASEA ANDREA
PIEMONTE	Dott. ROBERTO POZZI	Orbassano - Osp.S.Luigi Gonzaga	13/02/11 ore 10.00-12.00 e 16.00-18.00 Meeting sulle malattie del cuore	NICASTRO CRISTINA
PIEMONTE	Dott. FRANCO AINA	Novara - Sede Amici del Cuore	14/02/11 Incontri con i cittadini	
PIEMONTE	Dott. MARCO SCAGLIONE	Asti - Ospedale Cardinal Massaia	19/02/11 ore 9.30-11.00 Incontro con la popolazione	
PIEMONTE	Dott. UMBERTO PARRAVICINI Dott. ELIO PERCIO	Borgomanero - Osp.SS.Trinità	12/02/11 ore 8.00-20.00 Meeting "Proteggi il tuo cuore: il tempo è vita"	
PIEMONTE	Dott. GABRIELE IRAGHI	Verbania - Piazza Ranzoni	19/02/11 ore 9.00-17.00 Screening cardiologico ... tenda/gazebo in piazza	CERNI GABRIELLA
PIEMONTE	Dott. FERDINANDO VARBELLA	Ospedale di Rivoli	12/02/11 ore 9.00-18.00 Screening ed incontro con il pubblico	ANGELINO PAOLO
PUGLIA	Dott. FILIPPO BOSCIA	Monopoli - Teatro Canale 7	12/02/11 ore 19.30 Musica danza e cabaret	LOPRIORE VINCENZO
PUGLIA	Dott. ALESSANDRO VILLELLA	Lucera - Ospedale Lastaria	12/02/11 ore 12.00-13.30 Meeting sulla Qualità delle cure	MAGGI ALESSANDRO
PUGLIA	Dott. EUGENIO VILEI	Stabilimento Ospedaliero di Maglie	12 e 13/02/11 ore 9.00-13.00 Screening cardiologico	
PUGLIA	Dott. GIOVANNI DE LUCA	Barletta Teatro Curci	18/02/11 ore 20.45 Concerto "La musica ... nel cuore"	PIZZI ANTONIOMODUGNO GIUSEPPE
PUGLIA	Dott. FRANCESCO LOLIVA	Stabilimento Ospedaliero Fasano	12/02/11 ore 16.00-19.30 13/02/11 ore 9.00-13.00 Screening cardiologico ai bimbi di 5° elementare	
PUGLIA	Dott. FRANCO CAVALIERI	Gallipoli - Ospedale Sacro Cuore	12/02/11 ore 8.30-14.00 Meeting sul rischio cardiovascolare	STELLA LUIGI
PUGLIA	Dott. PASQUALE CALDAROLA Dott. CARLO D'AGOSTINO	Bari Cattedrale S.Savino	13/02/11 ore 20.30 Concerto "per il tuo cuore"	RUGGIERO MASSIMOSCALERA GIUSEPPE

REGIONE	DIRETTORE	DOVE	ATTIVITA'	REFERENTE
PUGLIA	Dott. MICHELE CANNONE	Cerignola - Ospedale G.Tatarella	12/02/11 ore 10.00-17.00 Incontro con i cittadini	BIFARO LUIGIA
PUGLIA	Dott. GIANFRANCO IGNONE	Brindisi Ex Osp. Di Summa - Sala convegni	12/02/11 ore 18.00-20.00 Convegno "Un brindisi...al nostro cuore"	
PUGLIA	Dott. CARLO VOLPE	Molfetta - Osp. Don Tonino Bello - Sala Convegni	12/02/11 ore 11.00 Conferenza sulla prevenzione	CUSANNO ANGELA
PUGLIA	Dott. ANTONIO CARPAGNANO	Barletta - Piazza Principe Umberto	13/02/11 ore 9.00 Passeggiata "10.000 passi per il tuo cuore"	
PUGLIA	Dott. GIOVANNI CARLO PICCINNI	Casarano - Liceo Classico	12/02/11 ore 10.00 Convegno "Curoe e droghe"	PICCINNI GIOVANNI CARLO
PUGLIA	Dott. FRANCESCO MAGLIARIDott. ANTONIO MONTINARO	Lecce - Ospedale Vito Fazzi	12/02/11 ore 9.00-12.00 Incontro con i cittadini	MAZZELLA TIZIANA
PUGLIA	Dott. VINCENZO PORTULANO	Martina Franca - PRESIDIO OSPEDALIERO DELLA VALLE D'ITRIA		DI MARINO SERENA
PUGLIA	Dott. ANTONIO AMICO	Copertino - OSPEDALE SAN GIUSEPPE DA COPER-TINO		GRECO EUPREMIO LUIGI
PUGLIA	Dott. FRANCESCO TROSO	Terlizzi - OSPEDALE M. SARCONE		TROSO FRANCESCO
PUGLIA	Dott. MICHELE RUSSO	Barletta - OSPEDALE MONSIGNOR ANGELO R. DI MICCOLI		MASCOLO ANGELO
PUGLIA	Dott. RICCARDO ANTOLINI	Canosa di Puglia - OSPEDALE CIVILE CADUTI IN GUERRA		RAFFAELE
SARDEGNA	Dott. SERGIO MARIANO MARCHI	Ospedale - Oristano Aule Centro Formazione	13/02/11 ore 9.00 Incontro con le scuole medie "La prevenzione inizia ... subito"	DETTORI FRANCESCO
SARDEGNA	Dott. MAURIZIO PORCU	Cagliari - Piazza Carlo Alberto - Quartiere Castello	13/02/11 ore 9.00 Passeggiata "Riscopri a piedi il cuore della tua città"	LOI BRUNO
SICILIA	Dott. VITTORIO GUZZO	Mazara del Vallo - Auditorium P.O. Abele Ajello	13/02/11 ore 10.00 Convegno "Ama il tuo cuore"	DI GIOVANNI PAOLA
SICILIA	Dott. TOMMASO CIPOLLA	Cefalù - Ospedale S.Raffaele Giglio	13/02/11 ore 10.00-14.00 Gazebo con calcolo del rischio	SANFILIPPO MARIA FIORELLA
SICILIA	Dott. ERNESTO MOSSUTI	Siracusa - Largo XXV Luglio (Ortigia)	13/02/11 ore 10.00-16.00 Gazebo con calcolo del rischio	RUBERA CORRADO
SICILIA	Dott. CORRADO DELL'ALI	Ospedale di Avola - Aula conferenze	12/02/11 ore 10.00-11.30 Convegno su stili di vita e ricerca in cardiologia	CAPPABIANCA NICOLA
SICILIA	Dott. MICHELE MASSIMO GULIZIA	Catania - Osp.Garibaldi-Nesima Sala riunioni	12/02/11 ore 9.00-12.00 Meeting di divulgazione scientifica	FRANCESE GIUSEPPINA MAURA
SICILIA	Dott. ALBERTO DI GIROLAMO	Erice - OSPEDALE CIVILE SANT'ANTONIO ABATE		
SICILIA	Dott. ANTONIO FISCELLA	Catania - OSPEDALE CANNIZZARO		PALAZZO GIUSEPPE
SICILIA	Dott. GIULIO VLADIMIRO LETTICA	Vittoria - OSPEDALE RICCARDO GUZZARDI		RUSSO SEBASTIANO
TOSCANA	Dott. LEANDRO CHIODI	Bagno a Ripoli - Osp. S.M.Annunziata	12/02/11 ore 8.00-14.00 Meeting sui corretti stili di vita	BARANI GIANNA
TOSCANA	Dott. EMILIO ANTONIO PAOLINI	Osp. Castelnuovo di Garfagnana - Ambulatorio cardiologico	13/02/11 ore 9.00-12.00 Meeting sui fattori di rischio cardiovascolare	
TOSCANA	Dott. GIANCARLO CASOLO	Viareggio - Bagno Balena	12/02/11 ore 17.00 Interventi comici "Risate di cuore & grandi cuori"	
TOSCANA	Dott. NICOLA D'APRILE	Massa Marittima - Ospedale S.Andrea	19/02/11 ore 9.00-16.00 Valutazione del rischio cardiovascolare negli ambulatori	
TOSCANA	Dott. WILLIAM VERGONI	Pescia - Istituto Tecnico Agrario	19/02/11 ore 15.00 Incontro con la popolazione "Educazione alimentare e salute cardiovascolare"	ROSSINI DUCCIO
TOSCANA	Dott. ROBERTO TESTA	Cecina - Biblioteca Ospedale	13/02/11 ore 9.00-10.00 Convegno "Prevenire le malattie cardiovascolari è possibile"	VENTURINI ELIO
TOSCANA	Dott. FRANCESCO MARIA BOVENZI	Lucca - Ospedale Campo di Marte	12/02/11 ore 10.00-13.00 Concerto "Musica e parole per il tuo cuore"	
TOSCANA	Dott. ROBERTO FAVILLI	Siena - Policlinico "Le Scotte"	13/02/11 ore 9.00-13.00 Meeting di cardiologia	FINESCHI MASSIMO
TOSCANA	Dott. CARLO GIUSTARINI	Volterra - AUXILIUM VITAE VOLTERRA		
TOSCANA	Dott. CARLO GIUSTARINI	Volterra - OSPEDALE SANTA MARIA MADDALENA		
UMBRIA	Dott. GIORGIO MARAGONI	Spoletto - Ospedale S.Matteo degli Infermi	12/02/11 ore 9.00-13.00 Incontro con la popolazione negli ambulatori dell'Ospedale	MARTINO CRISTINA
UMBRIA	Dott. PAOLO VERDECCHIA	Assisi - Ora Hotel Cenacolo	12/02/11 ore 16.00-19.00 Convegno "Impariamo a mantenere un cuore sano"	
UMBRIA	Dott. GENNARO MARIA ARCURI	Città di Castello - P.za Principale	20/02/11 ore 9.00-13.00 Camper in Piazza	MISURI SERGIO
UMBRIA	Dott. GIANFRANCO ALUNNI	Perugia - Facoltà di Medicina e Chirurgia Aula Magna	14/02/11 ore 19.00-23.00 Spettacolo musicale "Medici in ... musica"	
UMBRIA	Prof. ENRICO BOSCHETTI	Terni - Palazzo Gazzoli - Sala Blu	12/02/11 ore 17.00 Spettacolo la "Cavalleria Rusticana"	BOVELLI DANIELLA
UMBRIA	Dott.ssa SARA MANDORLA	15/02 Gubbio (p.za 40 Martiri)17/02 Gualdo Tadino (p.za F.Barbarossa	ore 9.00 La Cardiologia va al Mercato	
VENETO	Dott. CARLO CERNETTI	STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CASTELFRANCO		DESIDERI
VENETO	Dott. ZORAN OLIVARI	Treviso - Osp. Ca' Foncello	Mostra in cardiologia "L'arte fa bene al cuore" 3° edizione	TOTIS OSCAR
VENETO	Dott. EUGENIO MORO	Ospedale di Arzignano	13/02/11 ore 9.00-16.00 Incontro con i cittadini	CERA ANDREA
VENETO	Dott. GIORGIO MORANDO	Ospedale di Legnago	12/02/11 ore 9.00-18.00 Convegno "Il cuore per sempre"	BONI SILVANA
VENETO	Dott. CARLO CERNETTI	Castelfranco Veneto - Hotel Fior	12/02/11 ore 11.00-12.00 Convegno "La cucina veneta del tuo cuore"	DESIDERI ALESSANDRO
VENETO	Dott. PIETRO DELISE	Radio Conegliano	12/02/11 ore 10.00-12.00 "Il cuore in onda"	
VENETO	Dott. JACOPO DALLE MULE	Tai di Cadore - Sala Coletti	18/02/11 ore 9.00-17.00 Convegno "Impariamo a salvare una vita"	
VENETO	Dott. FEDERICO SARTORI	Ospedale di Chioggia	12/02/11 ore 18.00 Conferenza "Riabilitazione e prevenzione: strategie e prospettive future"	OSELLADORE LUCA
VENETO	Dott. MARIO ZANCHETTA	Cittadella - Piazza Pierobon	13/02/11 ore 9.00-13.00 Screening "In piazza"	CARLON ROBERTO
VENETO	Dott. ALFREDO VICENTINI	Biblioteca del Comune di Peschiera del Garda	12/02/11 ore 9.30-13.00 Percorso e tavola rotonda sul tema Prevenzione	DE FEO STEFANIA
VENETO	Dott. FRANCESCO DI PEDE	Portogruaro - Sala consiliare del Municipio	20/02/11 ore 20.45 Concerto "Da Dublin a Liverpool"	MEGNA ANTONELLA
VENETO	Dott. DOMENICO MARCHESE	Piove di Sacco - Auditorium Papa G.Paolo II	18/02/11 ore 20.30 "Il cuore in musica"	
VENETO	Dott. ROBERTO VERLATO	Sala Filarmonica di Camposampiero	15/02/11 ore 16.00 Convegno "La valutazione clinico strumentale in cardiologia"	MANTOVANI ENZO
VENETO	Dott. ANTONIO RAVIELE	Mestre - Piazzale Candiani	12/02/11 ore 9.30 "Corri in bicicletta per il tuo cuore" a seguire conferenza	
VENETO	Dott. LORIS RONCON	Rovigo	12/02/11 Incontri con le scuole "Cuore motore della vita"	
VENETO	Dott. MAURO BOSCHELLO	Lonigo - OSPEDALE CIVILE S. GIOVANNI BATTISTA		

CON IL TUO CONTRIBUTO STIAMO RAGGIUNGENDO IMPORTANTI RISULTATI

“Apri il Tuo Cuore alla Ricerca”



**Continua
a sostenere la ricerca
aiuta la Fondazione
con il 5 PER MILLE**

FIRMA NEL RIQUADRO "FINANZIAMENTO
DEGLI ENTI DELLA RICERCA SANITARIA"
E INDICA IL CODICE FISCALE
94070130482



DONA IL 5 PER MILLE ALLA RICERCA



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

Per conoscere le altre modalità di donazione visita il sito: www.periltuocuore.it

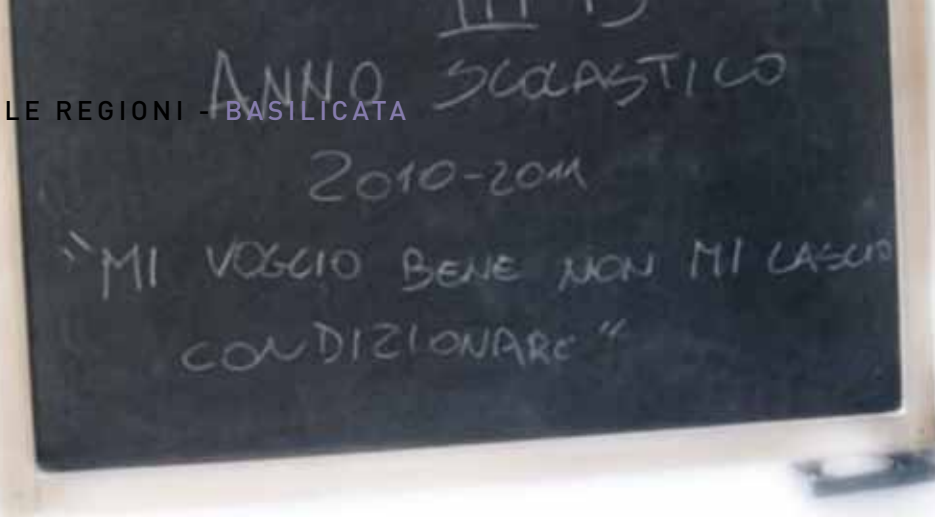


Figura 1

Cultura e Salute. Prevenzione e Stile di Vita: una scelta salutare e gradevole

Recuperiamo operativamente la dieta mediterranea

DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO E ANTONIO GIOVANNI CARDINALE



Il 16 novembre 2010 la Dieta Mediterranea è stata proclamata dall'Unesco patrimonio culturale immateriale dell'umanità. Dieta Mediterranea che deve la sua fortuna e la sua valorizzazione da un punto di vista scientifico al Prof. Ancel Keys durante il suo soggiorno in Campania a Pioppi, frazione di Pollica nel Cilento, luogo dove certamente il Professore godeva della piacevolezza

za della tavola mediterranea e della bellezza del paesaggio. Partendo da questa considerazione sarebbe giusto attendersi un atteggiamento consapevole e conseguente nelle Regioni meridionali su questo tipo di proposta alimentare. Le indagini epidemiologiche offrono uno spaccato diverso. In base ai dati Passi (*Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*) raccolti nel 2008, in Italia:

«...tre adulti su dieci (32%) sono in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso. Dunque, in totale, il 42% della popolazione tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale. Questa condizione è più frequente tra gli uomini (51%) che tra le donne (32%) e aumenta con l'avanzare dell'età: si passa infatti al 18% per la classe d'età 18 - 24 anni al 58% per le persone tra i 50 e i 69 anni. Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e nel

confronto interregionale si osserva un gradiente Nord - Sud: la Lombardia è la Regione con la percentuale più bassa di persone in eccesso ponderale (33%), mentre la Basilicata è quella con il tasso più alto (54%). Sicilia, Campania, Basilicata, Abruzzo e Molise sono le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità». Secondo i dati 2008 di OKkio alla Salute: «...il 4% dei bambini risulta in sovrappeso e il 12% è obeso: quindi, nel nostro Paese, oltre 1 milione e 130 mila bambini tra i 6 e gli 11 anni sono in eccesso ponderale. Le percentuali più alte si registrano nelle Regioni meridionali.

Infatti, la fotografia scattata tra i bambini di 8 - 9 anni mostra come le Regioni più colpite siano Campania, Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise. In testa troviamo la Campania che ha un tasso di obesità del 21%, seguita dalla Sicilia e dalla Calabria, rispettivamente con il 17 e 16%, contro una media nazionale del 12% e i valori minimi del 4% in Friuli Venezia Giulia o il 7% in Sardegna». Spontanei alcuni quesiti: le Regioni del Sud, alcune depresse, presentano un tasso di obesità maggiore che nel resto del Paese. Quali le motivazioni? Non facile una risposta. Una maggiore fragilità intellettuale che porta le famiglie a considerare il bene ed il benessere dei dati in relazione ad un consumo alimentare eccessivo? Un consumo alimentare che potrebbe risentire maggiormente di sollecitazioni esterne? Può essere una spiegazione, considerando la discrepanza che vige tra pubblicità di alimenti non particolarmente salutari ed alimenti salutari. Si sottolinea spesso l'importanza per la salute di alcuni alimenti, questo potrebbe indirettamente passare come una scelta sì salutare,

ma non gustosa (come una medicina, che fa bene, ma di certo non piace). Favorire la cultura della scelta bella, piacevole e gustosa, oltre che salutare. Offrire elementi in positivo per quanto attiene al gusto, alla presentazione, al sapore. Questo lo spirito che dovrebbe sollecitare i più a favorire la presenza di dispenser di frutta ed ortaggi nelle Scuole. Non aver paura di confrontare un frutto con una merendina. È possibile, anche se attualmente registriamo difficoltà in un percorso siffatto. L'alimentazione, l'attività fisica, l'alcol, il fumo sono problemi che devono essere affrontati all'interno della Famiglia, della Società, prioritariamente come un fatto culturale positivo da mettere in campo con convinzione nei confronti di scelte che possono addirittura essere dannose. Importante che la Famiglia sia consapevole e si muova in questa direzione. Importante che i più si ritrovino in un contesto generale, culturale e pratico, che stimoli questi presupposti. Per riprendere una massima dell'ovvio "è più facile non far assumere una cattiva abitudine, piuttosto che poi modificarla". Agire presto, agire in Famiglia, favorire un'azione educativa correlata nell'ambito della Scuola dell'Infanzia e Primaria. Contestualmente portare informazioni nella Scuola Media Secondaria di I e II grado, partendo dalla consapevolezza di difficoltà maggiori, legate ad abitudini già consolidate. Ma anche qui i risultati arrivano. Nella nostra piccola esperienza anticipiamo gli incontri sull'alimentazione offrendo ai ragazzi frutta di stagione (Figura 1). I ragazzi, nella maggioranza gradiscono,

accettano anche di consumare poi almeno una volta la settimana frutta per merenda a Scuola. Occorre dare ai ragazzi, a quelli più grandi un contesto generale dove le loro scelte siano viste in positivo. Qui l'azione di istituzioni, associazioni, mondo scientifico, medici, media. La prevenzione richiede investimenti iniziali ripetuti per dare risposte a medio - lungo periodo. Questo è l'aspetto che spesso limita le scelte dei responsabili istituzionali, che sono sollecitati a dare risposte spesso immediate. Occorre investire sulla Famiglia. La Famiglia ha un ruolo centrale, come arrivarci? Attualmente si cerca un coinvolgimento tramite la Scuola, ma questo non sempre dà risposte positive dirette. I genitori rispondono poco alla sollecitazione a partecipare agli incontri su questi temi, in genere la risposta è migliore nella Scuola dell'Infanzia ed in quella Primaria, per scendere dalla Scuola Secondaria in poi. La partecipazione dei genitori a livello scolastico è inversamente proporzionale all'età dei bambini o dei ragazzi. Attualmente si cerca la condivisione delle famiglie anche in modo indiretto, tramite i ragazzi, affidando loro messaggi, informazioni e materiale da comunicare e si spera discutere e mettere in pratica a casa: Scuola - Famiglia, piuttosto che Famiglia - Scuola. Accanto all'importanza della Famiglia, ruolo centrale deve assumere la Cultura del benessere. Utilizzare la comunicazione in positivo che mostri tutto ciò che di salutare c'è ma inquadrato nell'ottica della "scelta in", bella, innovativa, piacevole, gustosa. Famiglie e ragazzi devono rivedersi in



Associazione "Amici del Cuore"
di Grassano



per il *tuo* cuore
Fondazione per il Tuo cuore - Onlus

Stile di Vita e prevenzione delle malattie cardiovascolari

Un corretto Stile di Vita, quei comportamenti da mettere in pratica per salvaguardare e tutelare il benessere individuale, è importante.

Le malattie dovute a cattive abitudini alimentari, alla sedentarietà, sono molto frequenti in molti Paesi, tra i quali l'Italia.

Abbiamo in Italia un elevato numero di cittadini obesi e in soprappeso e questo determina un aumento delle malattie cardiovascolari, e non solo quelle cardiovascolari.

Importante alimentarsi in modo razionale, seguendo l'alimentazione cosiddetta mediterranea, non abusare con il sale.

Indichiamo alcuni consigli pratici.

Una sana alimentazione deve prevedere:

A – un consumo, più volte il giorno, di frutta e verdure, quest'ultime sia crude che cotte;

B – un consumo due, ancor meglio tre volte la settimana dei legumi (di vario tipo) sia da mangiare con la pasta, sia da soli, sia come contorno;

C – non eccedere con le carni, preferire quelle magre;

D- consumare almeno tre volte la settimana il pesce, preferendo il pesce azzurro;

E – non eccedere con i formaggi (preferire quelli con meno grassi) e non eccedere con i salumi;

F – scegliere come condimento l'olio extravergine d'oliva;

G – utilizzare il sale con moderazione;

H – modo di cottura: preferibile la cottura al forno a quella fritta;

I – non eccedere con le bevande alcoliche, l'uso eventuale deve essere moderato.

Ai ragazzi diciamo, EVITATE L'ALCOL: divertitevi in sicurezza e per far questo non c'è necessità di alcun supplemento d'alcol.

Attività fisica

Importante anche una attività fisica costante: è sufficiente una camminata a passo svelto per trenta, quarantacinque minuti il giorno: non costa nulla ed è salutare.

Mettere in atto piccoli accorgimenti finalizzati a una sana attività fisica: evitare di prendere l'ascensore, non prendere un veicolo per piccoli spostamenti, ma andare a piedi.

Consigli tratti dal libro *Isola della Prevenzione*

Tabella 1



Figura 2

un modello condiviso e piacevole. Accanto a questo anche proposte strutturate con valenza medico - scientifica, le quali, indipendentemente dalle prime, possano collaborare a stabilizzare dei concetti e delle scelte. Un'opera di integrazione tra tutto quello che è stato fatto e si fa con altri mezzi e strumenti. Un ruolo importante può averlo l'ambito medico (cardiologico, oncologico, diabetologico, internistico, ecc.) che possa prevedere minuti aggiuntivi alla visita da dedicare a consigli di prevenzione sullo Stile di Vita, dando loro anche materiale cartaceo (Tabella 1) con semplici e schematiche raccomandazioni da poter consultare facilmente, e richiamare questi consigli nei controlli successivi al primo. Questo semplice passaggio richiede una condivisione da parte dei responsabili della Sanità che devono prevedere magari una visita in meno ma con maggior tempo per le altre. Già solo questo allorquando la preoccupazione principale sono le liste d'attesa, non è facile da realizzare. Una stimolazione di tal tipo ai responsabili istituzionali potrebbe essere fatta contestualmente da Società Scientifiche, l'AMNCO ad

esempio, insieme alle Associazioni di Volontariato che operano nel campo, le Associazioni Amici del Cuore o similari. Agire per ridurre l'incidenza nel tempo di una patologia e contestualmente controllare chi la patologia ce l'ha, rimarcando l'importanza di quei dati epidemiologici in tema di obesità, dati allarmanti, che se non s'interviene determineranno una incidenza maggiore di patologie, fra le quali quelle cardiovascolari. Occorre rivedere l'attuale organizzazione, valutare l'opportunità e la reale necessità di controlli, spesso ravvicinati, la ripetitività di alcuni esami ed altro ancora, argomenti questi che meriterebbero una analisi a parte. Una organizzazione diversa porterebbe anche oggi a recuperare tempo da dedicare ai consigli al dialogo con i pazienti anche su questi temi, e forse anche senza incidere sulle liste d'attesa. Il tutto non è semplice, ma neanche impossibile. Impegnarsi inoltre per coniugare la salute con il bello, con lo stare insieme all'aria aperta ed ammirare tutto ciò che ci circonda. Organizzare annualmente manifestazioni basate su lunghe passeggiate a passo svelto per promuove

vere l'attività fisica (natura, cammino e benessere). Passeggiata nei parchi o nelle ville delle città, Villa Borghese e le altre Ville a Roma, le Cascine a Firenze, il Parco di Gallipoli - Cognato, il Lago di Monticchio, l'Oasi del Pantano di Pignola (Figura 2), il Pollino per citarne alcuni in Basilicata, per stare in contatto con la natura, respirare aria buona, passeggiare. Segnali pratici questi che se opportunamente propagandati troverebbero l'interesse e la partecipazione dei più, stabilizzando il concetto per chi già pratica attività fisica e stimolando coloro che non la praticano. Periodicamente ogni due o tre anni dedicare a questi temi una giornata nell'ambito della Campagna "per il Tuo cuore" 2011. Investire in cultura ed informazione. Rendere tema centrare nell'ambito della comunicazione sui media il problema dello Stile di Vita e l'impegno costante e continuo di Medici, Operatori Sanitari, Società Scientifiche, Associazioni di Volontariato, per presentare anche all'opinione pubblica l'interesse lo studio, l'impegno dei Medici delle Società Scientifiche delle Associazioni di Volontariato su questi temi.

Questionario Informativo delle Cardiologie Calabresi

Un'indispensabile verifica delle "forze cardiologiche in campo"
per elaborare concrete proposte di riorganizzazione

DI M. CHIATTO, R. CAPORALE, F. A. BENEDETTO, N. COSENTINO, A. DE NARDO, A. FERRARO, R. LUMARE

Questionario Informativo delle Cardiologie Calabresi

La Regione Calabria ha in atto il commissariamento della Sanità per debiti pregressi compresi tra 1 e 2 miliardi di Euro. Il Presidente della Regione, Giuseppe Scopelliti, è stato nominato dal Governo Commissario per il Piano di Rientro, che è in corso di definizione. L'obiettivo prioritario che si è posto il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO della Calabria 2010 - 2012 è quello di accreditarsi quale interlocutore tecnico delle Istituzioni Sanitarie regionali, in particolare in questa fase di riordino della rete ospedaliera. Al fine di proporre soluzioni concrete e coerenti con la reale situazione delle forze in campo, abbiamo inviato un Questionario Informativo delle Strutture cardiologiche della Regione, basato su un modulo di raccolta di pochi dati essenziali. Le informazioni ottenute su dotazioni di personale medico, numero e tipologia di posti letto, composizione delle Strutture ed attività effettuate sono indispensabili alla stesura di una proposta di riorganizzazione della Cardiologia regionale.

Disponibilità di posti letto cardiologici

Tutti i Centri contattati hanno fornito le informazioni richieste. In Calabria sono presenti 35 Strutture cardiologiche: 27 pubbliche, 4 accreditate, due universitarie ed una INRCA. Ventisei Strutture hanno posti letto, il cui numero complessivo è pari a 470, divisi tra UTIC, degenza e post-intensiva (Tabella 1) e complessivamente in linea con le stime di necessità (1 posto letto cardiologico/4.255 abitanti rispetto ad una media italiana di 1/4.380, pari ad un eccesso del 3%). L'attuale proposta di riordino della rete ospedaliera della Regione Calabria ne prevede la riduzione a 342 (-27%), dei quali 248 pubblici e 94 privati accreditati, in virtù di una po-

polazione più giovane della media italiana (-5% di ricoveri prevedibili) e di una migrazione sanitaria "consolidata" (-15% di ricoveri necessari). Sono attivi 112 posti letto di UTIC, pari a 5,6 per 10.000 abitanti, ed equivalenti ad un posto letto ogni 17.940 abitanti. Le stime di fabbisogno riportate dal Documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia" (*Giornale Italiano di Cardiologia*, Vol. 10 - Suppl. 3 al N. 6. Giugno 2009) indicano una necessità di 4 - 5 posti per 100.000 abitanti, mentre il rapporto posto UTIC/abitanti derivante dall'indagine della Commissione "Epidemiologia Nazionale e Regionale" (ibidem) risulta di 1/21.816. Ne deriva che in Calabria vi è un eccesso di posti letto UTIC del 20 - 25% rispetto alle stime

	UTIC	Post-Intensiva	Degenza	Totale
Pubblico	92	48	190	330
Accreditato	4	4	96	104
Università	10	2	0	12
INRCA	6	2	16	24
Totale	112	56	261	470

Tabella 1



Figura 1
 Mappa delle UTIC
 - In 4/17 UTIC non si posiziona PMT
 - Solo le UTIC-Emo posizionano IABP,
 utilizzano c-PAP ed ultrafiltrazione
 “on-site”

	Popolazione	N UTIC	N PL	PL/100.000
Cosenza	734.652	8	40	5,5
Catanzaro	368.219	3	28	7,6
Vibo Valentia	166.891	1	8	4,8
Crotone	173.812	1	8	4,6
Reggio Calabria	565.756	4	32	5,6
Calabria	2.009.330	17	116	5,8

di riferimento. Tale eccesso è ancora maggiore se si considera che un consistente numero di pazienti con sindrome coronarica acuta o scompenso avanzato viene ricoverato presso la Terapia Intensiva Post - Operatoria di un Clinica accreditata per Cardiologia Interventistica e Cardiocirurgia, non considerata ufficialmente un UTIC. Non tutti i posti letto di UTIC sono però “high - tech”, per come raccomandato dalla attuale pratica di Terapia Intensiva Cardiologica: ben 4 UTIC su 17 non posiziona il Pace - Maker Temporaneo, e l'utilizzo del contropulsatore aortico, dell'assistenza ventilatoria non invasiva in autonomia di gestione e dell'ultrafiltrazione/emodialisi in UTIC è effettuato esclusivamente, salvo rare eccezioni, nelle UTIC collocate in Hub di Emodinamica. Il riordino della rete ospedaliera prevede la chiusura di alcune di queste UTIC a “bassa tecnologia” o l'accorpamento in Ospedali Spoke, che dovrebbero obbligatoriamente essere in grado di fornire tali prestazioni.

Distribuzione delle risorse sul territorio

Altro aspetto critico è la distribuzione geografica delle risorse. Si registra una concentrazione dei posti di UTIC massima nella Provincia di Catanzaro, che ospita inoltre le 3 Emodinamiche più attive ed entrambe le Cardiocirurgie presenti in regione (Figura 1). Sono attivi 6 Centri di Emodinamica, 5 dei quali con funzione effettiva di Hub di rete dell'emergenza: tre a Catanzaro

(Ospedale Pugliese, Policlinico Mater Domini e Sant'Anna Hospital, queste ultime due Strutture dotate anche di Cardiocirurgia), uno all'Annunziata di Cosenza ed uno agli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria. Pur essendo i Centri numericamente adeguati per le stime epidemiologiche regionali, è evidente che, per la loro collocazione, sia inevitabile la migrazione di pazienti dalle province di Reggio Calabria e Cosenza verso i Centri di Catanzaro; vi



Figura 2



Figura 3
Mappa delle "Reti"

	Popolazione "in rete"	N P-PCI 2010	P-PCI/ milione
Cosenza	330.000	189	570
Catanzaro (Pugliese)	360.000	244	670
Catanzaro (Policlinico)	???	82	?
Catanzaro (S. Anna)	???	15	?
Reggio Calabria	250.000	133	530
Belvedere (CS)	???	27	???
Calabria	2.009.330	690	344

sono inoltre ampi territori esclusi dalla possibilità di fruire dell'angioplastica primaria nei tempi raccomandati, in particolare la fascia Jonica cosentina e crotonese. In tali aree non è però ottimizzata l'organizzazione di trasferimento rapido né è sufficientemente adottata la strategia farmaco-invasiva, che potrebbero consentire almeno ai pazienti a più alto rischio l'angioplastica primaria o di "completare" il trattamento trombolitico, ancora ampiamente utilizzato, con un'angioplastica precoce. Nonostante queste criticità, il numero di angioplastiche totali ed in particolare di quelle primarie in Calabria è andato costantemente aumentando negli anni (Figura 2). Nel 2010 sono state eseguite in Calabria quasi 700 angioplastiche primarie, pari a circa 350/milione di abitanti, rispetto alle 425/milione della media italiana del 2009. Nelle aree urbane di Reggio Calabria, Cosenza e Catanzaro, alcune delle quali efficacemente collegate con Centri Spoke (Lamezia Terme con Catanzaro e Paola con

Cosenza in particolare), in base alla popolazione effettiva di bacino, tale numero è pari a 600 primarie per milione, ottenendo quindi una ottimale rivascolarizzazione dello STEMI con angioplastica (Figura 3). Al contrario, vi sono ampie aree periferiche rispetto ai Centri Hub che per inadeguata organizzazione e distanza eccessiva non possono accedere all'angioplastica primaria.

Conclusioni

La Regione ANMCO Calabria ha mostrato eccellente sensibilità e spirito collaborativo, consentendo una raccolta dati dal 100% delle Strutture cardiologiche in tempi strettissimi. L'analisi dei dati indica per la Calabria una situazione in costante miglioramento, ma comunque a macchia di leopardo.

- La disponibilità complessiva di posti letto cardiologici in Calabria è in linea con la media italiana ma se ne prevede una sensibile riduzione.
- Esiste un numero di posti UTIC sovrastimato rispetto alle stime epi-

demiologiche, ma non tutte le UTIC forniscono uno standard ottimale di prestazioni.

- Le risorse in termini di posti letto di UTIC, Hub di emodinamica e Cardiocirurgia non sono omogeneamente distribuite sul territorio. Ciò fa sì in particolare che l'angioplastica primaria sia garantita solo al 40 - 45% circa degli STEMI, prevalentemente in pazienti delle aree urbane che si presentano direttamente ai Pronti Soccorsi ospedalieri. Tale risultato, sempre più vicino a quello della media italiana, è il frutto di una continua crescita e senz'altro soddisfacente, anche se non ancora ottimale.

Sulla base delle criticità emerse dall'indagine condotta, il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria ha realizzato un documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza/urgenza cardiologica, in accordo con le altre Società Scientifiche di settore della Regione, che sarà consegnato alle Istituzioni Sanitarie Regionali.

Raccomandazioni sulle cure dentarie nei pazienti cardiopatici

DI VALENTINO MORETTI E MARIKA WERREN



I pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO) ed in terapia antiaggregante sono sempre più numerosi e non raramente debbono sottoporsi ad interventi odontoiatrici. La gestione della TAO e della antiaggregazione in queste situazioni continua a rappresentare un elemento di imbarazzo per i Professionisti coinvolti perché, nonostante da anni siano note raccomandazioni sull'argomento, si registrano incomprensioni e comportamenti tali da mettere i pazienti a rischio di complicanze o, nella migliore delle ipotesi, creare inutili allarmismi e difficoltà. La Federazione dei Centri per la diagnosi della trombosi e la Sorveglianza delle terapie Antitrombotiche (FCSA) ha pubblicato Raccomandazioni sull'argomento nell'ambito del più generale problema della "Terapia anticoagulante orale, chirurgica e manovre invasive" in qualche modo validate anche da uno studio italiano recentemente pubblicato. Nel nostro Paese la gestione

della TAO vede risposte organizzative molto diversificate e, per quello che riguarda la terapia antiaggregante, le figure professionali coinvolte sono ancora più numerose (Internisti, Cardiologi, Neurologi, Chirurghi vascolari, ecc.). La gestione di queste terapie nei pazienti candidati a interventi odontoiatrici richiede inevitabilmente il coinvolgimento, a partire dalla condivisione delle conoscenze, dei colleghi Odontoiatri, dei Medici di Medicina Generale e dei Cardiologi al fine di superare le quotidiane, e spesso immotivate difficoltà, e garantire maggiore sicurezza ai pazienti. In questa ottica la sezione ANMCO Friuli Venezia Giulia ha organizzato insieme all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) una giornata di approfondimento sull'argomento che si è tenuta a Palmanova il 25 settembre 2010. Lo scambio di conoscenze è stato molto utile perché, da una parte, si è capito che gli Odontoiatri debbono impadronirsi di alcune nozioni

elementari sulla farmacocinetica e farmacodinamica dei farmaci antiaggreganti, anticoagulanti orali e delle eparine. Dall'altra, i Cardiologi ed i Cardiochirurghi hanno avuto la possibilità di apprendere le varie precauzioni che devono essere prese per far giungere i pazienti ad un intervento odontoiatrico o cardiocirurgico nelle migliori condizioni di igiene dentale. Si è capito come sia fondamentale che si diffonda nella comunità medica ed odontoiatrica la consapevolezza che esistono categorie di pazienti ad elevato rischio tromboembolico (i pazienti portatori di valvole cardiache meccaniche o quelli in cui si è realizzato da poco un evento tromboembolico venoso) o aterotrombotico (ad esempio i pazienti in doppia antiaggregazione per il posizionamento di uno stent medicato) e che ci sono molti interventi odontoiatrici per i quali non vi è necessità di interrompere la TAO o la antiaggregazione specialmente se i pazienti sono ben preparati. Nell'ot-



RACCOMANDAZIONI SULLE CURE DENTARIE NEI PAZIENTI CARDIOPATICI

1. È importante che l'Odontoiatra raccolga una anamnesi farmacologica: una buona pratica clinica potrebbe essere quella di suggerire al paziente - nel momento in cui viene fissato l'appuntamento - di portare con sé l'elenco dei farmaci che assume.
2. Non c'è alcuna necessità di sospendere la TAO (Warfarin, Acenocumarolo) e l'antiaggregazione piastrinica in caso di interventi odontoiatrici "semplici" (ad esempio estrazione di uno o due elementi dentari), ma è opportuno che l'INR (in caso di TAO) venga verificato il giorno prima della procedura e sia inferiore a 3 e che vengano adottati gli accorgimenti consigliati (acido tranexamico, ecc.). È prudente che, in questi casi, gli interventi vengano eseguiti in mattinata e si eviti la seduta del "fine settimana". In un prossimo futuro sarà disponibile un nuovo anticoagulante orale (Dabigatran), le cui modalità di gestione verranno precisate successivamente.
3. I pazienti in doppia antiaggregazione (ASA + Clopidogrel, ASA + Ticlopidina, ASA + Prasugrel) sono, di regola, ad elevato rischio aterotrombotico: la sospensione di uno o di entrambi i farmaci è fortemente sconsigliata.
4. Se l'Odontoiatra valuta che il rischio emorragico - in un paziente anticoagulato che deve sottoporsi ad una procedura - sia tale da non consentire il mantenimento della TAO, l'eventuale sospensione del farmaco dovrebbe essere concordata con il medico di riferimento del paziente, possibilmente attraverso un contatto diretto tra i professionisti. Per i pazienti portatori di protesi valvolari cardiache è consigliabile la consulenza/parere di un Cardiologo del Centro di riferimento.
5. Si ricorda che uno degli elementi che favorisce il sanguinamento è rappresentato dalla flogosi parodontale. È consigliabile pertanto, in particolare nei pazienti anticoagulati o antiaggregati, adottare provvedimenti atti a ridurre la flogosi nei giorni che precedono l'intervento.
6. Le indicazioni alla profilassi per l'endocardite infettiva sono state rivalutate e limitate ai pazienti a rischio elevato (portatori di protesi valvolari o pazienti con precedente endocardite infettiva) sottoposti a procedure che prevedono la manipolazione dei tessuti gengivali o della regione periapicale dei denti o la perforazione della mucosa orale (ad eccezione dell'infiltrazione di anestetico locale attraverso mucosa non infetta).
7. La valutazione preoperatoria per una eventuale "bonifica dentaria" non può limitarsi all'aspetto radiologico, ma deve comprendere una valutazione clinica.
8. Il Cardiologo che segue pazienti con valvulopatie, per i quali si prevede una prospettiva di tipo chirurgico, deve consigliare al paziente controlli odontoiatrici periodici in modo da prevenire e curare le parodontiti.

tica della semplificazione sono state focalizzate le nuove Linee Guida per la profilassi dell'E.I. (limitata quasi esclusivamente ai pazienti ad elevato rischio) e la necessità di una valutazione odontoiatrica completa (più che l'esecuzione di una ortopantomografia) per una corretta impostazione dei pazienti candidati a sostituzione valvolare. Per cercare di fissare i

punti fondamentali emersi sono state sintetizzate delle Raccomandazioni, assieme a un elenco di contatti per ciascuna Cardiologia, che verranno distribuite nelle prossime settimane in tutti gli Studi dentistici della Regione Friuli Venezia Giulia e agli Ambulatori cardiologici.

Bibliografia

1. Terapia anticoagulante orale, chirurgia e manovre invasive. Raccomandazioni della FCSA. Task Force della FCSA su Anticoagulazione, Chirurgia e manovre invasive. Novembre 2005.
2. Standardized low-molecular-weight heparin bridging regimen in outpatients on oral anticoagulants undergoing invasive procedure or surgery: an inception cohort management study. *Circulation*. 2009 Jun 9;119(22):2920-7.
3. Dental Surgery in Anticoagulated Patients. *Arch Intern Med*. 1998;158:1610-1616.

Il Consiglio Direttivo della Lombardia presenta gli Eventi formativi del 2011

DI LUIGI OLTRONA VISCONTI



Il Consiglio Direttivo della Lombardia ha pianificato negli ultimi mesi una serie di iniziative per l'anno 2011 che sono state inserite nel Piano Annuale Formativo e che sono mirate a condividere e discutere con i Soci alcuni dei più recenti avanzamenti nella clinica e una serie di rilevanti problematiche organizzative e gestionali. Il Consiglio Direttivo della Lombardia il giorno 15 dicembre 2010 ha incontrato a Milano i rappresentanti di 23 Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali che hanno interesse in campo cardiologico e che hanno sostenuto negli ultimi anni le iniziative culturali dell'ANMCO. Il

fine è stato quello di presentare i componenti del nuovo Consiglio Direttivo 2010 - 2012, di illustrare il Piano Formativo Regionale 2011 e di ottenere il supporto delle Aziende stesse per i progetti di aggiornamento e formazione. Gli eventi sono stati illustrati dal componente del Consiglio che è responsabile scientifico dell'evento, che ha esposto in estrema sintesi luogo e data dell'evento stesso, obiettivi, destinatari e numero presunto di partecipanti. Questo momento di incontro ha avuto un grande successo: le Aziende hanno apprezzato l'invito e hanno ritenuto utile l'incontro in quanto propedeutico alle successive

proposte di coinvolgimento nelle varie iniziative. I Consiglieri hanno trovato degli interlocutori estremamente attenti, prodighi di suggerimenti e anche di stimoli a ideare ulteriori nuove iniziative. Siamo fiduciosi che questo incontro sia servito a rinsaldare i rapporti con le Aziende e a convincerle a sostenere le iniziative. Le diapositive che sono servite in quell'occasione a illustrare gli eventi sono state in seguito inviate a tutti gli intervenuti, a tutti i Soci della Lombardia e sono disponibili sul Sito WEB dell'ANMCO alla pagina www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/comunicazioni/.

ANMCO REGIONE LOMBARDIA PROGRAMMA PIANO ANNUALE FORMATIVO 2011

1) Convention UTIC 2011 Infermieri

Gazzada (Varese), 26 Marzo 2011
Responsabili: D. Nassiacos, S. Tosoni (Brescia)
Destinatari: Infermieri di UTIC

2) Convention UTIC 2011 Medici

Gazzada (Varese), 8 e 9 Aprile 2011
Responsabili: N. Grieco, A. Limido, L. Oltrona Visconti
Destinatari: Cardiologi UTIC e dei Reparti di Cardiologia

3) Fibrillazione atriale 2011: nuove acquisizioni

in collaborazione con AIAC
 Milano, 16 Aprile 2011
Responsabili: L. Oltrona Visconti, M. Landolina, A. Cirò
Destinatari: Cardiologi Ospedalieri ed Extraos., Internisti

4) Imaging integrato nella cardiopatia ischemica

Milano, 7 Maggio 2011
Responsabili: D. Nassiacos, F. Gentile (Cinisello B.)
Destinatari: Cardiologi Ospedalieri ed Extraos., Internisti

5) Corso di perfezionamento sullo Scopenso

in collaborazione con Università Milano Bicocca
 Monza, 8/10, 5/11, 3/12 2011 e 14/1, 4/2, 3/3 2012
Responsabile: A. Cirò
Destinatari: Cardiologi, altre figure internistiche

6) Clinical and Interventional Forum

in collaborazione con GISE
 Como, Settembre e Milano, Novembre, 2011
Responsabile: F. Buffoli
Destinatari: Cardiologi

7) Lo Scopenso cardiaco tra comorbidità e aspetti trascurati

Tre eventi (aree Bergamo, Como, Cremona/Lodi/Mantova)
Responsabile: G. Di Tano
Destinatari: Cardiologi, Internisti, M. Famiglia, Infermieri

8) CIACC (Convegno InterAssociativo di Cardiologia Clinica)

in collaborazione con SIC, GISE, AIAC, SICOA
 Milano (data da definire, Novembre ?)
Responsabili: M. Negrini, C. Sponzilli
Destinatari: Cardiologi

9) Le cure palliative nel malato non oncologico

Sede e data da definire
Responsabili: A. Cirò, M. Romanò (Vigevano)
Destinatari: Cardiologi, Internisti, M. Famiglia, Infermieri

10) CARDINE

in collaborazione con AMD e SIN
 Eventi nelle Province di Varese, Mantova, Cremona/ Lodi date da definire
Responsabili: D. Nassiacos, M. Negrini, C. Sponzilli
Destinatari: Medici di Famiglia

11) REGISTRO "BLEEDING"

in collaborazione con Regione Piemonte ANMCO , Area Emergenza Urgenza ANMCO, GISE
 Durata 1 mese (Primavera 2011)
Responsabili: F. Buffoli, C. Sponzilli, L. Oltrona Visconti
Destinatari: UTIC del Piemonte e della Lombardia



Ultime novità sullo Scompenso Cardiaco: riflessioni sul Convegno di Fermo

DI ETTORE SAVINI E LUIGI MINUTIELLO



Con il crescente invecchiamento della popolazione, il miglioramento delle cure ed un sapere più consapevole sulle malattie cardiovascolari in genere, l'incidenza dello scompenso cardiaco cresce in maniera esponenziale. Come cresce anche il bisogno di sapere e la necessità di collaborare con tutte le figure professionali che si occupano a vario titolo nel gestire questi pazienti, sia dentro l'ospedale, ma soprattutto sul territo-

rio. In particolar modo nelle Regione Marche, dove esiste, da una parte una elevata e non comune longevità della popolazione e dall'altra un territorio estremamente variegato dal punto di vista geografico, tutto questo unito ad una notevole sensibilità delle Istituzioni verso l'Assistenza sanitaria, ed in particolare quella cardiologica. Con queste premesse è stato organizzato a Fermo, nelle giornate del 5 e 6 novembre 2010, il Convegno "Insufficienza Cardiaca: Up to Date", con

l'intervento dei maggiori esperti nazionali sull'argomento. Sotto l'egida dell'ANMCO e con il patrocinio della Regione Marche, il Dott. Domenico Gabrielli, che da pochi mesi dirige l'U.O. di Cardiologia e UTIC dell'Ospedale Civile di Fermo, ha inteso dare al Convegno una veste sia scientifica che pratica, nella trattazione dei sempre più numerosi argomenti che investono lo scompenso cardiaco, il tutto in una splendida sede, quella delle antiche Sale del Palazzo dei Prio-

ri, gentilmente offerte dal Comune di Fermo. Ha dato lustro all'evento il Professor Attilio Maseri che ha tenuto una Lezione Magistrale sull'importanza della ricerca applicata alla pratica clinica; il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, di cui molti esponenti sono intervenuti scientificamente, ci ha onorato anche tenendo, per l'occasione, la riunione nella nostra città e offrendo la possibilità di una audizione al Consiglio Direttivo Regionale, presieduto dal Dott. Luigi Minutiello di Fabriano. Sempre di ricerca ci ha parlato il Dott. Aldo Pietro Maggioni illustrando gli Studi Clinici che l'ANMCO ha in essere sul territorio nazionale e ci ha presentato i primi dati del Registro europeo "HF Pilot". Graditi e proficui sono stati gli interventi del vertice dell'Area Scopenso Cardiaco del'ANMCO rappresentato dai Dottori Michele Senni e Gianfranco Misuraca, che hanno relazionato l'uno sulle peculiarità dello scopenso cardiaco e l'altro sull'epidemiologia dello stesso. Nutrita la schiera di esperti provenienti da vari presidi Ospedalieri di importanza nazionale primo fra tutti il Niguarda di Milano, con la Dott.ssa Maria Frigerio che ci ha illustrato lo stato dell'arte sul trapianto cardiaco, argomento trattato anche dal punto di vista del Cardiocirurgo dal Dott. Luigi Martinelli, al sempre gradito e puntuale intervento del Dott. Fabrizio Oliva sulla terapia nella fase acuta, stesso argomento per il Dott. Antonio Mafri, ma trattato sotto il profilo non farmacologico, infine il Dott. Maurizio Lunati ci ha espresso il suo parere sull'elettrostimolazione biventricolare. Importanti i contributi della Dott.ssa Daniela Pavan, del Dott. Antonello Gavazzi, del Dott. Adriano Murrone, della Dott.ssa Alessandra Chinaglia, del



Dott. Luigi Tarantini, del Dott. Pompilio Faggiano, del Dott. Maurizio Porcu e del Prof. Vincenzo Romano. Sempre da Milano, il Prof. Edoardo Gronda ci ha illustrato i più recenti Trial Clinici sullo scopenso ed il noto Cardiocirurgo Prof. Ettore Vitali ha presentato gli ultimi device di assistenza ventricolare. Nutrita la presenza romana con il Dott. Alessandro Boccanelli, il Dott. Giovanni Puligano e la Dott.ssa Susanna Grego, nonché quella proveniente dal Lancisi di Ancona con il sempre puntuale intervento del Dott. Gian Piero Perna sul ruolo delle statine. Il Dott. Andrea Di Lenarda di Trieste ha svolto una brillante Relazione sul trattamento delle forme croniche mentre il capitolo dei peptidi natriuretici è stato trattato dal Dott. Giuseppe Di Tano di Cremona. Terminiamo questo elenco, che non comprende per ovvi motivi tanti altri validi e generosi Colleghi, ricordando la Lezione che il Prof. Claudio Rapezzi ci ha tenuto sull'importanza dell'interpretazione dell'elettrocardiogramma nell'insufficienza cardiaca. Si sono inoltre tenute due Tavole Rotonde: una sul consenso informato nei trattamenti estremi ed una sulla organizzazione regionale della rete per l'assistenza allo scopenso, alle quali hanno partecipato Colleghi di chiara fama come i Dottori Quinto



Tozzi, Giovanni Gregorio e Giuseppe Rosato, nonché molti rappresentanti delle Cardiologie della Regione. Il Convegno è stato gradito da Medici ed Infermieri che numerosi hanno riempito la Sala. La serata di gala è stata particolarmente apprezzata, grazie alla maestria dei musicisti che si sono esibiti nello splendido scenario dell'Auditorio San Martino. Sono intervenute alla inaugurazione diverse autorità come il Vice Governatore della Regione Marche, Dott. Paolo Petrini, il Presidente della neonata Provincia del Fermano, On. Fabrizio Cesetti, il Vice Sindaco di Fermo, Dott. Gianluca Tulli, il Chiar.mo Rettore dell'Università Politecnica delle Marche, Prof. Marco Pacetti, il Presidente dell'INRCA Rev.mo Don Vinicio Albanesi e molte altre personalità ed Associazioni tra cui

la locale rappresentanza dell'Associazione Amici del Cuore e della Fondazione Carifermo, il nostro Presidente Dott. Marino Scherillo, il Presidente Eletto Dott. Francesco Maria Bovenzi ed il

Consiglio Direttivo tutto. Le conclusioni del Congresso hanno trovato tutti concordi nel riconoscere l'importanza di un intervento radicato nel territorio per l'assistenza integrata, e a misura d'uomo, di una patologia invalidante come l'insufficienza cardiaca. Dal nostro punto di vista è stata una entusiasmante esperienza sia scientifica che umana, tanto che desideriamo renderla una presenza stabile nel panorama italiano, con cadenza biennale.



Monteroduni (Isernia)

La Cardiologia nel Castello

Le attività del Centro di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari dell'UOC di Cardiologia dell'Ospedale di Isernia

DI CARLO OLIVIERI

Il Convegno "La Cardiologia nel Castello" è diventato un appuntamento fisso per la Cardiologia molisana. Si svolge l'ultimo sabato di novembre e rientra nelle attività del Centro di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari dell'UOC di Cardiologia dell'Ospedale "Ferdinando Veneziale" di Isernia, offrendo l'opportunità di confrontarsi con specialisti di comprovata esperienza sulle novità emerse nel corso dell'anno. Il tutto attraverso un programma



multitematico caratterizzato da una connotazione estremamente pratica. Nel 2010 il Convegno si è svolto il 27 novembre, scegliendo come consueta sede il suggestivo Castello Pignatelli di

Monteroduni, in provincia di Isernia, con la partecipazione di settanta Medici e trenta Infermieri, dai quali è giunto un contributo rilevante nel corso della discussione che si è sviluppata sulle tematiche esposte da specialisti provenienti da diverse regioni. La prima Sessione del Convegno è stata riservata al paziente ad alto rischio cardiovascolare ed ha evidenziato l'importanza della collaborazione tra Cardiologo e Medico di Medicina Generale, resa possibile in una realtà



Castello Pignatelli, Monteroduni (Isernia)

regionale piccola, qual è il Molise. Nel corso della seconda Sessione è stata confrontata la terapia fibrinolitica e l'angioplastica primaria nella SCA con ST elevato. Al termine delle Relazioni si è svolta una Discussione molto vivace nel corso della quale, alla presenza di politici regionali e nazionali, è emersa la necessità di una rete per le sindromi coronariche acute e di una campagna di educazione della popolazione per ridurre il "ritardo evitabile". I professori Giovanni De Gaetano e Giovanni Oriani hanno moderato la Sessione sulle dislipidemie, il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa con particolare attenzione su quando e come intervenire farmacologicamente in prevenzione primaria, secondaria e in presenza di comorbidità. È seguita la Lezione Magistrale del Professore Paolo Pavone sul tema "Fattibilità ed accuratezza della TC multidetettore a basse dosi nella valutazione del circolo coronarico". La prima Sessione pomeridiana ha avuto come tema la fibrillazione atriale. L'attenzione è stata in-

centrata sulle indicazioni della terapia ablativa, su quando, come e perché ripristinare il ritmo sinusale e sui nuovi farmaci anticoagulanti. L'ultima Sessione del Convegno ha posto l'accento sullo scompenso cardiaco, dalle Linee Guida alla terapia elettrica e chirurgica. Ha destato molto interesse la tecnica chirurgica di ricostruzione ventricolare sinistra, "KISS procedure", illustrata dal Dott. Giovanni Troise della Poliambulanza di Brescia. Per il 2011 l'appuntamento con la settima edizione del Convegno è fissato per il 26 novembre, sempre nel Castello Pignatelli di Monteroduni.

L'attività di Educazione Sanitaria

Il Centro di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari dell'Ospedale "Ferdinando Veneziale" da circa dodici anni svolge anche attività clinica e di Educazione Sanitaria nelle Scuole e sul Territorio, oltre a quelle di ricerca per la prevenzione dell'ictus cardioembolico, attraverso la partecipazione agli studi: ACTIVE, ARISTOTLE,

RELY, AVERROES. La Sezione Nursing Molise ha iniziato con molto entusiasmo a muovere i primi passi. Nominati i Referenti Regionali, l'Infermiera Professionale Elvira Gioiosa e la Dottoressa Marina Viccione, è stato creato un gruppo di lavoro che ha stilato un programma di attività formative. La voglia di partecipazione e di aggiornamento che si è manifestata nei primi incontri ha evidenziato l'esigenza di confrontarsi e di essere parte attiva nei percorsi diagnostici e terapeutici, sottolineando il ruolo fondamentale che assume l'Infermiere nel rapporto con il paziente. Sono stati organizzati due incontri nella Sala riunioni dell'U.O.C. di Cardiologia dell'Ospedale di Isernia. Il primo sulla dispnea e il secondo sul dolore toracico. Nel corso degli eventi hanno relazionato Infermieri della Cardiologia e di altre U.O., mostrando una buona capacità espositiva e didattica.

VI edizione della Cardiologia nel Castello - Monteroduni 27 novembre 2010



SFERA SCIENTIFICA
 UFFICIO ORGANIZZATIVO
 U.O.C. I.R.C. 01103-01104-01105-01106-01107-01108-01109-01110-01111-01112-01113-01114-01115-01116-01117-01118-01119-01120-01121-01122-01123-01124-01125-01126-01127-01128-01129-01130-01131-01132-01133-01134-01135-01136-01137-01138-01139-01140-01141-01142-01143-01144-01145-01146-01147-01148-01149-01150-01151-01152-01153-01154-01155-01156-01157-01158-01159-01160-01161-01162-01163-01164-01165-01166-01167-01168-01169-01170-01171-01172-01173-01174-01175-01176-01177-01178-01179-01180-01181-01182-01183-01184-01185-01186-01187-01188-01189-01190-01191-01192-01193-01194-01195-01196-01197-01198-01199-02000

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
 M. DI STASIO
 Tel. 0862 42394
 Fax 0862 42395
 E-mail: m.distasio@anmco.it

Il paziente ad alto rischio cardiovascolare: correlazione tra cardiologo e medico di medicina generale.
 Moderatori: dr. F. Calabrese, dr. M. Iliezione
 9.00-9.15 Il punto di vista del medico di medicina generale, dr. F. Carugno
 9.15-9.30 Il punto di vista del cardiologo, dr. R. Polecchia
 9.30-9.45 discussione

Infarto miocardico
 moderatori: dr. P. Iamone, dr. J. Palascia
 9.45-10.00 Indicazioni alla trombolisi: a chi, quando e dove? dr. I. Tancrozzi
 10.00-10.15 Trombolisi efficace: a dopo? dr. P.M. Mangano
 10.15-10.30 Angioplastica primaria e/o no? Soluzioni sempre il muscolo? dr. F. Gallo di Buccia
 10.30-10.45 discussione
 10.45-11.15 pausa caffè
 Moderatori: prof. G. De Seta, prof. G. Urani

11.15-11.30 Dislipidemie: quando intervenire farmacologicamente in prevenzione primaria e secondaria e con quali farmaci? dr. M. Di Stasio
 11.30-11.45 Diabete tipo 1 e 2: portano a due rischi cumulativi cardiovascolari, o no? dr. M. Sangiuliano
 11.45-12.00 Ipertensione arteriosa: quali farmaci utilizzare nel diabetico e nella insufficienza renale cronica? dr. G. Sottili
 12.15-12.30 discussione

12.30-13.00 Lezione magistrale
 Fattibilità ed accuratezza diagnostica della TC multidetettore a basse dosi nella valutazione del circolo coronarico
 Prof. P. Paganò

13.00-13.15 pausa pranzo

Fibrillazione atriale
 Moderatori: dr. L. Muscarelli, dr. L. Patti
 13.15-13.30 Quando, come e perché riprendere il ritmo sinusale? dr. M. Santamaria
 13.30-13.45 Fibrillazione atriale: terapia per pochi o per molti? dr. G. Gallo
 13.45-13.55 Presente e futuro della terapia anticoagulante orale, dr. C. Dieneri
 13.55-14.15 discussione

Scuola cardiaca
 Moderatori: prof. N. Ferrara, dr. U. Di Leo
 14.15-14.30 L'insufficienza cardiaca, dr. I. Pratali
 14.30-14.45 Terapia dell'insufficienza cardiaca? dr. S. Stabile
 14.45-15.00 Terapia chirurgica: quando e come? dr. G. Iorio
 15.00-15.15 discussione
 15.15-15.30 test di apprendimento

Il presente è solo un esempio del programma e non deve essere considerato un modello. Le attività sono programmate in base alle disponibilità. Per informazioni e per il contributo economico, si prega di scrivere a: ANMCO Molise, viale della Repubblica, 101, 01100 Monteroduni (VI) Tel. 0862 42394 Fax 0862 42395 E-mail: m.distasio@anmco.it

INIZIATIVA ORGANIZZATIVA A CARICO DI CONTRIBUTI EDUCATIVI DI:



La Formazione nelle Scuole
 Intanto prende piede un programma di prevenzione delle Malattie cardiovascolari diretto agli Insegnanti delle Scuole di primo e secondo grado della Regione. L'iniziativa nasce in seguito all'incontro tra l'Assessore Regionale alla Pubblica Istruzione, il Provveditore agli Studi del Molise, il Presidente ANMCO Molise, il Referente Regionale dell'Area Nursing e l'Infermiera Professionale Rosa Chiodi del Centro di Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari dell'Ospedale "Ferdinando Veneziale" di Isernia. L'iniziativa è stata accolta favorevolmente e si svolgerà nel corso dell'anno scolastico corrente con un campione limitato di Scuole, per poi svilupparsi ulteriormente, nell'anno scolastico 2011 - 2012, attraverso un programma più articolato. L'Assessore Regionale alla Pubblica Istruzione ha offerto un contributo economico per l'attuazione del progetto e porterà all'attenzione della Giunta Regionale l'iniziativa, per proporre uno stanziamento finanziario

per il prossimo anno scolastico. Nel progetto l'Infermiere avrà un ruolo importante perché si affiancherà al Medico nella didattica, previsti Corsi Formativi specifici. Altra iniziativa che vedrà insieme Cardiologi e Infermieri sarà quella dedicata all'educazione sanitaria, finalizzata alla riduzione del "ritardo evitabile". A tal proposito sono previsti incontri sul territorio e sulle reti televisive locali, per informare in che modo comportarsi e come e quando recarsi in Ospedale quando

è in corso il dolore toracico. Dunque, un programma intenso che, grazie all'entusiasmo, ha prodotto numerosi eventi di grande interesse nei primi sei mesi del nuovo Direttivo. Entusiasmo che si spera non si affievolisca con il passare del tempo e possa produrre altre attività.

Diabete Mellito tipo 2 e Scompenso Cardiaco: una esperienza “sul campo”

DI ANTONELLA BRUNDU E FRANCESCO URAS

La prevalenza del Diabete Mellito degli adulti (età ≥ 20 anni) è, secondo i dati della letteratura internazionale, destinata ad aumentare del 35%, nel periodo compreso tra il 1995 ed il 2025, passando dal 4.0 al 5.4%⁽¹⁾. Si calcola che la malattia, ancora per i prossimi due decenni, avrà una maggiore prevalenza nei paesi che, come il nostro, hanno una economia sviluppata, per il progressivo invecchiamento della popolazione generale e per l'aumento della sedentarietà e dell'obesità. Tra le complicanze diabetiche più onerose per morbilità, mortalità e costi sanitari, figurano le malattie cardiovascolari e tra queste lo Scompenso Cardiaco che, al pari del Diabete, è una patologia in continua espansione epidemiologica⁽²⁻³⁾. In Sardegna la malattia diabetica è una patologia a forte impatto sociale ed economico e ad altissima incidenza: in particolare, il Diabete di tipo 2 rappresenta circa il 90% di tutti i casi diagnosticati. Il legame tra Diabete e Scompenso Cardiaco è noto da molto tempo e supportato da varie ricerche epidemiologiche: la sua prevalenza tra i pazienti affetti da Scompenso Cardiaco è circa del 13% in uno Studio condotto sulla popolazione di Rochester (Minnesota, MN, USA)⁽⁴⁾, del 30% in una popolazione anziana della Regione

Campania⁽⁵⁾, del 26% in un gruppo di pazienti ricoverati al Massachusetts General Hospital⁽⁶⁾ e del 24% nei pazienti arruolati nei principali Studi Clinici sul trattamento dello Scompenso Cardiaco: BEST, CONSENSUS, DIG, ELITE, ELITE II, EMIAT, MERIT - HF, SAVE, SOLVD - Prevention, SOLVD - Treatment, VE - HeFT II, VE - HeFT III)⁽⁷⁻¹⁷⁾. Vista la rilevanza del problema, particolarmente sentito in Sardegna, abbiamo voluto dare un nostro “simbolico” contributo valutando quale potesse essere “uno spaccato” della situazione nella popolazione afferente alla nostra realtà ospedaliera: per cui abbiamo esaminato un campione delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati consecutivamente nei primi 4 mesi del 2010 presso la nostra Divisione di Cardiologia per Scompenso Cardiaco Acuto (AHF), senza storia nota o segni clinici e laboratoristici di cardiopatia ischemica, che, notoriamente, è fortemente associata all'insufficienza cardiaca, selezionando i pazienti affetti da Diabete tipo 2 che abbiamo confrontato con una equivalente popolazione, sempre ricoverata per AHF ma non affetta da Diabete. Per entrambi i gruppi sono stati valutati i seguenti parametri demografici (età, sesso, giorni di degenza), strumentali (coronarografia), laboratoristici (dosaggio di Troponina e BNP),

presenza di concomitanti fattori di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia). I test statistici utilizzati sono stati: il t di student per il confronto tra le medie ed il chi quadro per i valori percentuali (significatività statistica se $p \leq 0,05$). Nella casistica raccolta abbiamo trovato che 31 pazienti erano affetti da Diabete Mellito tipo 2 (21 Maschie e 10 Femmine), di età media di $67,4 \pm 11,28$ anni che sono stati confrontati con un gruppo di controllo di non affetti: 31 pazienti (23 Maschi e 8 Femmine) di età media di $48,3 \pm 8,2$ anni. Dall'analisi dei dati è emerso che i pazienti diabetici sono più anziani ($p: 0,000$), maggiormente ipertesi (80% vs 14,5%, $p: 0,009$), dislipidemicici (65% vs 27%, $p: 0,002$) e con valori pressorici meno controllati rispetto al gruppo di controllo (P.A. sistolica media rispettivamente di $138,5 \pm 29,3$ mmHg vs $122,9 \pm 19,3$ mmHg con $p: 0,02$ e P.A. diastolica media di $87,0 \pm 15,3$ mmHg vs $78,2 \pm 8,9$ mmHg con $p: 0,007$) e maggiormente coronaropatici (rispettivamente su 11 diabetici che hanno eseguito coronarografia 9 (82%) hanno presentato stenosi emodinamicamente significative mentre su 18 “non” che hanno eseguito esame angiografico, solo 5 (3%) hanno presentato stenosi emodinamicamente significative). Non sono emerse, invece, differenze significative ($p \geq 0,05$)

per quel che riguarda i valori di Troponina (valori medi: $0,39 \pm 1,24$ ng/ml nei diabetici vs $0,17 \pm 0,47$ ng/ml nel gruppo di controllo), BNP (valori medi: $563,75 \pm 482$, vs $640,1 \pm 529$ pg/ml), giorni di degenza (rispettivamente: $7,1 \pm 4,0$ vs $6,5 \pm 3,5$ giorni). Per quanto attiene alla terapia alla dimissione, abbiamo focalizzato la nostra attenzione sulla popolazione più a rischio, ossia quella diabetica, ed abbiamo trovato un buon utilizzo dei dispositivi farmacologici e della posologia anti - scompenso, infatti 19 pazienti (61,5% del totale) avevano i beta - bloccanti (dosaggio medio: $7,0 \pm 8,4$ mg), 23 (75% del totale) ACE - Inibitori (dosaggio medio: $8,2 \pm 6,6$ mg), 28 (90,5% del totale) diuretici, di cui 24 (78%) furosemide (dosaggio medio: $56,7 \pm 35,9$ mg), 16 (52%) risparmiatori di potassio (dosaggio medio: $51,5 \pm 26,2$ mg) ed 11 (36%) la digitale (dosaggio medio: $0,181 \pm 0,06$ mg). Il profilo del paziente affetto da insufficienza cardiaca che emerge da questo confronto, per quanto si tratti di un "piccolo campione", è quello di un soggetto anziano, prevalentemente di sesso maschile e con diversi fattori di rischio cardiovascolare, che corrisponde alla recente definizione che è stata data di "paziente fragile". La vasta letteratura disponibile sullo Scompenso Cardiaco nel diabetico (preferenzialmente nella coorte dei diabetici di tipo 2) ci conferma che questa patologia rappresenta una complicanza sottostimata anche se ad alto rischio di mortalità⁽¹⁸⁾. Infatti, oltre al danno d'organo, l'associazione significativa con altri fattori di rischio cardiovascolare, la maggior presenza di coronaropatia, è da ricordare l'effetto tossico

dell'iperglicemia sul metabolismo miocitario ed il rimodellamento ventricolare, con ripercussioni negative sull'anatomia e fisiologia cardiovascolare, già compromessa nel paziente affetto da scompenso. Pertanto sarebbe auspicabile migliorare continuamente l'inquadramento e la gestione clinico - terapeutica di questi pazienti attraverso l'attuazione di quanto già proposto a livello nazionale ed internazionale, ma ancora scarsamente attuato, soprattutto nelle realtà periferiche, ossia tentare di stabilire dei protocolli mirati atti a favorire un'azione sinergica e di continuo confronto che coinvolga un pool di esperti (Medico di Medicina Generale, Cardiologo, Diabetologo, Oculista, Neurologo, Nefrologo) in modo da costituire una vera e propria rete di intervento nel breve e lungo periodo⁽²⁰⁻²¹⁾. Infine, il trattamento farmacologico standard dello Scompenso Cardiaco prevede l'utilizzo di ACE - inibitori e beta - bloccanti, associati a diuretici in presenza di ritenzione idrica o predisposizione a svilupparla. In diversi studi condotti in soggetti ipertesi sono stati valutati gli effetti che questi farmaci hanno sul profilo glicidico⁽¹⁹⁻²²⁾. Su quest'ultimo gli ACE - inibitori non hanno alcun effetto significativo anche se in alcuni studi è stato osservato un miglioramento dell'insulino - resistenza fino alla riduzione, in alcuni pazienti, della terapia insulinica o ipoglicemizzante orale⁽²³⁾. Per i pazienti con Diabete, il beneficio degli ACE - inibitori è stato osservato, oltre che nel post - infarto, anche in presenza di una ridotta frazione di eiezione o di Scompenso Cardiaco⁽²⁴⁾. Analoghi effetti positivi sia nei diabetici sia nei

non diabetici sono stati riscontrati soprattutto nel ridurre la mortalità e la frequenza di ricoveri, l'incidenza di complicanze come la nefropatia diabetica, la necessità di dialisi o di laserterapia in presenza di retinopatia⁽²⁵⁾. I beta - bloccanti hanno un effetto negativo sul profilo glicidico, in quanto possono indurre intolleranza al glucosio e insorgenza di Diabete. Alcuni studi hanno dimostrato che i beta - bloccanti (selettivi e non) alterano la capacità dell'insulina di promuovere la captazione di glucosio nei tessuti periferici, come nel muscolo scheletrico⁽²⁶⁻²⁷⁾ con conseguente iperinsulinemia compensatoria e leggero aumento delle concentrazioni di glucosio. Tuttavia nello Studio MOCHA (Multicenter Oral Carvedilol Heart Failure Assessment)⁽²⁸⁾ si è visto che il carvedilolo riduce significativamente la mortalità, rispetto al placebo, anche nei pazienti diabetici (6.1 vs 30%). I diuretici sembrano avere un effetto negativo sul profilo glicidico. In alcuni Studi, infatti, è stato osservato un aumento della glicemia e dell'emoglobina glicata soprattutto nei pazienti che ne assumevano dosi elevate⁽²⁹⁻³⁰⁾. Si pensa che la deplezione di potassio indotta da questi farmaci sia associata a una riduzione marcata del rilascio di insulina glucosio - mediato, ma si è anche visto che gli effetti sul rilascio insulinico scompaiono completamente se, insieme ai diuretici, vengono assunti supplementi di potassio⁽³¹⁾. Pertanto, data l'elevata prevalenza di diabetici tra i pazienti con Scompenso Cardiaco, sarebbe necessario ed auspicabile un attento controllo del profilo glicidico anche in relazione alla terapia specifica ed alle sue variazioni

nel tempo. Infatti, è noto che i pazienti diabetici con Scompensamento Cardiaco conclamato presentano una prognosi peggiore rispetto ai non diabetici: pertanto i trattamenti farmacologici anti - scompenso oggi disponibili, assieme ad un più stretto controllo glicemico, ad una azione sinergica di più figure specialistiche, alla “formazione ed informazione” del paziente per il monitoraggio domiciliare di alcuni parametri - sentinella di riesacerbazione di malattia (peso corporeo, diuresi, introito idrico giornaliero, uso di sale nella dieta, pressione arteriosa, ecc.) potrebbero essere in grado di contribuire, oltre che all’approfondimento delle conoscenze sul binomio Diabete - insufficienza cardiaca, ad un aggiornamento continuo e tempestivo della posologia farmacologia e ad un più razionale accesso alle Strutture ospedaliere con una conseguente riduzione delle ospedalizzazioni, e di eventi cardiovascolari.

Bibliografia:

- 1) King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-31.
- 2) Bagust A, Hopkinson PK, Maslove L, Currie CJ. The projected health care burden of type 2 diabetes in the UK from 2000 to 2060. *Diabet Med* 2002;19 (Suppl 4):1-5
- 3) Clarke P, Gray A, Legood R, Briggs A, Holman R. The impact of diabetes-related complications on healthcare costs: results from the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS Study No.65). *Diabet Med* 2003;20:442-50
- 4) Senni M, Tribouilloy CM, Rodeheffer RJ, et al. Congestive heart failure in the community. *Arch Intern Med* 1999; 159:29-34.
- 5) Amato L, Paolisso G, Cacciatore F, et al. Congestive heart failure predicts the development of non-insulin-dependent diabetes mellitus in the elderly. *Diabetes Metab* 1997;23:213-8.
- 6) Polanczyk CA, Rohde LEP, Dec GW, DiSalvo T. Ten-year trends in hospital care for congestive heart failure. Improved outcomes and increased use of resources. *Arch Intern Med* 2000;160:325-32.
- 7) A trial of the beta-blocker bucindolol in patients with advanced chronic heart failure. The Beta-Blocker Evaluation of Survival Trial Investigators. *N Engl J Med* 2001;344:1659-67.
- 8) The CONSENSUS Trial Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med* 1987;316:1429-35.
- 9) Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med* 1997;336:525-33.
- 10) Pitt B, Segal R, Martinez FA, et al. Randomised trial of losartan versus captopril in patients over 65 with heart failure (Evaluation of Losartan in the Elderly Study, ELITE). *Lancet* 1997;349:747-52.
- 11) Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure. Randomised trial: the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000;355:1582-7.
- 12) Julian DG, Camm AJ, Frangin G, et al. Randomised trial of effect of amiodarone on mortality in patients with left ventricular dysfunction after recent myocardial infarction: EMIAE. European Myocardial Infarct Amiodarone Trial Investigators. *Lancet* 1997;349:667-74.
- 13) Hjalmarson A, Goldstein S, Fagerberg B, et al. Effect of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations and well-being in patients with heart failure. The Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure. *JAMA* 2000;283:1295-302.
- 14) Pfeffer MA, Braunwald E, Moye LA, et al, for the SAVE Investigators. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992;327:669-77.
- 15) SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *N Engl J Med* 1992; 327:685-91.
- 16) SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991;325:393-302.
- 17) Cohn JN, Ziesche S, Smith R et al. Effect of the calcium antagonist felodipine as supplementary vasodilator therapy in patients with chronic heart failure treated with enalapril. V-HeFTIII. *Circulation* 1997;96:856-63.
- 18) Tarantini L, Di Lenarda A, Velussi M, Faggiano M, Comaschi M, Faglia E, Maggioni AP. Diabete Mellito, disfunzione ventricolare sinistra e Scompensamento Cardiaco. *Ital Heart J Suppl* Agosto 2004. Vol 5:605-15.
- 19) Jong P, Yusuf S, Rousseau MF, Ahn SA, Bangdiwala SI. Effect of enalapril on 12-year survival and life expectancy in patients with left ventricular systolic dysfunction: a follow-up study. *Lancet* 2003;361:1843-8.
- 20) Nielsen OW, Hansen JF, Hilden J, Larsen CT, Svanegaard J. Risk assessment of left ventricular systolic dysfunction in primary care: cross sectional study evaluating a range of diagnostic tests. *BMJ* 2000;320:220-4.
- 21) Kannel WB, D’agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. *Arch Intern Med* 1999;159:1197-204.
- 22) Ferrua S et al. Interazioni tra Scompensamento Cardiaco e Diabete mellito: revisione critica della letteratura. *Ital Heart J Suppl* Nov 2001. Vol 2:1192-1200.
- 23) Buller GK, Perazella M. ACE inhibitor-induced hypoglycaemia. *Am J Med* 1991;91:1045.
- 24) Shindler DM, Kostis JB, Yusuf S, et al. Diabetes Mellitus, a predictor of morbidity and mortality in the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) Trials and Registry. *Am J Cardiol* 1996;77:1017-20.
- 25) Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. *N Engl J Med* 2000;342:143-53.
- 26) Pollare T, Lithell H, Morlin C, Prantare H, Hvarfner A, Ljunghall S. Metabolic effects of diltiazem and atenolol: results from a randomized. Double-blind study with parallel groups. *J Hypertens* 1989;7:551-9.
- 27) Lithell H, Pollare T, Vessby B. Metabolic effects of pindolol and propranolol in a double-blind cross-over study in hypertensive patients. *Blood Press* 1992;1:92-101.
- 28) Bristow MR, Gilbert EM, Abraham WT, et al. Effect of carvedilol on left ventricular function and mortality in diabetic versus non-diabetic patients with ischaemic or non-ischaemic dilated cardiomyopathy. (abstr). *Eur Heart J* 1996;17:P 450.
- 29) Rengtsson C, Blohme G, Lapidus L. Do Antihypertensive drugs precipitate diabetes? *BMJ* 1984;289:1495-7.
- 30) Donahue R, Abbott R, Wilson P. Effect of diuretic use on the development of diabetes mellitus: in the Framingham study. *Horm Metab Res* 1990;22:46-8.
- 31) Helderma J, Elahi D, Anderson D. Prevention of the glucose intolerance of thiazide diuretics by maintenance of body potassium. *Diabetes* 1983;32:106-11.

Lettera aperta dei clinici ospedalieri del Veneto *sulla politica sanitaria in Italia*

Come saranno gli Ospedali del futuro?
I Medici ospedalieri guideranno le scelte o le subiranno passivamente?

DI PIETRO DELISE



Da alcuni anni nel nostro Paese i clinici ospedalieri vengono esclusi dalla programmazione e dalle decisioni strategiche di politica sanitaria a tutti i livelli (Governo, Regioni, ULSS). Il fenomeno è andato accentuandosi nel corso del tempo e nasce dall'assenza di strumenti legislativi che prevedano istituzionalmente il coinvolgimento dei clinici nella "stanza dei bottoni". Appare paradossale

come si pensi di costruire la Sanità del futuro senza sentire il nostro parere o coinvolgendoci solo marginalmente. Ed è frustrante che le nostre opinioni discusse in consessi sempre più autoreferenziali non abbiano sbocco né forza per incidere. Si tratta di una condizione che non ha paragoni nei Paesi più avanzati come gli Stati Uniti dove l'opinione dei Medici è ascoltata e tenuta nella massima considerazione. Nel Veneto la situazione è simile

a quella del resto dell'Italia. Per tale motivo un nutrito gruppo di Associazioni Scientifiche di categoria ha sottoscritto una lettera aperta che è stata inviata alle massime Autorità Regionali. Riportiamo integralmente il testo della lettera stessa. Alla lettera è seguito un impegno verbale a modificare le cose in futuro. Attendiamo fiduciosi.

Lettera aperta alle Autorità Sanitarie del Veneto

Il.mi Signori,

le difficoltà in cui versa la Sanità veneta sono di dominio pubblico.

Tali difficoltà sono legate soprattutto ai costi economici crescenti che ne mettono in discussione la sostenibilità, come d'altronde avviene in tutto il mondo occidentale.

Trovare i correttivi non è certo cosa facile e nel momento delle scelte la possibilità di errori è in agguato.

La Sanità veneta ha raggiunto livelli di eccellenza che ci sono riconosciuti in tutto il mondo e che la nostra Gente è abituata a considerare uno standard acquisito.

Questo risultato è frutto di un modello che è stato costruito nel tempo attraverso l'impegno, la fantasia e il sacrificio di diversi soggetti, ma in particolare dei Medici (e degli Infermieri).

Questa lettera è per denunciare una situazione che si è instaurata negli ultimi anni e che riteniamo ingiusta e pericolosa per il futuro di tutti noi Cittadini.

In sintesi, i Clinici ospedalieri sono stati di fatto estromessi sia a livello regionale che nelle singole ULSS dalla maggioranza dei percorsi programmatici e dai processi decisionali. Il nostro parere, salvo eccezioni, non conta o, peggio ancora, viene considerato inquinato da conflitti di interesse più o meno confessabili.

Siamo convinti che questo pregiudizio non corrisponda a verità e non sia utile al sistema. I Medici infatti sono interlocutori preziosi in quanto operano attivamente nella realtà di tutti i giorni e meglio di chiunque altro conoscono la Sanità e i suoi bisogni. Sanno anche come e dove si può contenere la spesa e dove invece la spesa è bene che non venga toccata.

Noi Medici ospedalieri siamo disponibili a offrire il nostro contributo per raggiungere insieme ai Decisori politici e amministrativi gli obiettivi comuni di qualità e sostenibilità economica.

Chiediamo di essere coinvolti "istituzionalmente" e non essere relegati al ruolo di passivi esecutori di decisioni già prese e spesso non condivise perchè a nostro avviso inadeguate.

Questo appello non è la rivendicazione di una lobby autoreferenziale ma il consiglio di un gruppo di Cittadini informati dei fatti.

I Medici possono aiutarvi a fare le scelte più opportune per migliorare l'attuale Sistema Sanitario, ma anche a evitare decisioni che potrebbero rivelarsi controproducenti se non dannose.

Firmato:

ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)

ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani)

AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri)

AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani)

AUROIT (Associazione Urologi Italiani Ospedalieri)

FADOI (Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti)

SICVE (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare)

SIGO (Società Italiana Geriatri Ospedalieri)

SIN (Società Italiana di Neurologia)

SVOTO (Società Veneta Ortopedici Traumatologi Ospedalieri)



Cuore Chiaro Onlus

Cardiosimpatici di Caltanissetta

Cardiosimpatici, per non far gravare il peso dell'attributo di "cardiopatico" come marchio di handicap nell'immaginario collettivo

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI E LUIGI SCARNATO

Nasce il 29 gennaio 1999 a Caltanissetta, nel cuore della Sicilia, una Associazione fatta di cardiosimpatici, cioè portatori di affezioni cardiovascolari così definiti dai Soci fondatori allo scopo di non far gravare il peso dell'attributo di "cardiopatico" e di evitare che potesse rappresentare un "marchio" di portatore di inabilità ed handicap nell'immaginario collettivo. Due laici, Giuseppe Lo Maglio e Adriano Falletta, insieme a un Cardiologo, il Dott. Luigi Scarnato, iniziarono così il loro cammino di volontariato e divulgazione della prevenzione e riabilita-



zione cardiovascolare. lattia e quindi "guariti". Il 5 febbraio 1999 Cuore Chiaro Onlus viene a far parte dell'anagrafe delle Onlus presso l'Agenzia delle Entrate, assumendo così piena identità giuridica. Il primo Statuto, molto elementare, a fronte di esigenze burocratiche sempre più pressanti, assume un nuovo assetto secondo le normative del D. Lgs 460/97 il 7 novembre 2007; la Presidenza

tra a far parte del coordinamento nazionale di CONACUORE. Una occhiata allo Statuto ci sarà utile per capire come la Onlus abbia voluto muoversi seguendo itinerari legislativi di respiro europeo. L'Associazione nasce senza fini di lucro e apolitica, intendendo

perseguire esclusivamente finalità di assistenza socio - sanitaria, e in particolare la promozione di attività relative ai settori della prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione delle cardiopatie. L'Associazione è ispirata ai principi del volontariato e si basa sull'attività spontanea dei volontari. Essa ha lo scopo fondamentale di favorire e/o collaborare a forme partecipative d'intervento socio - sanitario, sull'ambiente, sull'handicap e ad altre iniziative dirette comunque alla messa in atto di sperimentazioni innovative. Per il perseguimento dei fini previsti dallo Statuto può collaborare con Enti Istituzionali e privati, con altre Associazioni di Volontariato e con le ASL. Nell'ambito del descritto scopo sociale Cuore Chiaro Onlus è in grado di svolgere attività di prevenzione (rivolta alla popolazione sana per la correzione dei fattori di rischio a tutte le età e in tutti gli ambienti, e ai

I cardiosimpatici sono distinti in "sani", che vogliono offrire solidarietà e conoscere come prevenire le cardiopatie, e "risanati", che si sono giovati delle cure

zione cardiovascolare.

I cardiosimpatici furono in seguito distinti in "sani", cioè quelli che volevano soltanto offrire un contributo di solidarietà e conoscere i modi per prevenire le malattie cardiovascolari, e "risanati" cioè quelli che avevano attraversato tutto il percorso della ma-

viene affidata al Dott. Luigi Scarnato (Caltanissetta), mentre in seno all'Associazione nasce una Commissione Scientifica coordinata dal Prof. Antonio Castello (Palermo) con altri diversi componenti di rilievo tra cui il Prof. Sabino Scardi (Trieste). Il 10 gennaio 2010 Cuore Chiaro Onlus en-

pazienti affetti da malattie di cuore per favorire una migliore convivenza con la malattia e un migliore recupero delle capacità fisiche, lavorative e sociali e prevenire un ulteriore decadimento del loro stato fisico legato alla malattia di base), di diagnosi e trattamento delle malattie cardiovascolari (dando le giuste indicazioni e offrendo i presupposti logistici per un tempestivo riconoscimento e una cura efficace) e di riabilitazione, offrendo i supporti informativi e logistici per un



gi) e la creazione di una linea telefonica (con un numero verde dedicato) per rispondere alle esigenze di tutti i Soci. Il pieghevole di Cuore Chiaro Onlus, disponibile negli studi medici e in ambienti di lavoro e scolastici, con colori vivaci e contenuti semplici porta i messaggi dell'associazione sulla prevenzione cardiovascolare. Il primo evento è stato realizzato a Caltanissetta il 2 ottobre 1999 e riguardava la sensibilizzazione sulla donazione degli organi con un Corso

L'Associazione Cuore Chiaro Olus nasce a Caltanissetta nel 1999 con l'obiettivo della promozione di attività nei settori della prevenzione, la diagnosi, il trattamento delle malattie di cuore e la relativa riabilitazione, attraverso l'organizzazione di eventi scientifici e culturali ed attività editoriali, di ricerca, formative e di comunicazione

ottimale recupero delle capacità psico-fisiche dopo un evento cardiovascolare. Tali finalità possono essere perseguite per mezzo di strumenti come: organizzazione di mostre, convegni, conferenze, seminari, eventi aggregati, corsi di formazione professionale, stage e master (per giovani, docenti, professionisti, ecc.), concorsi di fotografia, di pittura e di lettura, concerti, spettacoli, festival cinematografici, gare sportive e manifestazioni di arte e folklore; attività di studio e formazione nell'ambito delle malattie cardiovascolari; attività editoriali, con la pubblicazione di ricerche originali e rassegne divulgative sulle malattie cardiovascolari; organizzazione e coordinamento di attività di comunicazione

multimediale, anche attraverso sistemi e tecnologie avanzate e strutture informatiche, con la realizzazione di sussidi multimediali, video - clip, documentari, audiovisivi e collegamenti Internet (il Sito www.cuorechiaro.it, che raccoglie gli eventi realizzati, diventerà in futuro un vero e proprio motore di ricerca dedicato a vari campi della Medicina cardiovascolare e un forum a disposizione di Pazienti e Cardiolo-



di aggiornamento per Medici sullo "Scompenso cardiaco refrattario" e una successiva conferenza, rivolta ai Cittadini, "Un giorno per il cuore, un cuore per una vita", in cui è stato possibile ascoltare la testimonianza di un cardiopatico portatore di cuore artificiale. Numerosi sono stati gli altri eventi scientifici ospitati a Caltanissetta, come il Corso di aggiornamento "Il cardiopatico ischemico complesso" (2003), seguito da una conferenza stampa per il pubblico sul tema della prevenzione delle complicanze nella cardiopatia ischemica, il Workshop Internazionale "Insufficienza Cardiaca e Ipertensione Polmonare" (2005) (seguito da una giornata dedicata alla cittadinanza, "Convegno Fatto col

Cuore” avente per tema l’insufficienza cardiaca), i Congressi Regionali “Intorno al cuore” (2007 e 2008) e il Corso teorico - pratico di “Ecocardiografia clinica delle cardiopatie congenite” (2009) (in collaborazione con ARCA Sicilia) e il 4° Congresso Regionale del GICR (2010), seguito da un originale spettacolo musicale presso il magnifico Teatro Margherita. A questi convegni si è affiancata una attività di screening rivolta alla popolazione con alcuni check - up ospitati in gazebo nelle piazze o presso il Comune che hanno permesso a centinaia di nisseni di essere sottoposti a un esame cardiologico gratuito e completo (visita, misurazione della PAO, ECG, Ecocardi), consentendo l’individuazione di alcune cardiopatie misconosciute (2001, 2004, 2005), un Campo Scuola sul diabete mellito, svoltosi nel 2003 in un parco acquatico a San Cataldo (CI), con lo scopo di eseguire uno screening della malattia diabetica nella popolazione e di informare sulla automisurazione della glicemia e sugli stili di vita utili

a prevenire il diabete e le sue complicanze e infine uno screening, nel 2003, in collaborazione con ADICAL (Associazione Diabetici di Caltanissetta) e ISPEM (Istituto di Psicologia di Caltanissetta), che ha consentito di rilevare PAO, glicemia e livello dell’ansia nei partecipanti ai festeggiamenti in onore del Santo Patrono, San Michele Arcangelo. Ultima manifestazione è stata “La giornata delle noci” coordinata su tutto il territorio nazionale da CONACUORE in cui, proponendo lo slogan che 2 - 3 noci al giorno servono a prevenire le malattie cardiovascolari, sono stati venduti 250 sacchetti di noci; il relativo ricavato è stato devoluto alla ricerca cardiovascolare in Italia. Ma non sono mancati momenti aggregativi di carattere sociale come le gite effettuate in molte località siciliane tra cui quella a Trecastagni, nel 2005, con un Campo Scuola finalizzato all’automisurazione

della PAO e della glicemia. Cuore Chiaro Onlus è in continua evoluzione e si propone di portare

avanti uno screening sulla morte improvvisa in età pediatrica (PROGETTO GHEKO) e di realizzare un CD di musiche e parole finalizzato al sostegno morale dei cardiosimpatici. L’associazione, con queste e con le future iniziative, si augura di dare un contributo fondamentale alla crescita della cultura cardiologica nella popolazione in una realtà sanitaria impegnata a colmare il divario strutturale e qualitativo che la separa da quelle più avanzate. Ci pare infine doveroso dedicare questo articolo alla memoria del Socio fondatore Adriano Falletta, che rimarrà nel cuore di tutti i cardiosimpatici.



*I Fondatori di Cuore Chiaro Onlus:
Giuseppe Lo Maglio, Luigi Scarnato e
Adriano Falletta*



Cuore Chiaro Onlus
Via T. della Floresta 12,
Caltanissetta

tel. 0934596240
email: luigi.scarnato@libero.it.

«...l'uomo è un maccherone: però non è sicuro se riesce mollo mollo o se è di grano duro, se vuole cacio e burro, o invece è molto amante di salsa parigina pepata e stuzzicante».

G. Garofalo e M. Campanino, "Maccheroni che passione!"
(Canzone del 1949)

Pasta di Manager

DI GIOVANNI GREGORIO



I successo di un Sistema Sanitario dipende in grande parte da due fattori principali:

- l'Architettura strutturale e funzionale delle Aziende Sanitarie;
- la capacità dei Manager chiamati a governarle.

L'architettura strutturale e funzionale dell'Azienda consente di realizzare la specifica attività, permettendo alla professionalità degli Operatori di esprimersi a pieno e ai Cittadini di usufruire in maniera appropriata dei servizi erogati. Per chiarire il concetto mi riporto ad un esempio. La litoranea che da Paestum conduce a Salerno è probabilmente una delle più belle passeggiate d'Italia (Figura 1). Per chi nella mente aveva l'immagine delle piste ciclabili dei Paesi del Centro e Nord Europa l'annuncio della costruzione tra Salerno e Paestum della più lunga ciclabile d'Europa, più di dieci anni fa, sembrò uno di quegli eventi che segnano una svolta epocale. In poco tempo, sfidando una tradizione millenaria di opere incompiute, la pista ciclabile è

diventata realtà. Ma se il buongiorno si vede dal mattino... Non occorre essere dei maestri di preveggenza per capire che nonostante fosse stata realizzata in un lampo, la ciclabile portava in sé il seme della approssimazione e della faciloneria. Fu subito chiaro che mancava un progetto unitario ed una visione di insieme dell'opera cosicché ogni Comune ha pensato bene di personalizzarla a suo piacimento: chi adornandola con piantine sparite nel giro di qualche mese, chi delimitandola con guardrail in acciaio, chi con aste di legno, chi rivestendola di brecciolino con ecorecinzione stile villaggio alpino. Il tutto condito con grande dosi di approssimazione con tratti non completa-

ti, rovi, buche, ostacoli vari disseminati un po' dovunque, recinzioni distrutte e manutenzione inesistente. Un disastro. Così in oltre un decennio sono pochi gli automobilisti che passando hanno potuto osservare ciclisti pedalare sulla ciclabile più lunga d'Europa, diventata luogo di ritrovo per lavoratori stranieri e postazione di lavoro per prostitute nordafricane o dell'Est europeo, mentre indigeni, turisti ed extracomunitari, che popolano la piana del Sele, continuano a percorrere in bici la litoranea rischiando la vita sull'asfalto. La condizione della ciclabile della litoranea Paestum - Salerno ricorda per molti versi le vicende della Sanità italiana in generale e di quella campana in particolare, da anni dominata da progetti irrealizzati o senza senso e da fiumi di danaro finiti nel nulla. La Regione Campania, all'incirca due anni orsono, per dare una svolta al disastro sanitario campano decise di esportare in tutta la regione il modello di disorganizzazione sanitaria della ASL Napoli 1, la ASL più indebitata

Figura 1



d'Italia accorpando in Mega Aziende le ASL della Regione e mettendole nelle mani di funzionari regionali con l'intento di frenarne gli sprechi e con il risultato di una gestione di sperpero e assenza di risposte ai bisogni sanitari della popolazione. Tutto questo basato sul principio che per fare una grande Sanità occorrono grandi ASL. È la storia traslata delle tante piste ciclabili sulle quali non si trova gente in bicicletta (pazienti), lasciati al loro destino sull'asfalto. La capacità dei Manager chiamati a governare le Aziende è l'altro fattore determinante per il successo di un Sistema Sanitario. È vero che da qualche tempo si sta assistendo ad un sovvertimento delle regole del gioco con le Regioni, tese più a mettere in atto provvedimenti di controllo delle clientele che non a programmare e a svolgere le funzioni di indirizzo che le sono proprie. Così sempre più i Direttori Generali, salvo le dovute eccezioni, finiscono per essere i servi sciocchi di una classe politica, più attenta ai giochi di potere, agli intralazzi e alle clientele che non alle esigenze della collettività. Come argutamente nota Michel Crozier *«I nostri tecnocrati e i nostri uomini politici ritengono di essere superoccupati per un lavoro reale. Certo essi passano troppo del loro tempo presi dal gioco affascinante della potenza e della ricostruzione del mondo. Ma non analizzano mai seriamente il terreno sul quale operano, non preparano mai con la cura necessaria la messa a punto e il monitoraggio della riforma che pretendono di realizzare per il bene degli amministratori che poi la respingono o la vanificano. Ciechi e sordi al mondo reale, pontificano in funzione di principi e di visioni a priori, lasciando agli altri lo spazio per dibattiti di pura retorica»*. La scelta dei Manager

della Sanità, è fatta, nella stragrande maggioranza dei casi, privilegiando il criterio della appartenenza rispetto a quello della competenza, con drammatiche conseguenze sulla qualità del servizio sanitario. Di modo che non c'è da stupire se il principale pensiero dei tecnocrati della Sanità è rappresentato dalla preoccupazione di non dispiacere al potente di turno mentre vengono relegate in soffitta la organizzazione di un servizio in grado di rispondere alle necessità dei cittadini e di creare condizioni tali da favorire la espressione della professionalità degli operatori. Appare chiaro che per un S.S.N. tarato sui bisogni di salute dei Cittadini e della Società, è indispensabile disporre di un sistema di valutazione concreto, pratico e affidabile dei risultati conseguiti dal Manager dell'Azienda. Non vi è alcun dubbio che attualmente i controlli sui risultati sono ridondanti e formalistici. La logica dei controlli dovrebbe essere quella che è alla base della parabola dei talenti. La parabola (Vangelo secondo Matteo 25,14 - 30) parla di un uomo che parte per un viaggio ed affida i suoi averi ai suoi servi. Ad un servo affida cinque talenti, ad un secondo due talenti e ad un terzo un talento. I primi due, sfrut-

tando la somma ricevuta, riescono a raddoppiarne l'importo; il terzo invece sotterra il talento ricevuto in modo che riconsegna al padrone la stessa moneta ricevuta. L'insegnamento che si può trarre dall'esempio che è cattivo servitore della cosa pubblica sia chi dilapida sia chi non fa fruttare nel modo giusto le risorse ricevute e che ogni Manager dovrebbe porsi la domanda «Che cosa ho fatto dei talenti che mi sono stati assegnati?». Troppo spesso il Governo della Sanità è nelle mani di Manager dilapidatori delle risorse o dominati dall'immobilismo. Il paradosso è assistere alla pratica costante di vedere gli stessi tecnocrati responsabili del fallimento proporsi come strateghi del cambiamento e dell'innovazione. Sarebbe importante che ciascuno imparasse a porsi delle domande su chi è al governo della Azienda e a darsi delle risposte, ricordano come nota Tiziano Terzani *«Che se "nessuno ha più risposte che contano" è "perché nessuno si pone le domande giuste"»*. Rispondendo alle domande contenute nella Tabella 1 ci si potrà fare un'idea di che "pasta" è fatto il proprio Manager. Infatti esiste un singolare parallelismo tra la tipologia di questo alimento e la "pasta" dei Manager. Riferendoci ai più comuni

PASTA DI MANAGER



“U SPAGHETTO”

Il Manager “spaghetto” ha grandi capacità di movimento e di interpretazione delle situazioni. Riesce ad adattarsi e a piegarsi alle diverse esigenze dell’azienda. Unisce l’eleganza alla competenza ed ha come orizzonte costante lo sviluppo della Azienda, la soddisfazione dell’utenza e la crescita dei professionisti. È il tipico leader, con una visione anticipata della evoluzione degli avvenimenti, che fa propria la responsabilità del cambiamento



“A TAGLIATELLA”

Il Manager “tagliatella” è una persona di larghe vedute, riesce ad adattarsi alle diverse condizioni ma se si accompagna a particolari sughi, come quando è cucinato alla bolognese, può perdere la visione complessiva dei problemi ed arrotolarsi su se stesso per meglio crogiolarsi nella salsa. È pertanto fondamentale la scelta di collaboratori capaci in grado di fargli rispettare la sua caratteristica di persona lungimirante ed attenta ai bisogni della utenza.



“A FARFALLA”

Il Manager “farfalla” riesce ad adattarsi alle diverse condizioni ambientali ma ha un grande limite nella sua vanità che lo porta a dichiararsi “esperto e competente” anche in campi nei quali brilla per la sua ignoranza. Egocentrico e vanesio tratta problemi di vitale importanza con superficialità. Tuttavia se ha la fortuna di incontrare collaboratori capaci è in grado di rimanere con i piedi per terra e dare buona prova di se.



“U GNOCCO”

Il Manager “gnocco” è chiuso in se stesso, generalmente proviene da un mondo diverso dalla sanità. In apparenza è un buon uomo; in effetti è diffidente, ignorante e nutre un sentimento di rivalsa nei confronti degli operatori della sanità. Ad una apparente disponibilità fa riscontro l’incapacità di portare avanti qualsiasi iniziativa. La sua caratteristica dominante è l’immobilismo assoluto.



“U MACCARONE RE ZITA”

Il Manager “maccarone re zita” interpreta il suo ruolo come una festa, un compito da svolgere nei ritagli di tempo, ama crogiolarsi nel sugo e nel formaggi (affarucci non sempre leciti), convinto di essere il più bravo e competente degli amministratori. Risponde al padrone di turno specie se dalle situazioni riesce a ricavare ragù e formaggio per se. Unisce alla scarsa volontà di lavorare e alla ignoranza la convinzione e la presunzione di essere il migliore dei Manager possibili.



“A MENUZZAGLIA”

Il Manager menuzzaglia è la risultanza delle diverse componenti e della prevalenza del tipo di pasta (pregi e difetti). Può essere il migliore o il peggiore dei Manager possibili a seconda del mosaico di caratteristiche che vi si ritrovano.

Figura 2

tipi di pasta il Manager potrebbe essere assimilato a “u’ spaghetto”, “a’ tagliatella”, “a’ farfalla”, “u’ gnocco”, “u’ maccarone re zita”, “a’ menuzzaglia” (Figura 2).

“U’ spaghetto” è nato a Napoli. Fu Antonio Viviani nel 1842 a chiamarlo così, perché sembrava un piccolo pezzo di spago. Oggi gli Spaghetti sono ovunque sinonimo di italianità: nessuno

resiste alla loro forma sinuosa ed elegante, e al fascino di arrotolarli intorno alla forchetta. Il Manager “spaghetto” ha grandi capacità di movimento e di interpretazione delle situazioni. Riesce ad adattarsi e a piegarsi alle diverse esigenze dell’azienda. Unisce l’eleganza alla competenza ed ha come orizzonte costante lo sviluppo della Azienda, la

soddisfazione dell’utenza e la crescita dei professionisti. È il tipico leader, con una visione anticipata della evoluzione degli avvenimenti, che fa propria la responsabilità del cambiamento. “A’ tagliatella” è un tipo tradizionale di pasta della Emilia - Romagna e delle Marche. La tagliatella può essere servita con una gran varietà di salse. La

30 DOMANDE SUL TUO MANAGER

- 1 Ritieni che il Tuo Manager sia una persona onesta
- 2 Ritieni che il Tuo Manager sia una persona culturalmente valida
- 3 Il Tuo Manager oltre che referenze politiche ha capacità manageriali che ne giustificano l'incarico
- 4 Il Tuo Manager ha capacità di comunicazione sincera con gli operatori
- 5 Il Tuo Manager oltre che badare agli aspetti economici ha sempre presente la mission sanitaria della Azienda
- 6 Il Tuo Manager compie periodiche viste (almeno annuali) presso le U.O.
- 7 Il Tuo Manager è riuscito a creare uno spirito di appartenenza negli operatori
- 8 Il Tuo Manager è in grado di stimolarne la crescita, il miglioramento continuo e lo sviluppo dell'Azienda
- 9 Nella tua Azienda si svolgono periodiche conferenze dei Servizi aperte ad operatori ed utenti
- 10 Nella scelta dei Dirigenti il Tuo Manager privilegia la competenza sull'appartenenza politica dei candidati a posti di responsabilità
- 11 Nella tua Azienda i Dipartimenti sono il modello ordinario di organizzazione e gestione con budget formalmente assegnati e realmente verificati ed applicati
- 12 Nella tua realtà esistono percorsi assistenziali condivisi e deliberati dalla Azienda
- 13 Nella Tua azienda esiste un programma "reale" di aggiornamento professionale tale che il personale della Tua U.O. ha effettuato per iniziativa della Azienda periodi di aggiornamento presso altre istituzioni sanitarie
- 14 La tua Azienda opera periodiche verifiche della consistenza e della adeguatezza degli organici delle U.O. e provvede in tempi ragionevoli alla sostituzione del personale carente
- 15 Nella Tua Azienda esiste e viene rispettato un programma di rinnovo ed acquisizione delle attrezzature
- 16 Nella tua U.O. le apparecchiature obsolete sono sostituite entro tempi ragionevoli (qualche mese)
- 17 Il tuo Direttore Generale tiene periodiche riunioni con i responsabili delle U.O. o dei Dipartimenti per verificarne i problemi
- 18 La tua Azienda richiede un rendiconto almeno trimestrale sulle attività delle U.O. o dei Dipartimenti
- 19 La Azienda invia regolarmente (almeno trimestralmente) il report sintetico della produzione del tuo ospedale o Dipartimento e della tua U.O.
- 20 La Azienda ha come metodo di lavoro quello di rispondere ai bisogni della utenza
- 21 La Azienda rileva sistematicamente il grado di soddisfazione dei pazienti
- 22 La Azienda invia regolarmente il risultato delle indagini sulla soddisfazione della utenza
- 23 La Azienda ha l'abitudine di pubblicizzare in maniera adeguata le attività che realizza
- 24 La Azienda rileva sistematicamente il grado di soddisfazione lavorativa del personale
- 25 La Azienda invia regolarmente il risultato delle indagini sulla soddisfazione lavorativa del personale
- 26 Nella tua azienda esistono strutture per la accoglienza dei familiari dei pazienti più gravi
- 27 Nella Tua azienda sono implementati metodi di valutazione della appropriatezza delle prestazioni
- 28 Nella Tua Azienda sono implementati metodi di verifica e controllo dei rischi delle attività sanitarie
- 29 La Tua Azienda ha implementato un sistema di adeguamento dell'offerta sanitaria alle caratteristiche della domanda sanitaria dell'utenza servita
- 30 Nella Tua azienda il salario di risultato è distribuito in modo da tener conto dell'effettiva attività dei singoli e delle equipe

Tabella 1

leggera vuole che le tagliatelle siano state create da uno Chef di Corte di gran talento, ispiratosi alla pettinatura di Lucrezia d'Este in occasione del suo matrimonio con Annibale II Bentivoglio, nel 1487. Il Manager "tagliatella" è una persona di larghe vedute, riesce ad adattarsi alle diverse condizioni ma se si accompagna a particolari sughi,

come quando è cucinato alla bolognese, può perdere la visione complessiva dei problemi ed arrotolarsi su se stesso per meglio crogiolarsi nella salsa. È pertanto fondamentale la scelta di collaboratori capaci in grado di fargli rispettare la sua caratteristica di persona lungimirante ed attenta ai bisogni della utenza. "A' farfalla" è un tipo di pasta,

comunemente nota come "pasta cravatta a farfalla". L'origine risale al XVI secolo, in Lombardia, in Emilia - Romagna e nel Nord Italia. Farfalle sono disponibili in diverse dimensioni e sono utilizzabile con le salse più varie. Il Manager "farfalla" riesce ad adattarsi alle diverse condizioni ambientali ma ha un grande limite nella sua vanità

DAI UN VOTO AL TUO MANAGER...

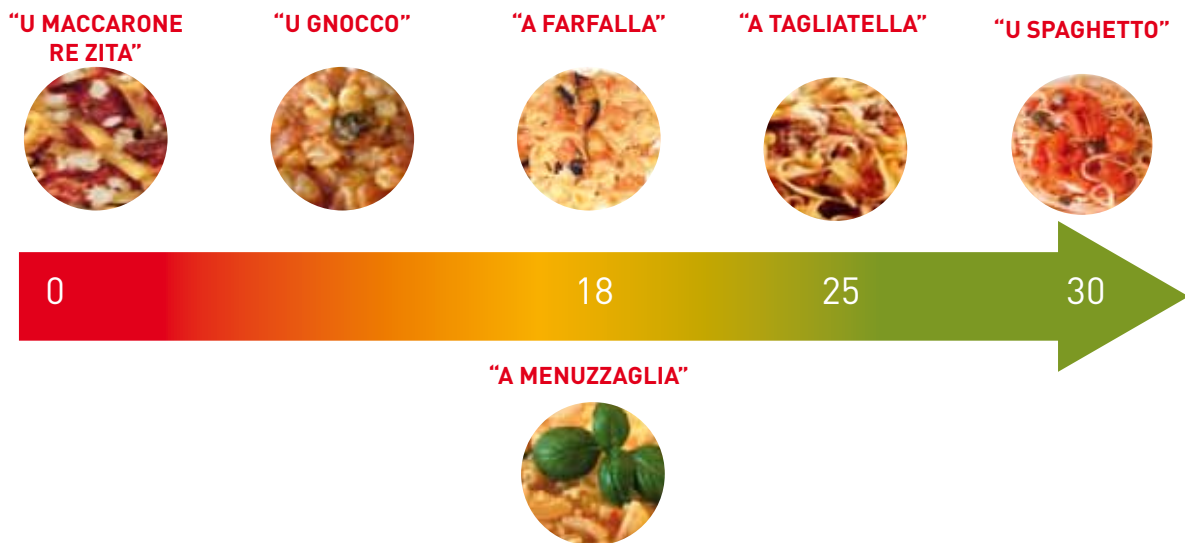


Figura 3

che lo porta a dichiararsi “esperto e competente” anche in campi nei quali brilla per la sua ignoranza. Egocentrico e vanesio tratta problemi di vitale importanza con superficialità. Tuttavia se ha la fortuna di incontrare collaboratori capaci è in grado di rimanere con i piedi per terra e dare buona prova di sé. “U’ gnocco” è un piccolo pezzo di impasto, solitamente di forma tondeggiante, che viene bollito in acqua o brodo e quindi condito con salse varie. Gli gnocchi sono un cibo antichissimo, preparato con farine differenti: farina di frumento, di riso, di semola, con patate, pane secco, tuberi o verdure varie. A seconda dell’impasto utilizzato possono risultare particolarmente indigesti. Il Manager “gnocco” è chiuso in se stesso, generalmente proviene da un mondo diverso dalla Sanità. In apparenza è un buon uomo; in effetti è diffidente, ignorante e nutre un sentimento di rivalsa nei confronti degli Operatori della Sanità. Ad una apparente disponibilità fa riscontro l’incapacità di portare avanti qualsiasi iniziativa. La sua caratteristica dominante è l’immobilismo assoluto. “U’ maccarone re zita” o “pasta da zita” è la pasta classica per il pranzo di nozze. Gli Ziti sono

dunque un formato di pasta un tempo destinato alle occasioni solenni, ma oggi grazie alla loro irresistibile bontà, gli Ziti hanno saputo conquistare un posto importante sulle tavole di tutta Italia. Il modo migliore di gustarli è, secondo la tradizione partenopea, spezzati in quattro e conditi con sughi densi e corposi come il ragù alla napoletana, ma sono anche perfetti per la preparazione di timballi e pasticci al forno. Il Manager “maccarone re zita” interpreta il suo ruolo come una festa, un compito da svolgere nei ritagli di tempo, ama crogiolarsi nel sugo e nel formaggio (affarucci non sempre leciti), convinto di essere il più bravo e competente degli Amministratori. Risponde al padrone di turno specie dalle situazioni riesce a ricavare ragù e formaggio per sé. Unisce alla scarsa volontà di lavorare e alla ignoranza la convinzione e la presunzione di essere il migliore dei Manager possibili. “A’ menuzzaglia” dal latino “minutalia” è l’insieme delle varie qualità di pasta, ottima per minestre con fagioli o patate. Pietanza popolare si è andata con il tempo affermandosi come ingrediente di menù gustosi e piacevoli. È un piatto povero che se si sposa con gli

ingredienti giusti e cotto all’altezza diventa un piatto da signori. Il Manager minuzzaglia è la risultanza delle diverse componenti e della prevalenza del tipo di pasta. Può essere il migliore o il peggiore dei Manager possibili a seconda del mosaico di caratteristiche che vi si ritrovano. Per orientarsi e verificare di che pasta è fatto il proprio Manager rispondete alle domande contenute nella Tabella 1, assegnando un punto per ogni SI. Nella Figura 3 è indicato la tipologia di Manager con cui si ha a che fare: per un punteggio tra 1 e 15 affidatevi al Padreterno in quanto vi sono molte probabilità che il vostro Manager sia “gnocco” o “maccherone re zita”, con un punteggio intorno a 18 siete nel dominio delle “farfalle”, intorno ad un punteggio di 25 si trovano le tagliatelle e se il punteggio si avvicina al 30 avete la fortuna di avere un Manager “spaghetto”, leader competente e lungimirante. Il Manager “minuzzaglia” ha una collocazione diversificata: dall’inferno del “maccarone re zita” e dello “gnocco” al purgatorio della “farfalla” al limbo della “tagliatella” fino al paradiso dello “spaghetto”.

Età di quiescenza dei Medici dipendenti del SSN: fra “rottamazione” ed indicazioni legislative

DI DOMENICO GABRIELLI

I problema della regolamentazione legislativa e contrattuale della età di quiescenza dei Dirigenti Medici del SSN ha da sempre rappresentato un problema scottante, da una parte per le legittime aspettative dei Dipendenti e dall'altro per una regolamentazione che spesso ha subito variazioni “ope legis”, non sempre esenti da critiche di merito. Negli ultimi anni poi, la interpretazione del quadro normativo della stessa ha talvolta portato alcune Amministrazioni ad effettuare delle messe in quiescenza, che, almeno all'apparenza, hanno assunto il carattere di vere e proprie “campagne di rottamazione o di licenziamenti coatti”, con atti esecutivi non sempre indenni da contraddizioni. La pubblicazione, il 9 novembre del 2010, nella GU della Legge n.183/2010 con decorrenza 24 novembre 2010, dovrebbe aver finalmente portato chiarezza (v. sotto). Il legislatore ha sancito che, su istanza dell'interessato, l'età di cessazione del servizio sia elevabile fino al quarantesimo anno di “servizio effettivo”, con l'indicazione che «...in ogni caso il limite massimo non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento



del numero dei Dirigenti», tali norme si applicano anche “ai Dirigenti in servizio alla data del 31 gennaio 2010”. Questo dovrebbe essere sufficiente a far terminare quelle “campagne di rottamazione” che sembrano essere in vigore in alcune Aziende. D'altro canto le norme della Legge 133/2008 hanno in gran parte perso efficacia dopo le modifiche legislative sopravvenute, a questo punto la possibilità di licenziamento con 40 anni di contribuzione per la Dirigenza Medica risulta limitata all'arco temporale 2009 - 2011 con sei mesi di preavviso (quindi al 30 giugno 2011), non è applicabile ai Direttori di Struttura complessa ed ai Docenti universitari, è da intendersi esclusa per quei Dirigenti con contratto individuale in corso e scadenza successiva al 2011, nonché per coloro che compiono i 40 anni di contribuzione nel 2011 (a causa del prolungamento della finestra pensionistica da 6 a 12

mesi). Una interessante ricerca sulla demografica dei Medici dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale effettuata dai Colleghi Enrico Reginato e Carlo Palermo, pubblicata su “Dirigenza Medica” nel 2010, dimostra che a livello nazionale esiste una “gobba pensionistica” che oramai è giunta nella sua fase ascendente, questo fa sì che si possa prevedere un esodo su base previdenziale dei professionisti, problema riconosciuto anche dal Ministero della Salute, tale da creare una prevista riduzione di circa 22.000 Medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018. Le situazioni di “rottamazione” prospettate sopra, il peggioramento delle condizioni previdenziali in atto ed il blocco del “turn over”, unitamente alla scarse possibilità di progressione di carriera (meno del 10% dei Medici dipendenti diventa Direttore di Struttura complessa), fanno sì che ci sia un rischio di maggiori richieste di quiescenza con ulteriore depauperamento numerico e di esperienza per il SSN. Si deve ancora ricordare che attualmente un Medico non può essere assunto in ospedale se non è Specialista nella disciplina a concorso, per cui la sostituzione dei pensionamenti dipende

strettamente dal numero di Specialisti formati dalle Università, e questo è dunque un altro problema da affrontare. Quanto sopra detto ci fa dunque capire la complessità della situazione e la difficoltà di trovare delle soluzioni facilmente percorribili. Prima di concludere è necessario ricordare per i Colleghi che volessero andare in quiescenza che, una volta presentata la domanda di pensionamento, non è un diritto soggettivo dell'interessato ritirare la domanda, che può essere revocata solo secondo l'insindacabile giudizio dell'Amministrazione; dunque prima di presentare la domanda bisogna valutare attentamente la data

corretta di pensionamento e l'importo di pensione e liquidazione, eventuali ricongiunzioni possibili, richiedere tempestivamente un estratto conto contributivo, la avvenuta effettuazione della domanda di riscatto gratuito del servizio militare, la utilità di eventuali riscatti, le possibili progressioni di carriera, la tempistica di contratti di lavoro nazionali e/o decentrati in fieri (soprattutto per quanto riguarda gli arretrati), richiedere il pagamento di eventuali ferie non godute ai sensi dell'art. 16 della sequenza contrattuale CCNL 2005 - 2009, concordare la data di pensionamento tenendo conto del godimento delle ferie e del

pagamento di eventuali straordinari; dal punto di vista pratico conviene programmare la richiesta di pensione in modo da evitare discontinuità tra erogazione dello stipendio e della pensione e chiarire la propria posizione assicurativa riguardo eventuali contenziosi medico - legali. In conclusione la pensione è un momento importante della vita lavorativa di tutti noi ed è essenziale pertanto effettuare il passo in maniera consapevole ed informata, anche chiedendo ausilio ai Sindacati di Categoria per farsi assistere da esperti in materia, ove necessario.

Art. 22 Legge n° 183, 4 novembre 2010 "Età pensionabile dei Dirigenti Medici del Servizio Sanitario Nazionale"

1. Al comma 1 dell'articolo 15 - nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, le parole: "Dirigenti Medici del Servizio sanitario nazionale" sono sostituite dalle seguenti: "Dirigenti Medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale" e le parole: "fatta salva l'applicazione dell'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503" sono sostituite dalle seguenti. "Ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei Dirigenti".

2. Al comma 1 dell'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.503, e successive modificazioni, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "i dipendenti in aspettativa retribuita che ricoprono cariche elettive presentano la domanda almeno novanta giorni prima del compimento del limite di età per il collocamento a riposo".

3. Le disposizioni di cui al comma 1 dell'articolo 15 - nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato dal comma 1 del presente articolo, si applicano anche ai Dirigenti Medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale in servizio alla data del 31 gennaio 2010.

Una decisione che fa discutere

DI ORNELLA MAFRICI

La Corte di Cassazione è tornata sull'argomento del Consenso informato con una recente decisione, n. 21799 dell'8/06/2010, che ha gettato pesanti ombre sulle aspettative derivate dalla sentenza delle Sezioni Unite n. 2437/2009 (cfr. "Cardiologia negli Ospedali" N. 168 marzo - aprile 2009) con la quale era stata esclusa qualsiasi rilevanza penale al mancato Consenso del paziente ove il diverso intervento chirurgico eseguito, rispetto a quello acconsentito, fosse stato conforme alle *leges artis* ed avesse avuto esito favorevole. Con tale ultima decisione sembrava volesse tracciarsi un percorso univoco nella valutazione del trattamento Medico arbitrario (che è quello eseguito senza adeguata informazione e senza il preventivo Consenso del paziente), a fronte delle diverse conclusioni raggiunte dalla Suprema Corte con le note sentenze Massimo, Barese, Firenzani e Volterrani, emesse tra il 1992 ed il 2002. Il caso Massimo (Cass. Pen. 21/04/1992 n. 5639) è particolarmente significativo nella storia della giurisprudenza



perché, con estremo rigore, al trattamento chirurgico eseguito con esito infausto, con il Consenso del paziente per un intervento meno invasivo (il Medico aveva proceduto all'asportazione totale addominoperineale del retto di una anziana paziente che aveva dato il Consenso per un intervento transanale e poi deceduta per complicanze derivanti dall'intervento stesso), è seguita la condanna del Chirurgo per omicidio preterintenzionale essendo stata ravvisata nella condotta del Medico il dolo e non la colpa ed essendo stata esclusa qualsiasi rilevanza del fine (di cura) dell'agente. Con il caso Barese (Cass. Pen. 9/03/2001 n. 28132), simile al primo per la mancanza di Consenso all'intervento eseguito con esito infausto (nel corso di una asportazione di una cisti ovarica, il Chirurgo avvedendosi di una massa

tumorale, aveva proceduto alla sua asportazione ed all'asportazione dell'utero con decesso della paziente a causa di complicanze derivate dall'intervento), l'atteggiamento della Corte appare meno severo là dove è stata confermata la condanna per omicidio colposo per condotta imperita del Medico ed è stato escluso il delitto preterintenzionale, in mancanza della prova che il Chirurgo avesse agito con l'intenzione di cagionare una lesione al paziente (come avviene nel caso in cui la morte sia seguita ad una mutilazione cagionata senza alcuna necessità o ad una mutilazione inferta per scopi scientifici). L'incubo del caso Massimo ritorna all'attenzione con la sentenza Firenzani (Cass. Pen. n. 35822/2001), con la quale, anche se il Chirurgo è stato condannato per lesioni colpose per l'errore nell'aver eseguito un intervento di artroscopia diagnostica al ginocchio destro su un paziente affetto da gonalgia al ginocchio sinistro, la Corte ha affermato che, in assenza di Consenso, «...il delitto di lesioni personali ricorre nel suo profilo oggettivo, poiché qualsiasi intervento chirurgico, anche se

eseguito a scopo di cura e con esito fausto, implica il compimento di atti che nella loro materialità estrinsecano l'elemento oggettivo di detto reato». Secondo la Corte il delitto di lesioni sussiste anche se il trattamento terapeutico ha avuto esito favorevole e se la condotta del Chirurgo è immune da colpa, «... non potendosi ignorare il diritto di ognuno di privilegiare il proprio stato di salute». Con la sentenza Volterrani (Cass. Pen. 29/05/2002 n. 26446/2002), pronunciata anch'essa su un caso simile al caso Massimo (nel corso di una operazione acconsentita di rimozione di ernia ombelicale, il Chirurgo, riscontrata una massa tumorale, aveva proceduto alla sua asportazione con un intervento più invasivo e dalle conseguenze infauste), la Corte ha mandato assolto il Medico dal reato di omicidio preterintenzionale ed ha introdotto il concetto della liceità del trattamento Medico - Chirurgico, a prescindere dall'esito fausto o infausto dello stesso. Secondo la Cassazione, quando l'intervento è eseguito sulla base delle *leges artis* ed il decesso è dovuto a complicanze non prevedibili, la volontà del paziente non ha rilevanza giuridico - penale, salva l'ipotesi insuperabile dell'espresso dissenso del paziente a sottoporsi ad un determinato trattamento. In tale caso, sempre secondo i Giudici di legittimità, non è configurabile il delitto di lesioni colpose bensì il reato di violenza privata. Con le decisioni successive la Corte si è spinta oltre e, pur affermando che

il Consenso del paziente costituisce il presupposto di liceità del trattamento, ha escluso che da un intervento eseguito in assenza di Consenso o con un Consenso invalido possa farsi discendere la responsabilità a titolo di lesioni volontarie (dolo) o a titolo preterintenzionale perché il Sanitario «... si trova ad agire, magari erroneamente, ma con una finalità curativa che è incompatibile con il dolo delle lesioni» (Cass. Pen. 24/06/2008 n.37077). In questo contesto, con la citata decisione n. 2437/2009, le Sezioni Unite, pur aderendo all'orientamento secondo cui il Consenso del paziente costituisce il presupposto di liceità del trattamento Medico - Chirurgo, nel dare rilevanza sul piano penale all'espresso dissenso del paziente, ha escluso che il trattamento arbitrario con esito fausto possa configurare il reato di lesioni personali, per mancanza di alcuna alterazione funzionale significativa dell'organismo o di violenza privata, per mancanza dell'elemento della violenza e della costrizione. Con la più recente sentenza n. 21799/2010, la quarta Sezione della Corte di legittimità ha tuttavia invertito la rotta e, per l'ipotesi di Consenso prestato per una operazione diversa da quella eseguita (intervento agli occhi eseguito con tecnica PRK rifiutata dal paziente in luogo di quella Lasik), stavolta con esito infausto (indebolimento permanente dell'organo), ha ravvisato sussistere il dolo dell'Operatore chirurgico e non la colpa qualora la

condotta sia «...talmente anomala ed esorbitante di gran lunga dai canoni della mera imprudenza, imperizia o negligenza». La decisione, a mio sommesso avviso, se è apprezzabile nella parte in cui viene affermato il condivisibile principio della facoltà del paziente, non solo, di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento, ma anche di «...rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale», «... secondo una autonomia di scelte che può comportare il sacrificio del bene stesso della vita e che deve essere sempre rispettata dal sanitario», lascia fortemente perplessi e fa discutere nella parte in cui introducendo il concetto generico di “condotta anomala”, idonea a configurare il comportamento del Medico come doloso invece che colposo, si presta alle più svariate interpretazioni da parte della giurisprudenza e, prima ancora, da parte dei Medici legali ai quali fosse sottoposto espresso quesito sul punto. E si badi bene che la questione della valutazione della condotta non è di poca importanza se si tiene conto, non solo, della più pesante entità della pena e del più lungo periodo di prescrizione del reato ma anche che, spostata l'attenzione dal campo penale a quello civile ed amministrativo, la condotta dolosa espone il Medico all'azione di rivalsa da parte dell'Ospedale e/o del suo eventuale assicuratore.

Sono trascorsi 25 anni dal primo trapianto cardiaco in Italia
 Il trapianto permette un grande beneficio prognostico e a livello medico e umano
 rimane "un'avventura metafisica e una prestazione tecnica"

Nuovo blocco Sud, Dipartimento cardio-vascolare Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Un cuore nuovo non ha prezzo

DI ENRICO AMMIRATI

Il 2010 ha rappresentato l'anno in cui veniva celebrato il 25° anniversario dal primo trapianto di cuore avvenuto in Italia, eseguito a Padova il 14 novembre 1985 ad opera dell'équipe del Professor Vincenzo Gallucci. Nell'arco di 10 giorni anche altri centri a Pavia, Bergamo, Udine e Milano eseguirono il loro primo trapianto cardiaco. Il trapianto cardiaco è un argomento di cui il "giovane Cardiologo" ha una conoscenza vaga a meno di non aver studiato in un centro che esegue questo tipo di operazione. Le motivazioni principali sono: 1) i trapianti cardiaci costituiscono un intervento relativamente raro; 2) i pazienti che sono sottoposti a questo intervento successivamente fanno riferimento al centro dove sono stati trapiantati; 3) la terapia di questi pazienti è di ambito ultraspecialistico. Per cui, generalmente, quando si ha in cura un individuo con una patologia cardiaca grave, relativamente



giovane, con caratteristiche che lo rendano un potenziale candidato al trapianto si affida il paziente alle attenzioni del Cardiologo che si occupa di trapianti, e se la strada è percorribile il paziente "si perde" nelle mani di questi Colleghi. Personalmente sono arrivato un pò casualmente, a un anno dalla Specializzazione in Cardiologia a lavorare, come Cardiologo volontario, nel Reparto dedicato allo scompenso e al trapianto cardiaco, diretto dalla Dottoressa Maria Frigerio, del Dipartimento Cardiologico "A. De Gasperis" dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Ho così avuto la possibilità di seguire malati con

cardiomiopatie molto gravi per alcuni mesi e poi vederli "rinascere" (usando le parole stesse dei pazienti) a seguito del trapianto di cuore. È stato possibile vivere fasi intense e nuove sia dal punto di vista professionale sia da quello umano come la speranza e l'attesa di un nuovo cuore da parte del malato, la selezione del ricevente adatto all'organo, la comunicazione di un possibile cuore adatto al paziente. Le impressioni maggiori derivano sul piano etico - umano dal concetto di trapiantare un organo da un donatore deceduto ad un altro essere umano, e sul versante tecnico dal rendersi conto dell'imponente organizzazione coordinata necessaria per il trapianto di cuore. Per comprendere la situazione del trapianto cardiaco in Italia e le aspettative di vita del paziente trapiantato è possibile fare riferimento all'articolo "Changes in patient survival and quality of life after heart transplantation" di Maria Frigerio, pubblicato

sul *Giornale Italiano di Cardiologia* (9 luglio 2008, pagine 461 - 71); oppure per avere a disposizione delle casistiche aggiornate, in particolare sull'andamento dei trapianti cardiaci dei bambini e degli adulti si può fare riferimento al Sito www.isHLT.org della International Society For Heart & Lung Transplantation. Dai Registri che sono riportati si trova che la mediana di sopravvivenza post - trapianto nell'adulto è oltre 10 anni e i trend sono in miglioramento nell'ultimo

quinquennio, nonostante l'età dei donatori sia in costante aumento. Basta il dato sulla sopravvivenza per comprendere l'impatto benefico del trapianto sui malati in lista d'attesa. Si eseguono circa 320 - 350 trapianti cardiaci all'anno in Italia, dopo una attesa di circa 6 mesi, ma nei pazienti che rimangono in lista il tempo di attesa medio si aggira intorno ai 2 anni. Quindi è un intervento molto utile, ma è una risorsa limitata. Oltre alle statistiche, alle

Linee Guida (tra l'altro, in via di pubblicazione in questi mesi sul *Journal of Heart and Lung Transplantation*), e al vedere l'andamento clinico dei pazienti trapiantati sorgono spontanee molte domande di natura diversa sul trapianto cardiaco. Riporto alcune delle domande poste proprio alla Dottoressa Maria Frigerio, che ha seguito i circa 900 trapianti di cuore avvenuti al Niguarda dal 1985 ad oggi.



Perché la ricerca sul trapianto cardiaco ha meno visibilità rispetto alla terapia con le cellule staminali, nonostante gli eccellenti risultati? È solo una questione di moda della ricerca o il trapianto viene comunque visto come un trattamento "eticamente al limite" o altre spiegazioni sono possibili?

Non credo che dipenda dal fatto che il trapianto solleva più problemi etici delle staminali, probabilmente non è neppure così. Pensa ad esempio alla discussione sulle staminali embrionali. Piuttosto credo dipenda da altri fattori. Indico i principali.

- 1) Il trapianto appartiene al passato e al presente; in qualche modo è una terapia consolidata, mentre le staminali sono un terreno di esplorazione e innovazione; quindi è naturale che le staminali facciano più notizia.
- 2) Il trapianto viene comunque da una perdita (della vita, di un organo, o di una parte di esso), dalle staminali invece si può moltiplicare/produrre qualcosa. Inoltre il concetto di "ricreare" un organo o almeno un tessuto è certamente affascinante.
- 3) Infine, dal punto di vista del paziente il trapianto implica il gettare via parte di sé, le staminali (autologhe)

Enrico Ammirati intervista Maria Frigerio

invece implicano la possibilità di "autoriparazione". Questi elementi a mio avviso rendono le staminali particolarmente attraenti.

Come la terapia trapiantologica può migliorare?

Limitando il numero di centri trapianto; includendo la formazione per la cura del paziente trapiantato nel Curriculum della Scuola di Specializzazione di Cardiologia (in altre parole, concentrare l'esperienza e espandere la cultura); rendendo obbligatori i Registri almeno a livello nazionale. Investendo risorse nella ricerca indipendente, poiché il trapianto cardiaco è meno attraente per una ricerca sponsorizzata rispetto al trapianto di organi addominali, per la più bassa numerosità. Nell'ambito della ricerca, la comprensione dei meccanismi di adattamento/intolleranza all'organo e la capacità di valutare l'intensità della risposta immune sono tra i focus principali. Da ultimo (o forse per prima cosa) è essenziale potenziare la capacità di identificare e gestire i donatori, in altre parole di potenziare e migliorare qualitativamente il procurement. Ricordiamo il motto spagnolo: «*Sin donante no hay trasplante*».

Il trapianto cardiaco nel medio termine sarà una terapia in espansione nonostante le assistenze ventricolari al circolo (ventricular assist device - VAD)? Ritiene che in questa fase di sviluppo delle assistenze ventricolari al circolo il trapianto dovrà necessariamente

crescere per “stare dietro” a tutte le possibili complicanze delle assistenze altrimenti non gestibili?

Quello che ci si aspetta dal perfezionamento dei VAD è che sottraggano pazienti alla lista e non ne aggiungano. Siamo ancora lontani dal supporto totalmente impiantabile vero, e non è eliminato il rischio infettivo; mentre si è assistito ad una riduzione delle complicanze tromboemboliche e di sanguinamento e ad un aumento della sopravvivenza nei pazienti sottoposti a impianto di VAD. Il trapianto cardiaco continuerà ad avere un ruolo nei prossimi anni, almeno fino a quando non si sarà dimostrata una sopravvivenza equivalente nel periodo medio - lungo con i VAD. Dall'altro canto va considerato che per mezzo dei VAD può aumentare il numero di pazienti con scompenso avanzato che ad un certo punto della loro storia potrebbero necessitare di un trapianto (es. se sviluppano complicanze correlate al VAD). Quindi, paradossalmente potrebbe essere che alcune complicanze effettivamente aumentino il numero di pazienti attualmente considerati fuori lista. Lo scenario è in continuo mutamento.

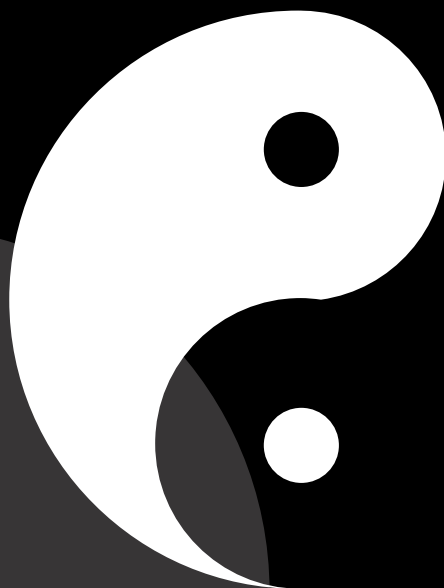
Quali sono le prospettive per un giovane Cardiologo che inizia ad occuparsi di trapianto cardiaco? E quali aspetti della sua preparazione dovrebbe curare oltre a quella cardiologica sullo scompenso cardiaco?

Lavorare nel programma trapianto è molto affascinante, ci sono aspetti di Medicina tradizionale (importanza della relazione con il paziente, cura globale della persona, che nell'era della specializzazione diventa multidisciplinarietà), di Medicina specialistica e di punta (cure per lo scompenso avanzato, supporto meccanico al circolo, gestione intensiva del primo post - trapianto e delle complicanze, ricerca nel campo della risposta immune al trapianto). Forse non è in linea con l'aspirazione a fare il Cardiologo interventista, ma certamente non ci si annoia. Consiglio di frequentare un Centro ad alto volume in Italia o all'estero, e di studiare anche gli aspetti immunologici. Ci vuole molta Cardiologia ma anche competenza internistica, capacità di inquadrare il presente del paziente nel contesto della sua storia. Un buon esercizio di governo clinico e di procedimento decisionale.

Concludo con alcune considerazioni sul trapianto cardiaco che Jean - Luc Nancy (uno tra i grandi filosofi viventi, nato a Bordeaux nel 1940, trapiantato di cuore da oltre 15 anni) ha scritto nel libro “L'intruso” (edizioni Cronopio), per aprire altre riflessioni senza risposta su questo straordinario intervento che oltre a stupirci, fa pensare sulla vita e induce a considerazioni sul perché prolungare la vita oltre un apparente limite (quello della cessazione del funzionamento del proprio cuore). Che cos'è il trapianto cardiaco? «Per questo è inutile il dibattito, a cui ho assistito, fra chi riteneva il trapianto una avventura metafisica e chi lo considerava una prestazione tecnica: esso è evidentemente entrambe le cose, l'una nell'altra». Qual è la sensazione della comunicazione della necessità di un trapianto? «...che vuoto

si aprì all'improvviso nel petto o nell'anima - è la stessa cosa - quando mi dissero: “Sarà necessario un trapianto”... La mente incontra a questo punto un oggetto nullo: niente da sapere, niente da capire, niente da sentire. L'intrusione di un corpo estraneo al pensiero». Come si comportano i Medici? «...ma anche i Medici - che in questo caso sono una intera équipe - intervengono molto più di quanto non avessi pensato: essi devono innanzitutto giudicare sull'opportunità del trapianto, poi devono proporlo e non imporlo (per questo mi diranno che ci sarà un “seguito” impegnativo, senza aggiungere altro)». Cosa si potrebbe pensare una volta nella lista trapianto? «Improvvisamente la mia sopravvivenza viene iscritta in un complicato processo intessuto di estranei e di estraneità. Su che cosa bisogna che tutti siano d'accordo per prendere la decisione finale? Su una sopravvivenza che è impossibile

considerare come una pura necessità: dove trovarla? Che cosa dovrebbe costringermi a farmi sopravvivere? Questa domanda ne apre molte altre: perché io? Perché sopravvivere in generale? Cosa significa sopravvivere?». Qual è il legame tra il donatore e il ricevente? «...la possibilità di una rete in cui la vita/la morte viene condivisa, in cui la vita si connette con la morte, in cui l'incomunicabile comunica». Infine, che cos'è il rigetto? «La possibilità del rigetto mette in una doppia estraneità: da una parte quella del cuore trapiantato, che l'organismo identifica e attacca in quanto estraneo, e dall'altra quella della condizione in cui la medicina pone chi ha subito il trapianto per proteggerlo. Essa abbandona la sua immunità in modo che egli possa sopportare l'estraneo a se stesso e a quest'identità immunitaria che è in qualche modo la sua firma fisiologica».



Piccola storia della Medicina Cardiovascolare **Il cuore nella Medicina Cinese**

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

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

La Medicina Cinese è permeata dalla filosofia Taoista, fondata da Lao Tze nel 600 a.C. circa, che vede l'intero cosmo quale manifestazione del Tao, o principio fondamentale, raffigurato come una sfera divisa in due identiche metà sinusoidali intersecate, una bianca, lo Yin, e una nera, lo Yang, con al loro interno un piccolo seme del colore opposto, che rappresentano due forze primordiali,



ne del Tao, che si manifesta attraverso una forza di trasformazione: il Qi, vibrazione vitale dell'universo. Lo Yin rappresenta l'aspetto femminile,

La Medicina Cinese è permeata dalla filosofia taoista, fondata da Lao Tze nel 600 a.C., che vede l'intero cosmo quale manifestazione del Tao o principio fondamentale

opposte ma complementari. Ogni espressione della natura è emanazio-

negativo, ricettivo, interno, freddo, oscuro di ogni fenomeno; lo Yang

rappresenta quello maschile, positivo, creativo, esterno, caldo e luminoso. Le due forze si completano, trasformandosi e controllandosi vicendevolmente e tutte le cose hanno aspetti Yin e Yang. È nel Periodo degli Stati Guerrieri (476 - 221 a.C.) che emergono tutte le teorie principali della Medicina tradizionale cinese: le 5 fasi o movimenti primordiali (wu - hsing), i 5 sapori e i 5 colori, il sistema delle corrispondenze, la diagnosi del polso, i canali o meridiani, i punti di agopuntura. L'universo, secondo la concezione cinese, è descrivibile secondo cinque fasi dinamiche, impegnate in una trasformazione ciclica; ogni elemento è associato a una fase diversa, a una stagione, a un colore, a un organo del corpo umano,

a una emozione. La rappresentazione grafica di queste cinque fasi è, come tipico della simbologia del Tao circolare; il legno, associato al verde, simbolo della vegetazione che si risveglia in primavera, stagione Yang, origina il fuoco, associato al rosso e all'estate, che con la sua mobilità, luminosità e calore è l'espressione dello Yang per eccellenza. Dalle sue ceneri si genera la terra per seminare e maturare, simbolo della fine dell'estate ed espressione dello Yin. Da essa è estratto il metallo, rigido e indeformabile, che rappre-

sono quindi nemici del cuore). Secondo l'anatomia cinese, il corpo umano è strutturato in questi cinque organi pieni (zang) e in altri cinque visceri cavi (fu): intestino crasso (dachang), stomaco (wei), intestino tenue (xiaochang), vescica (panguang), cistifellea (dan), ed è fondato su una funzione denominata "Triplice Riscaldatore" (sanjiao); quest'ultimo, considerato il sesto viscere, non ha una sua struttura anatomica, ma è una funzione in rapporto con gli altri che sono sotto la sua direzione/protezione (questo

uomo altamente dotato potesse arrivare ad averne fino a sette, mentre un idiota doveva possederne soltanto una e piccola. Il cuore possiede sette orifizi, che coincidono con le stelle dell'Orsa Maggiore, è sede della felicità e genera il sudore. «*Il Cuore comanda il Sangue e lo Shen. Inoltre è la casa dello Shen*». Quest'ultimo è uno spirito vitale che permette all'individuo di essere cosciente di sé e di determinare il suo posto nell'universo. Nel Su Wen (domande semplici) il cuore controlla la gioia e questa, intesa come stato di eccessiva

I Cinesi credevano che il cuore, identificato col fuoco, fosse l'organo principale del corpo, l'Imperatore racchiuso all'interno del suo Palazzo fortificato rappresentato dalla gabbia toracica

L'esame del polso fu introdotto proprio dai Medici cinesi, che ne distinguevano 200 tipi differenti, tra cui una ventina erano ritenuti indice di esito letale

senta la durezza, ma anche l'autunno (espressioni dello Yin) e che nel processo di liquefazione genera l'acqua che scende e si insinua in ogni dove, che rappresenta il massimo dello Yin; il suo colore è il nero e la stagione che la esprime è l'inverno; essa tuttavia dà nuovamente origine al legno degli alberi, attraverso una trasformazione ciclica che si alterna con fasi successive di generazione e distruzione. Si associa a ogni fase una parte del corpo umano: il legno al fegato (gan), il fuoco al cuore (xin), la terra a milza e pancreas (pi), il metallo ai polmoni (fei), l'acqua ai reni (shen) (che

concetto appare come una elegante rappresentazione del metabolismo). Organi Yin e Yang sono tra loro dipendenti e complementari: ciascuno di essi rappresenta un "insieme energetico" e ricopre specifiche funzioni. I Cinesi credevano che il cuore fosse l'organo principale del corpo: l'organismo umano era considerato come una copia in miniatura dell'universo, di cui il cuore era l'Imperatore, racchiuso all'interno del suo Palazzo fortificato rappresentato dalla gabbia toracica. I Cinesi ritenevano anche che normalmente il cuore fosse costituito da due cavità, ma che un

agitazione mentale, danneggia il cuore, iperstimolandolo, con palpitazioni e ... arrossamento della punta della lingua. Dai cinesi la lingua è, infatti, considerata "germoglio del cuore" e ne condiziona colore, forma e senso del gusto: «*Il Cuore si apre nella lingua; la sua luminosità si mostra nel viso*». Il sangue cinese (Xue) è una sostanza Yin e non coincide con il sangue in senso stretto, anche se ne condivide delle funzioni. Circola mantenendo, nutrendo e umidificando il corpo, attraverso vasi e meridiani. È prodotto da milza e rene, è veicolato dal cuore e custodisce il feto. Ma sarebbe

*La teoria del polso, dal Mo King
(Biblioteca Nazionale di Parigi)*

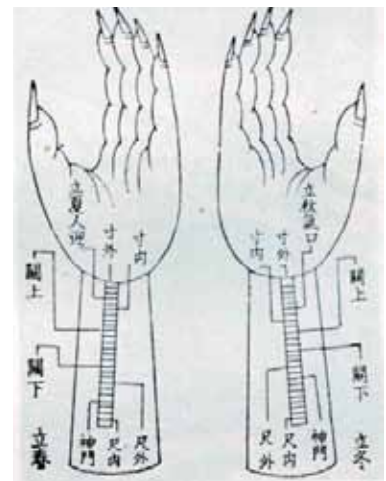
errato datare al taoismo l'inizio della Medicina Cinese; i suoi testi più antichi risalgono infatti al 3.500 a.C. Il Nei Ching, canone della Medicina, descrive, anche se scritto più recentemente, la Medicina dei tempi di Huang - Ti, l'Imperatore Giallo (che avrebbe regnato fra il 2.698 ed il 2.599 a.C.). A lui sono dedicati anche molti



*Huang - Ti,
l'Imperatore Giallo (circa 2600 a.C.),
il leggendario autore del Nei Ching*

testi, tra cui il già citato *Su Wen* e il *Lingshu* (perno spirituale), uno dei più famosi Trattati di Medicina tradizionale cinese. È doveroso anche ricordare il grande trio dei Medici cinesi: Ts'ang Kung, Chang Chung Ching e Hua T'O. La visita diagnostica cinese si snoda in quattro tecniche successive, detti i Quattro Esami. Nella fase dell'ispezione il Medico controlla l'aspetto generale del paziente, la costituzione e gli atteggiamenti, il colorito del viso, lo stato della lingua; segue poi la fase dell'ascolto dei suoni

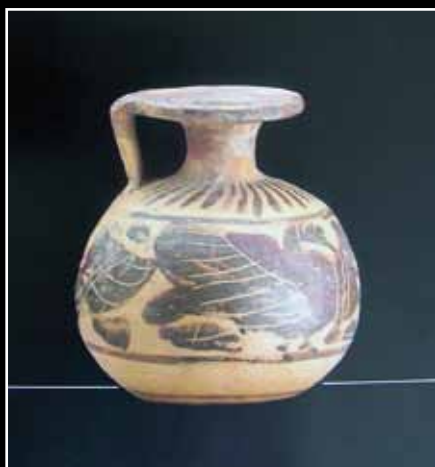
(voce e respirazione, ma anche tosse o singhiozzo) e della valutazione degli odori corporei. La fase dell'anamnesi prevede un interrogatorio per ricavare informazioni su sensazioni di freddo o di calore avvertite dal paziente, sudorazione, mal di testa, tipo e localizzazione dei dolori, feci, urine, modalità di alimentazione, sete, sonno, ciclo mestruale e malattie precedenti. La quarta tecnica consiste nella palpazione di diverse parti del corpo e di vari punti dell'agopuntura, ma soprattutto nell'esame del polso, introdotto proprio dai Medici cinesi, che ne distinguevano 200 tipi differenti, tra cui una ventina erano considerati indice di esito letale. Per gli antichi cinesi la salute era, infatti, fondata sul perfetto equilibrio dei due principi vitali, Yin e Yang, caldo e freddo (paragonati anche all'attività delle due sezioni del sistema neurovegetativo, simpatico e parasimpatico), circolanti col sangue nei canali dell'organismo; quindi la malattia era prodotta da uno squilibrio della circolazione. Ben 4.000 anni prima di Harvey l'Imperatore Giallo aveva intuito, infatti, il concetto della circolazione del sangue: «*La corrente sanguigna fluisce continuamente in un cerchio e non si arresta mai*». Pertanto l'esame del polso durava parecchie ore (come un Holter *ante litteram*). Il polso deve essere preso al sorgere del sole, ponendo la mano destra sul polso sinistro e la sinistra sul destro. Ciascuna delle tre dita medie che palpano percepisce tre polsi distinti (Tsuen, Kuan e Che), a loro volta suddivisi in un polso interno e uno esterno. Il Medico esplora il polso per studiare lo stato degli organi e dei



visceri, dei meridiani e l'insieme della circolazione, riflessi a livello dell'arteria radiale; quest'analisi offre l'opportunità di valutare le condizioni energetiche generali, la sede della malattia e, secondo alcuni, anche la prognosi. Tutto ciò che gli antichissimi cinesi conoscevano del polso rimase praticamente immutato nei millenni e fu poi raccolto da Wang Shu Ho nel 280 d.C. nel celebre classico del polso (Mo King). Per quanto riguarda la terapia, nella farmacopea cinese avevano spazio i fiori di gelso contro le malattie vascolari e la rauwolfia serpentina contro gli stati pletorici, da cui nel secolo scorso si estrasse l'antipertensivo reserpina. È universalmente nota, infine, la metodica dell'agopuntura, di cui i cinesi conoscevano anche un effetto collaterale letale «*Se si punge il cuore il paziente muore lo stesso giorno*».



*Un Medico cinese
studia il polso di una paziente*



Il profumo nel mondo antico

DI GIUSEPPE SQUILLACE

Prima di essere impiegate per il corpo, le sostanze aromatiche rappresentarono per Greci e Romani, e prima ancora per le popolazioni orientali, una parte delle offerte alle divinità. “Profumo”, che nella lingua greca è indicato come *ároma* o *osmé*, deriva dal latino *per fumum* ad indicare appunto la sostanza odorosa che, liberandosi nell’aria, doveva pervenire agli dèi onorandoli; “ambrosia” ha la sua origine dal termine greco *ámprotos* cioè immortale e “incenso” dal latino *incendo* fa chiara allusione all’offerta sacrificale tributata attraverso il fuoco. La vicinanza tra uomo e dio attraverso le sostanze odorose è chiara in molti miti. Mirra era figlia del re del Libano Tia. Invaghitasi del padre rimase incinta. Scoperto l’incesto, Mirra fuggì dalla sua terra e si trasformò per volere degli dèi in pianta aromatica: un albero dalla

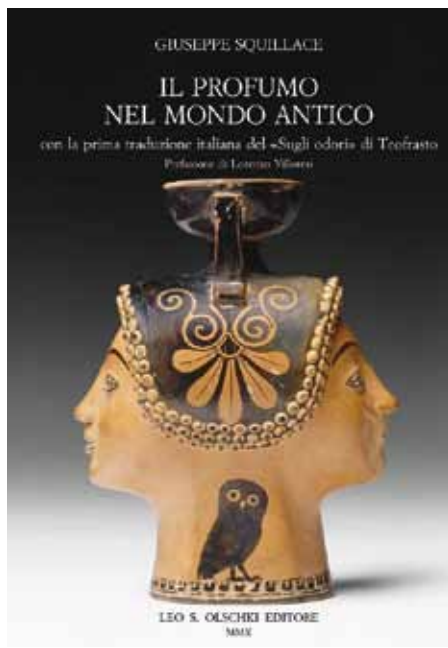


resina fragrante che da una fenditura del tronco diede alla luce un bambino profumato: Adone. Analoga sorte toccò ad altri giovani. Dafne si trasformò in alloro, Leucotoe in albero dell’incenso, Minthe in pianta della menta, Narciso nel fiore del narciso, Adone in anemone, Attis in pino, Ciparisso in cipresso, Croco nel croco dai cui pistilli nasce lo zafferano. Da offerte agli dèi le essenze profumate, disciolte in oli, vennero utilizzate prima per cospargere i corpi dei defunti e preservarne così l’integrità, poi per profumare il corpo di uomini e donne in un ambito ormai prettamente

profano. Incenso, mirra, nardo, rosa, zafferano, menta, pepe, cardamomo, cinnamomo, cassia divennero ingredienti di fragranze raffinate e rare il cui uso, visto il costo delle spezie, poteva essere alla portata delle sole famiglie benestanti. Le tecniche di composizione dei profumi, il loro impiego, la loro conservazione sono ricordati soprattutto in due opere: l’opuscolo *Sugli odori del greco* Teofrasto (IV - III secolo a.C.), allievo di Aristotele e noto per i suoi interessi nel campo della botanica, e il romano Plinio il Vecchio (I secolo d.C.) all’interno della sua monumentale *Storia Naturale*. Teofrasto e Plinio riportano in dettaglio il procedimento di preparazione delle singole fragranze. Succo ed essenza costituivano gli elementi base, ai quali venivano aggiunti coloranti (in genere cinabro e anchusa) e



conservanti (sale o altre resine). Se la sostanza odorosa costituiva la base della fragranza, nella creazione di un profumo intervenivano vino e olio utilizzati per la loro capacità di assorbire le sostanze aromatiche. Ad avere una maggiore durata erano le essenze disciolte in olio grasso e inodore. Non sempre il colore del prodotto rispecchiava quello ottenuto dalla macerazione delle sostanze aromatiche. In molti casi, infatti, esso era colorato con altri ingredienti: diventava verde con olio di henna, nero con essenza di Mende, bianco con olio di rosa, giallognolo con la mirra. Le fragranze venivano tratte prevalentemente da fiori, foglie, rami, radici, resine. Tra i fiori più apprezzati vi erano la rosa e il giglio, tra le foglie quelle di mirto, tra le radici quelle di iris, tra le resine mirra e incenso. Poco resistenti erano i profumi ricavati dai fiori, avevano invece maggiore durata quelli tratti dalle altre sostanze. Per ciascun aroma esistevano luoghi di produzione di eccellenza. Delo e Mende furono note per la produzione dei profumi in genere. Corinto prima e Cizico poi primeggiarono per il profumo di iris, Faselide prima, Napoli, Capua e Preneste poi per quello di rose. Per il profumo allo zafferano fu a lungo celebre Soli di Cilicia, presto superata da Rodi. Allo stesso modo Cos prima si distinse per il profumo di maggiorana, poi per quello di mele cotogne.



Esistevano profumi “doc” cui i produttori assegnavano un “marchio di fabbrica”: fu così per il Panathenaicum prodotto ad Atene, o per il Pardalium prodotto a Tarso. Non mancarono profumieri che diedero il loro nome alla fragranza: fu il caso, ad esempio, di Megallo che chiamò Megalium una sua creazione aromatica. Teofrasto e Plinio riportano anche una serie di ricette relative ai profumi più in voga. L’Egizio era composto da cinnamomo e mirra; lo Stakté era a base della preziosissima mirra stakté; il Megalium era preparato con olio di balano, cassia, cinnamomo, mirra; il Rhodinum, a base di rosa, era composto da agresto, petali di rosa, olio di zafferano, cinabro, calamo aromatico, miele, giunco profumato, fiore di sale, vino; il Melinum era ricavato da olio di mele cotogne, agresto, olio di henna, olio di sesamo, balsamo, giunco profumato, cannella, abrotano. I più delicati erano il Susinum composto da giglio, olio di balano, calamo aromatico, miele, cinnamomo, zafferano, mirra, e il Cyprinum a base di henna, agresto, cardamomo, calamo aromatico, spalato, abrotano e, secondo una

variante nella ricetta, cipero, mirra e panacea. Fragranze maschili e fragranze femminili erano ben distinte. Prodotti per l’uomo, poiché leggeri, erano il Rhodinum e il Lilium. Erano invece più adatti alla donna poiché intensi e di lunga durata lo Stakté, il Megalium, l’Egizio, Amaracino, il Nardino. Non tutte le fragranze avevano il medesimo prezzo. Tra i profumi più costosi vi erano l’Amaracino, il Nardino, il Megalium, il Cinnamominum, quest’ultimo a base della preziosissima e a tratti introvabile corteccia di cinnamomo, il Regale Unguentum preparato inizialmente per il re dei Parti. Il



profumo più scadente e perciò più economico e di largo consumo era invece il Laurinum a base di olio essenziale di alloro. Nonostante il prezzo, non sempre comunque la qualità era garantita. Come oggi anche allora non mancavano le contraffazioni. Soggetti ad un rapido sfiorire per la naturale volatilità delle essenze, i profumi andavano conservati lontani da luce e fonti di calore in vasetti di piombo o di alabastro. Gli scritti di Teofrasto e Plinio il Vecchio si rivelano dunque una miniera di informazioni. Un universo, quello dei profumi, che, sebbene effimero, non manca di mantenere inalterato tutto il suo fascino.

Il Mezzogiorno terra di briganti

Come i meridionali divennero italiani

DI KATIA MASSARA

I prodromi della rivolta

Mentre erano ancora vivi i clamori per la straordinaria impresa dei Mille, il popolo meridionale, che a quell'impresa aveva partecipato, insorgeva contro l'Italia unita. All'affermazione dei principi liberali e di una Carta Costituzionale che garantisse i diritti dei cittadini e la loro uguaglianza di fronte alla legge, veniva preferita una Monarchia ormai superata, che si era distinta per avere affamato i suoi sudditi e per essere rimasta legata mani e piedi allo spirito della Santa Alleanza. A una lettura superficiale, gli eventi accaduti nell'ex Regno delle Due Sicilie dopo la vittoria delle armate garibaldine potrebbero apparire come un paradosso, frutto solo della mentalità arretrata dei suoi abitanti e della loro atavica paura per tutto ciò che era nuovo e diverso. Ma le cose non stanno proprio così.



I motivi

Per tentare di comprendere le ragioni che spinsero le popolazioni del Sud ad armarsi per resistere al nuovo Regno d'Italia, bisogna partire dalle condizioni del Mezzogiorno prima della unificazione e dalle attese, e dalle speranze, che la fine del lunghissimo dominio borbonico e l'ingresso nel Regno d'Italia comportavano nell'immaginario collettivo dei "cafoni" meridionali. Il Regno delle Due Sicilie, come è noto, era il più reazionario degli Stati dell'Italia preunitaria, quello con meno diritti e garanzie e con il maggior tasso di povertà per la stragrande maggioranza dei suoi sudditi. La sorte peggiore era quella dei contadini e dei braccianti agricoli,

schacciati dalla prepotenza baronale e privi di qualsiasi prospettiva futura. Proprio per questo, l'avventura garibaldina era riuscita a mobilitare le masse popolari, che avevano partecipato con entusiasmo all'impresa dei Mille aspettandosi in cambio ciò che gli era stato promesso: la terra e una forma di autonomia locale che consentisse finalmente un governo del territorio capace di condurle verso il progresso e la modernità. Il sogno era quello di una patria in cui tutti gli italiani, meridionali compresi, fossero e si sentissero uguali. Ma la piemontesizzazione imposta a tutta la penisola pretese di estendere *sic et simpliciter* a realtà diversissime fra loro le stesse leggi e la stessa cultura del Regno di Sardegna, che nel periodo preunitario aveva rappresentato per molti versi, e soprattutto sotto il profilo economico - sociale, la parte più avanzata della penisola. Le sue norme e la sua cultura, la sua economia e i suoi ritmi non potevano essere applicati automaticamente a realtà tanto diverse e disomogenee come quelle degli antichi Stati italiani usciti dal Congresso di Vienna: ciò che andava bene per il Piemonte e che aveva garantito il suo sviluppo diventava un limite per gran parte del resto dell'Italia. Paradossalmente, sotto la dinastia nazionale dei Savoia le condizioni di vita della quasi totalità delle persone nel Mezzogiorno peggiorò. Sottoposta a una fiscalità esasperata (che prevedeva anche l'intollerabile tassa sul macinato), al

Subito dopo il conseguimento dell'Unità d'Italia le regioni meridionali si ribellarono con forza contro il Governo centrale

Si trattava di delinquenza comune o di un embrionale e forse inconsapevole movimento di liberazione?

I motivi della ribellione, e la risposta dello Stato, sono ancora oggi al centro del dibattito storico



Imposta sul macinato, vignetta satirica

ferreo dominio di funzionari “stranieri”, all’abolizione degli usi civici (in particolare, quelli della legna e del pascolo gratuiti) che alleviavano in parte la miseria delle famiglie contadine e all’obbligo del servizio di leva per quattro anni e completamente a carico dei militari, la gente del Sud riprese l’antica vocazione al ribellismo e alla violenza popolare che tanto spesso aveva caratterizzato lo scontro sociale nelle città e, soprattutto, nelle campagne. E così, come al tempo della Santa Fede del Cardinale Ruffo e in mille altre occasioni, rinacquero le bande, che saccheggiavano le case e le proprietà dei baroni prima filoborbonici e ora convenientemente filosabaudi, che terrorizzavano i rappresentanti dell’autorità, che occupavano interi paesi imponendo la loro legge. I briganti, per lo più contadini, patrioti delusi ed ex soldati dell’esercito borbonico, ma anche delinquenti comuni e pluripregiudicati, dichiaravano la loro lealtà ai Borbone e la loro volontà di difendere il Pontefice, la cui autorità temporale rischiava seriamente di venire compromessa. Sia i vecchi sovrani che Pio IX (che ospita al Quirinale, dopo il soggiorno a Gaeta, Francesco II e Maria Sofia in fuga) li sostengono più o meno apertamente e, segretamente, li finanziano, approfittando della protesta di un popolo esasperato per tornare agli antichi privilegi. E così, nella metà meridionale del Paese sembrano

ripetersi vecchi copioni, che vedevano gruppi criminali taglieggiare possidenti e gente comune in nome di confuse e astratte rivendicazioni. Ma nel periodo immediatamente successivo alla proclamazione del Regno d’Italia, avvenuta nel marzo del 1861, era mutata sia l’intensità del fenomeno, molto più consistente e organizzato rispetto alle rivolte precedenti, che il suo carattere, ora più specificamente politico: dall’Abruzzo alla Sicilia decine di migliaia di persone (si calcola oltre 80.000) scendevano in armi, mentre alle azioni dimostrative dirette contro simboli e rappresentanti del nuovo Stato si sommarono rapine e sequestri, omicidi ed estorsioni, che servivano ai briganti sia come sostegno economico che per diffondere il terrore e strappare il controllo del territorio alla legittima autorità.

Le conseguenze

Questo fu “il grande brigantaggio”, cui il Regno d’Italia rispose con l’invio dell’esercito e lo stato d’assedio, con la “Legge Pica” del 1863 e l’istituzione dei tribunali militari che condannavano a morte immediatamente i briganti trovati con le armi in pugno e ai lavori forzati a vita chi era ritenuto loro complice. Il generale La Marmora, torinese, più volte ministro della Guerra nel Regno di Sardegna, arrivò nel Sud con un corpo di circa 160.000 uomini, per combattere una guerra civile contro nemici poveri e ignoranti, facilmente strumentalizzabili dalle forze

della reazione che tentavano di rovesciare lo Stato unitario, o quantomeno di minarne la credibilità. Nessun tentativo di mediazione, nessuno sforzo di comprensione del fenomeno: alla violenza dei briganti si oppose la forza della legge, con episodi di brutalità estrema sia da una parte che dall’altra. In pochi anni il brigantaggio, almeno nelle sue componenti principali, fu debellato a costo di migliaia di morti, ma la vittoria ottenuta dal nuovo Regno d’Italia nasceva sulla conquista del Sud, piuttosto che su una consapevole e convinta annessione di circa la metà del territorio nazionale. Tutto questo peserà soprattutto negli anni a venire, agendo prepotentemente su quell’atteggiamento di distacco e di diffidenza così tipici della mentalità meridionale nei riguardi dello Stato e contribuendo alla nascita e alla diffusione della criminalità organizzata, di quell’antistato vivo e presente che garantiva la difesa dei deboli e la punizione delle ingiustizie. A complicare ulteriormente la situazione, privando il Mezzogiorno di tante energie e intelligenze, interverrà poi la “grande emigrazione”, che, soprattutto dagli ultimi decenni dell’Ottocento e fino allo scoppio della Prima Guerra Mondiale, porterà centinaia di migliaia di meridionali ad abbandonare la propria terra, in quella che Giustino Fortunato ha definito una “rivoluzione silenziosa” destinata a produrre esiti disastrosi.



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI
OSPEDALIERI

CENTRO FORMAZIONE *Piano Annuale Formativo* **2011**

Cari Amici con piacere Vi presentiamo il Piano Annuale Formativo per l'anno 2011. E' ancora una volta il frutto del lavoro appassionato dei componenti del Consiglio Direttivo e di tanti altri componenti della nostra Associazione, convinti della necessità di diffondere, aggiornare e condividere le conoscenze, con l'obiettivo di curare al meglio i nostri pazienti. Anche quest'anno l'offerta formativa è ampia e si articolerà, secondo tradizione, in Campagne Educazionali Nazionali, Seminari di aggiornamento, Corsi di Clinical Competence, Eventi Formativi Murali ed Extramurali, Corsi di RCP. Il **Blitz 4 Qualità** dedicato all'aderenza alle Linee Guida nella gestione delle sindromi coronariche acute ha visto nello scorso anno il secondo periodo di arruolamento dei pazienti da parte dei 163 Centri coinvolti concluso con la presentazione dei risultati al Congresso Nazionale 2010. Si è ora avviato un dibattito a livello regionale per estendere il confronto e la discussione sui dati raccolti a tutte le strutture cardiologiche, anche al fine di focalizzare l'attenzione sulle criticità correggibili nelle proprie realtà operative.

La **Campagna delle Cardiologie Sicure** proseguirà anche quest'anno con altri 3 Incontri con l'obiettivo di valutare e gestire il rischio clinico nella consapevolezza che l'errore è una insufficienza del sistema che, se riconosciuta, può essere evitata con risvolti positivi nella gestione del paziente.

Il Seminario sulla **Scelta Ragionata della Terapia Antitrombotica nelle Sindromi Coronariche Acute** proseguirà con l'obiettivo non solo di analizzare le tante opzioni disponibili nell'ambito della terapia antitrombotica, ma anche di stimolare la diffusione delle reti interospedaliere per la gestione dei pazienti con NSTEMI. Sono programmati 6 Incontri con lezioni frontali alternate a presentazione di casi clinici per una riflessione sulla gestione della terapia antitrombotica e sui percorsi diagnostico-terapeutici più adeguati.

Prende l'avvio quest'anno un **Forum di Aggiornamento Interattivo** intersocietario condotto con ARCA e GICR dedicato a **Sindromi coronariche: Qualità e Continuità delle Cure dopo l'evento Acuto**. Sarà un'occasione di incontro e discussione tra cardiologi che operano in UTIC, nel Territorio e nelle Strutture di Cardiologia Riabilitativa, per definire insieme percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali agili ed appropriati per i pazienti dimessi con diagnosi di sindrome coronarica acuta. Sono previsti 5 Incontri della durata di due giorni con modalità di lavoro per gruppi a rotazione sui diversi temi.

Proseguiranno i **Corsi di Clinical Competence** per i cardiologi che operano in **Unità di cura intensiva cardiologica** e saranno riproposti i corsi residenziali per la gestione del paziente con **Cardiopatia Ischemica Cronica**, svolti presso Centri ospedalieri di eccellenza e destinati ad affrontare il tema di una patologia ritenuta a "basso" rischio ma ad alto impegno di risorse.

Dalle Regioni sono arrivate 89 proposte di **Eventi Formativi Extramurali** che propongono riflessioni originali in tutti gli ambiti della cardiologia, dalle sindromi coronariche acute allo scompenso cardiaco, dal trattamento farmacologico a quello elettrico delle aritmie cardiache, dalla prevenzione alla riabilitazione cardiologica. Grazie all'impegno e alla dedizione degli amici dell'Area Emergenza-Urgenza, proseguono i **Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare**, gestiti sempre con grande professionalità, riconosciuti a livello internazionale e sempre molto frequentati.

Anche quest'anno dunque il Piano Annuale Formativo ANMCO si presenta vasto e ben articolato grazie all'impegno e all'entusiasmo di tutti.

Nella speranza che il lavoro di noi tutti riceva l'apprezzamento e il consenso che merita, Vi aspettiamo numerosi alle iniziative che abbiamo varato. Arrivederci a presto.



Marino Scherillo
Marino Scherillo
PRESIDENTE ANMCO



Francesco Mazzuoli
Francesco Mazzuoli
VICE-PRESIDENTE ANMCO
ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE E GESTIONALI



Massimo Uguccione
Massimo Uguccione
VICE-PRESIDENTE ANMCO
ATTIVITÀ CULTURALI
COORDINATORE CENTRO FORMAZIONE ANMCO





ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

