



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Il ritorno a casa...

Wind of Change

Report dagli Stati Generali
ANMCO 2014 - 2016

Corri "per il Tuo cuore"

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

La lettera di dimissione
cardiologica

La ricerca
dell'appropriatezza in
Cardiologia

ANMCO Emilia Romagna
versus ANMCO Veneto

News dal
Friuli Venezia Giulia

Il cuore trentino batte
per lo Zimbabwe

La Cardioncologia.
Una realtà anche in Puglia

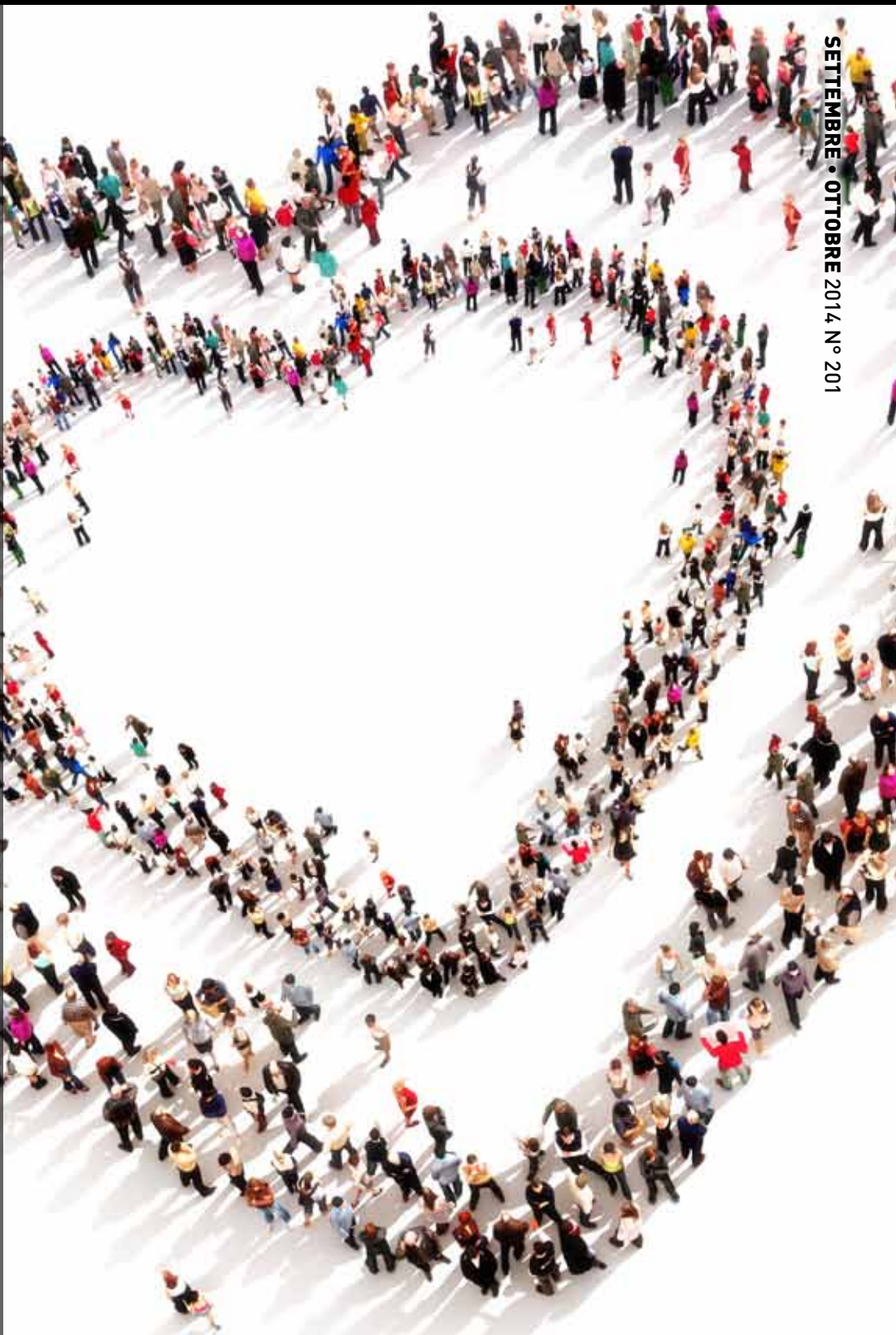
ANMCO Sicilia:
continuità ed innovazione

La lettera di dimissione:
le linee guida siciliane

Laboratorio
digitale integrato di
ecocardiografia

C'era una volta l'infarto

Notte "petripalisa"
stellata



SETTEMBRE • OTTOBRE 2014 N° 201



per il tuo cuore
Fondazione per la Ricerca e l'Innovazione

Stati Generali ANMCO 2014/2016

Gubbio
Park Hotel ai Cappuccini
17-19 ottobre 2014

L'Anmco che cambia





In copertina immagine di Dreamstime

N. 201
settembre / ottobre 2014
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Maurizio Giuseppe Abrignani
Co - Editor
Federico Nardi
Comitato di Redazione
Michela Bevilacqua
Emilia Biscottini
Stefania Angela Di Fusco
Daniele Grosseto
Annamaria Iorio
Giulia Russo
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

**Organizzazione con Sistema di Gestione
Certificato da KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2008**

Direttore Responsabile
Mario Chiatto

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 - www.mirannalti.it



EDITORIALE

Il ritorno a casa... p. 2
di Mario Chiatto

DAL PRESIDENTE

Wind of Change p. 3
di Michele Massimo Gulizia

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO GLI STATI GENERALI ANMCO

L'ANMCO che cambia p. 7
Stati Generali 2014 - 2016
*di Maurizio Giuseppe Abrignani
e Federico Nardi*

LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE

La Fondazione "per il Tuo cuore"
ritorna a correre p. 15
*di Pier Luigi Temporelli e Andrea Di
Lenarda*

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi ANMCO p. 19

DALLE AREE

AREA E-CARDIO p. 23
La lettera di dimissione cardiologica:
quanto possiamo migliorarla?
*di Giovanni Barbati a nome dell'Area
e-Cardio*

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La ricerca dell'appropriatezza in
Cardiologia: qual è il confine tra le
Linee Guida e il mondo reale? p. 26
*di Antonella Cherubini, Gian Francesco
Mureddu, Pier Luigi Temporelli, Anna
Frisinghelli, Piero Clavario, Francesca
Cesana, Francesco Pattiroli a nome
dell'Area Prevenzione Cardiovascolare*

DALLE REGIONI

EMILIA ROMAGNA p. 38
ANMCO Emilia Romagna e Veneto,
ovvero le convergenze parallele
*di Daniele Grosseto, Stefano Urbinati,
Loris Roncon*

FRIULI VENEZIA GIULIA p. 42
Riforma Sanitaria, attività scientifica e
multidisciplinarietà

*di Giulia Russo, Elisa Leiballi, Matteo
Cassin a nome del Consiglio Direttivo
Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia*

P.A. TRENTO p. 47
Il cuore trentino batte per lo Zimbabwe
di Alberto Menotti

PUGLIA p. 49
La Cardioncologia.
Una realtà anche in Puglia
*di Francesca Pierrri, Stefano Oliva,
Pasquale Caldarola*

SICILIA

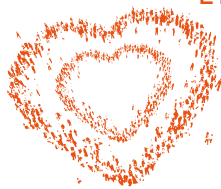
Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale
ANMCO Sicilia: continuità ed
innovazione p. 51
*di Giacomo Chiarandà, Andrea Colletti,
Nicola Giunta, Giuseppe Leonardi,
Antonino Nicosia, Giuseppe Paleologo,
Giovanni Maria Polizzi*

Le raccomandazioni regionali per la
dimissione e la comunicazione con
il paziente dopo ricovero per evento
cardiologico p. 54
*di Maurizio G. Abrignani, Giacomo
Chiarandà, Giovanni De Luca, Michele
Gabriele, Ernesto Mossuti*

FORUM p. 60
Ecocardiografia digitale integrata tra
Ospedale e Territorio
di Cosimo A. Greco e Antonio F. Amico

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

C'era una volta l'infarto p. 62
di Marco Bobbio
Notte "petripalisa" stellata p. 65
di Angelo Mingrone



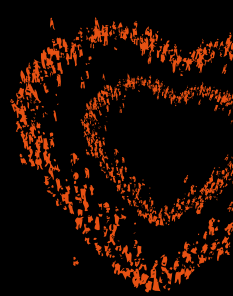
Il ritorno a casa...

DI MARIO CHIATTO



Cari Amici, ho accettato con gioia ed orgoglio la proposta di assumere la carica di Direttore Responsabile di “*Cardiologia negli Ospedali*” (CNO). Un grazie sentito al Presidente ANMCO Michele Gulizia e a tutto il Consiglio Direttivo per la fiducia accordatami. Considero questa nomina un coronamento dell’attività che in questi anni ho svolto in ANMCO con ruoli diversi tra i quali quello di Editor della Rivista. È come se tornassi a casa, dove troverò molte delle persone con le quali ho avuto il piacere di collaborare negli anni passati, tra le quali Simonetta Ricci e Luana Di Fabrizio che hanno certamente contribuito in maniera sostanziale allo sviluppo della rivista. Da tempo CNO suscita grande interesse nei nostri lettori. Il consenso manifestato, oltre alla naturale curiosità che ha accompagnato le innovazioni di questi ultimi anni, è anche il segno di un programma che si è portato avanti con il contributo di tutti i Soci e che fa ben sperare per il futuro. Oggi più che mai è fortemente avvertita l’esigenza di un giornale che parli ai nostri associati e non solo, di un

riferimento che insieme al resoconto delle attività svolte, solleciti un dibattito franco e leale sulla stato di salute della Cardiologia ospedaliera che mai come in questa fase è al centro di grandi trasformazioni ma anche di gravi emergenze: Giovani, Disoccupazione, Blocco del Turnover. Quello che occorre è una nuova coscienza che faccia sentire la voce della comunità cardiologica in quegli ambiti di decisione dove le parole diventano progetti e questi si trasformano in fatti e possibilità di cambiamenti. C’è una Cardiologia propositiva, laboriosa, ricca di inventiva, desiderosa di crescere. A questa Cardiologia noi vogliamo dare voce. Un giornale da solo non può farcela se non trova la partecipazione di chi la Cardiologia la vive nelle corsie. Per questo invitiamo tutti a collaborare attivamente alla Rivista con proposte, spunti di discussione, critiche quando necessario. Con la speranza di dare “una spinta” propositiva alla Cardiologia italiana auguro a tutti buon lavoro. ♥



Wind of Change

muore lentamente chi non cambia...

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA





*“Quando soffia forte il vento,
noi non costruiamo muri,
ma mulini ove macinare il
buon grano che le nostre forti
spighe hanno prodotto.”*

Nella lunga storia dell'ANMCO gli Stati Generali hanno rappresentato, da sempre, un momento rilevante di profonda riflessione e di fruttuoso confronto per gli Organi e gli Organismi della nostra Associazione. Gubbio, una tra le più belle città medievali in Italia, gioiello unico incastonato nel verde, testimonianza di un passato luminoso, raffinato e colto che ancora risplende è stata la sede ideale degli Stati Generali ANMCO 2014 - 2016, il cui titolo questa volta è veramente emblematico:

L'Anmco che cambia. Questo incontro con i massimi esponenti associativi, in questi ultimi anni collocato alla fine dell'esperienza di un Presidente e del suo Consiglio Direttivo, è stato invece convocato subito dopo l'insediamento mio e del nuovo Consiglio Direttivo. La scelta di condurlo all'inizio è parimenti emblematica, in quanto

rappresenta il simbolo della necessità di non perdere tempo e di affrontare al più presto e con maggiore impegno, condivisione e determinazione le sfide che oggi si presentano alla Cardiologia ospedaliera italiana. Un vento di cambiamento. Si tratta in primo luogo di sfide organizzative: in un momento di grandi trasformazioni, in cui la nostra stessa ragione d'essere è messa in dubbio dalla imminente rimodulazione della rete ospedaliera, figlia di una spending review spesso basata su tagli lineari e non su una oculata allocazione di risorse, come pure da un modello, quello per intensità di cure, che rischia di azzerare i progressi della Cardiologia italiana degli ultimi cinquant'anni, sentiamo il bisogno di procedere rapidamente a un rinnovamento che possa permetterci di restare protagonisti in una Sanità in continua evoluzione. La recente bozza di Decreto Legge del

21 luglio, poi approvata con poche modifiche in Conferenza Stato-Regioni il successivo 5 agosto, è passata quasi in sordina, letta nella drammaticità delle affermazioni in essa contenute solo da pochi. A noi non è sfuggita, anzi. Rimboccandoci da subito le maniche e, grazie al tempestivo sostegno di Giovanni Gregorio e Quinto Tozzi, abbiamo immediatamente elaborato un modello applicativo che simulasse lo “scoppio della bomba” per calcolarne gli effetti a breve, medio e lungo raggio. Ebbene, l'applicazione del suddetto Decreto spazzerebbe via, in un soffio, circa 500 Cardiologie delle attuali 714, con un maggior danno configurato nell'assoluta mancanza della figura professionale del Cardiologo (oltre che della Cardiologia) negli Ospedali di Pronto Soccorso, mentre Cardiologo e Cardiologia sopravviverebbero negli ospedali con DEA dal 1° livello in su. Ho già scritto



*“Adattiamoci e anche pieghiamoci
alla forza del vento, ma
mantenendo forte e serrata la nostra
spiga per non perdere i semi del
nostro buon grano.”*

del modello darwiniano e che dobbiamo imparare ad adattarci rapidamente alle mutate esigenze economiche del nostro Paese e alle nuove e più complesse richieste assistenziali. E questo perché partecipando attivamente al mutamento, potremo penetrare meglio il Sistema, per migliorarlo dall'interno, nel precipuo interesse di garantire a tutti i nostri connazionali la qualità delle cure erogate dai Cardiologi italiani. Ma per questo occorre uno sforzo comune. La stessa coesione che tutte le Cardiologie ospedaliere hanno dimostrato, e dimostrano giornalmente, nel partecipare ai progetti scientifici che hanno reso l'ANMCO interlocutore privilegiato per le Istituzioni e per la Comunità Scientifica internazionale, va spesa per difendere la specificità della nostra disciplina, dando nel contempo risposte al fabbisogno di salute dei cittadini italiani, di cui ci siamo fatti

garanti negli ultimi cinquant'anni. A breve incontrerò l'On. Vito De Filippo, attuale Sottosegretario di Stato del Ministero della Salute, al quale sottoporro le nostre perplessità di specialisti Cardiologi e al quale consegnerò il libro bianco che abbiamo realizzato in cui, regione per regione, si descrivono accuratamente le cancellazioni di posti letto/strutture/UTIC/Emodinamiche e le possibili conseguenze derivanti dall'attuazione del suddetto Decreto. Confido fiducioso che da politico esperto e sensibile quale ha dimostrato di essere negli anni nella sua terra materana, da poco eletta capitale della cultura per il 2019, saprà essere interlocutore governativo attento per sensibilizzare il Ministro Lorenzin alla indispensabilità del Cardiologo anche negli Ospedali con Pronto Soccorso. In secondo luogo, proprio per affrontare queste sfide è necessario ritrovare, insieme alla Federazione

Italiana di Cardiologia (FIC) e alle altre Società cardiologiche di settore, la necessaria compattezza e comunione d'intenti. Sul ruolo della FIC e dei rapporti con le Società cardiologiche consorelle agli Stati Generali ha avuto luogo un complesso e articolato dibattito. Dibattito che dovrà essere portato al tavolo FIC e per il quale confidiamo in una maggiore uniformità di vedute in un'ottica che assomigli sempre più al consolidato e vincente modello europeo dell'ESC. Tanti sono stati gli argomenti trattati durante gli Stati Generali, con grande tempo a disposizione per la discussione che ha permesso a tutti di poter esprimere, anche in ripetuti interventi, proposte, riflessioni e spunti rilevanti sulle attività da svolgere nel breve e medio termine. Inoltre sono state gettate le basi per progetti di più lunga percorrenza e che, partendo con me, passeranno attraverso il prossimo Presidente del



“Che il vento di cambiamento soffi così forte da far girare le pale della nostra azione propulsiva alla sua stessa velocità.”

2016 Andrea Di Lenarda e, oltre, a chi verrà dopo. Una condivisione e una comunione d'intenti che anima e dà forza a questo Consiglio Direttivo per portare avanti, nella sua complessità del momento economico e sociale odierno, a tante iniziative che hanno coinvolto e coinvolgeranno sempre più i Soci ANMCO. Ma gli Stati Generali sono stati anche l'occasione ideale per illustrare il nuovo assetto organizzativo dell'Associazione, basato sulla rimodulazione della Segreteria ANMCO in quattro differenti Dipartimenti, sulle nuove iniziative per i Soci, sulla rivalutazione del ruolo di Fellow ANMCO con l'illustrazione dei nuovi servizi a essi dedicati, sulle nuove piattaforme di comunicazione ANMCO (ANMComunica e ANMConnect), sulle nuove iniziative (concrete) per rivalutare il grande apporto dei Giovani Colleghi iscritti ANMCO (Mentoring ANMCO), ma soprattutto per ricevere proposte e poter discutere a lungo e approfondita-

mente su come migliorare e snellire ulteriormente alcuni complessi meccanismi associativi. Non voglio dilungarmi ad illustrarvi quanto è stato oggetto di accurata presentazione ai Colleghi convenuti a Gubbio in quanto nelle pagine a seguire potrete leggere un report completo dell'evento, a cura dell'Editor di questa stessa Rivista Maurizio Giuseppe Abrignani e del Segretario Generale Federico Nardi che hanno pazientemente redatto il sunto dell'evento. A loro va la mia gratitudine per la puntualità dell'esecuzione e per l'impegno profuso per restare aderenti al senso delle presentazioni e degli interventi che si sono susseguiti. Voglio infine ringraziare tutti i partecipanti per aver accettato, con la passione e l'entusiasmo di sempre, il nostro invito. Un particolare ringraziamento va ai Past President, uomini di grande saggezza associativa, che hanno partecipato con grande entusiasmo e passione a tutti i lavori di questi Stati Generali. Le parole di

apprezzamento per il lavoro sinora svolto insieme al Consiglio Direttivo, che hanno voluto farmi pervenire, oltre a quelle dei tanti Presidenti Regionali, Chairperson e Co - Chairperson delle Aree, sono state per me motivo di incoraggiamento e di ulteriore galvanizzazione per portare avanti con determinazione le giuste istanze che possano migliorare la crescita e la continua affermazione della nostra Associazione. A loro e a tutti i Colleghi che, con la propria presenza hanno arricchito di colte argomentazioni e di sagge considerazioni questo evento, va il mio personale e più caloroso ringraziamento per aver contribuito alla nascita di una nuova ANMCO che getterà le basi per una rinnovata Cardiologia che, forte dei successi del passato, saprà essere continuo riferimento culturale e organizzativo per le Istituzioni e per le nuove generazioni di Cardiologi. Buon ANMCO a tutti e arrivederci al prossimo numero. ♥



«Lentamente muore chi diventa schiavo dell'abitudine, ripetendo ogni giorno gli stessi percorsi, chi non cambia la marca, chi non rischia e cambia colore dei vestiti, chi non parla a chi non conosce.

Muore lentamente chi evita una passione, chi preferisce il nero su bianco e i puntini sulle "i" piuttosto che un insieme di emozioni, proprio quelle che fanno brillare gli occhi, quelle che fanno di uno sbadiglio un sorriso, quelle che fanno battere il cuore davanti all'errore e ai sentimenti.

Lentamente muore chi non capovolge il tavolo, chi è infelice sul lavoro, chi non rischia la certezza per l'incertezza, per inseguire un sogno, chi non si permette almeno una volta nella vita di fuggire ai consigli sensati.

Lentamente muore chi non viaggia, chi non legge, chi non ascolta musica, chi non trova grazia in se stesso.

Muore lentamente chi distrugge l'amor proprio, chi non si lascia aiutare; chi passa i giorni a lamentarsi della propria sfortuna o della pioggia incessante.

Lentamente muore chi abbandona un progetto prima di iniziarlo, chi non fa domande sugli argomenti che non conosce, chi non risponde quando gli chiedono qualcosa che conosce.

Evitiamo la morte a piccole dosi, ricordando sempre che essere vivo richiede uno sforzo di gran lunga maggiore del semplice fatto di respirare. Soltanto l'ardente pazienza porterà al raggiungimento di una splendida felicità.»

Pablo Neruda

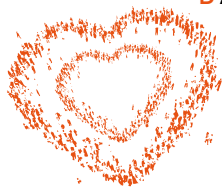
L'ANMCO che cambia Stati Generali 2014 - 2016

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI E FEDERICO NARDI

Nella cappella del Palazzo dei Consoli, a Gubbio, affascinante città nel cuore della verde Umbria, sono conservate le sette Tavole Eugubine (*Tabulae Iguvinæ*), sulle quali è inciso un testo sacro, redatto in alfabeto sia latino sia umbro. Come una stele

di Rosetta in miniatura, queste tavole bronzee ci hanno consentito di conoscere l'antica lingua degli Umbri. Sarebbe bello se esistesse un analogo documento, che usi un linguaggio comune tra quello dei Cardiologi, fatto di trial clinici randomizzati e controllati, evidence

based medicine e Linee Guida, e quello degli organi politico - istituzionali, basato su leggi, decreti, regolamenti e circolari applicative, mettendo a più stretto contatto due mondi che, troppo spesso, appaiono separati. Mai come oggi, anzi, le istituzioni sembrano non alleate



della Cardiologia ospedaliera, come dovrebbe essere, ma ostili a essa.

Il tema dei rapporti con gli organi politico - gestionali è stato centrale negli Stati Generali dell'ANMCO, che si sono tenuti proprio a Gubbio dal 17 al 19 ottobre 2014 con la partecipazione dei massimi esponenti dell'Associazione. Nel saluto iniziale, il Presidente Michele Massimo Gulizia ha sottolineato l'intento di illustrare e discutere, durante la riunione, le linee programmatiche del Direttivo per il prossimo biennio, all'inizio e non come tradizione di quest'ultimo biennio alla fine del mandato, intento propedeutico alla definizione di strategie condivise e che siano da stimolo a chi verrà dopo affinché possa raccogliercene il testimone, in quanto le sfide rivolte alla Cardiologia ospedaliera non possono aspettare.

L'attacco concentrico alla Cardiologia Ospedaliera Italiana

Il primo problema è insito nella prossima rimodulazione della rete ospedaliera. Nell'ambito del nuovo Patto per la Salute, secondo l'accordo Stato Regioni, l'atto di redistribuzione delle reti ospedaliere regionali (operativo dal dicembre 2014) comporterà, di fatto, una riorganizzazione in termini quantitativi e qualitativi dei reparti ospedalieri e soprattutto delle Cardiologie, con l'obiettivo dichiarato di ridurre i costi (non a caso è enfatizzato dai Governatori delle Regioni). Nel documento, che tende a rivoluzionare l'Ospedale come oggi è inteso, viene stabilito un tasso di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, collocando

l'Italia solo al 56° posto a livello mondiale.

Gli Ospedali vengono rinominati, in rapporto ai propri bacini di utenza, in Ospedale di Base (di fatto un pronto soccorso, con un bacino d'utenza tra 80.000 e 150.000 abitanti, con reparti di Medicina Interna, Chirurgia, Ortopedia e Osservazione Breve ma senza la Cardiologia), Ospedale con DEA di I livello (in cui compare la Cardiologia con l'UTIC, con un bacino d'utenza tra 150.000 e 300.000 abitanti), e Ospedale con DEA di II livello (con bacino d'utenza tra i 300.000 e 1.200.000 abitanti, Cardiologia e Cardiochirurgia). Di fatto, il 40% circa della rete ospedaliera verrà cancellata. Con questo standard avremo una struttura complessa ogni 17,5 posti letto e una struttura semplice per ogni 1,31 strutture complesse; le strutture complesse senza posti letto faranno riferimento al proprio bacino d'utenza, cioè saranno una ogni 150.000 abitanti. Pesanti saranno le ripercussioni sulla Cardiologia così come la conosciamo, che attualmente in Italia consta di 8.457 posti letto. Avremo un esubero di 3.616 posti letto rispetto alla rete attuale; dalle 714 Cardiologie attuali passeremo a 242; le UTIC vedranno ridotti di circa il 20% i propri posti letto e per le emodinamiche ci sarà un esubero di circa il 52% del personale. Quindi si ridisegna in modo ridotto la rete ospedaliera italiana, con



un ulteriore paradosso: sommando gli Ospedali con DEA di I livello e quelli con DEA di II livello saranno escluse ancora altre 60 Cardiologie. Inoltre la riduzione dei posti letto ogni 1.000 abitanti rimarca la logica dei tagli lineari senza tener conto delle reali esigenze sanitarie della popolazione. La domanda è forte: esisterà ancora, con questi presupposti la Cardiologia ospedaliera? Questo quesito, assurdo solo alcuni anni fa, rischia di divenire dolorosamente concreto: se saranno mantenuti gli standard attuali, in questo quadro molto articolato di revisione organizzativa oltre i due terzi delle attuali Cardiologie rischiano di sparire. Il secondo problema riguarda il nuovo modello di Ospedali con reparti per intensità di cura a complessità assistenziale, nato in Toscana ma che tende a metastatizzare in altre regioni. Questo modello, basato sul concetto del "Pensare snello" (lean-thinking, metodo impiegato per migliorare la produttività nelle fabbriche automobilistiche Toyota e analizzato in dettaglio da Womack e Jones nel libro *La macchina che ha cambiato il mondo*), nasce in un'ottica non



sanitaria ma appunto aziendale, creando così un parallelismo assurdo tra un Ospedale e un'industria. Il fine ultimo è la riduzione dei costi, attraverso la diminuzione dei posti letto, aumentando il bacino di utenza e la capienza delle unità operative, quindi di fatto riducendo materialmente ancor di più i reparti di Cardiologia ma soprattutto la qualità assistenziale. Vengono quindi adottati e copiati dei modelli dei paesi anglosassoni (in cui per inciso stiamo attualmente assistendo a una vera e propria devolution), contesti in cui chi dirige le unità sono gli intensivisti, e non i Cardiologi, che diventano solo dei consulenti, seppur indispensabili. Tutti vogliono il Cardiologo, ma nessuno vuole la

Cardiologia! Dove è stato applicato questo modello, pur in assenza di un'univoca standardizzazione, la responsabilità clinica dei reparti è differita per le singole specialità, mentre quella gestionale è di fatto del direttore della rianimazione ma, in parte, di alcune figure infermieristiche. L'intento parrebbe quello di privare i medici ospedalieri della responsabilità organizzativa, attribuendo invece quella logistica ad altre funzioni e figure, pagate meno e con minore autonomia. Un terzo, fondamentale problema organizzativo è quello relativo al ruolo delle UTIC, che vengono identificate da parte del legislatore con la terapia della cardiopatia ischemica (a livello ministeriale, peraltro, l'UTIC

viene codificata in maniera diversa rispetto alla Cardiologia, con dati che in realtà non sono reali in quanto sappiamo bene che tanti pazienti non vengono dimessi dalle terapie intensive ma sono trasferiti nelle Cardiologie). In Italia le funzioni delle UTIC sono disomogenee e in alcune regioni le Cardiologie sono di fatto distinte dalle terapie intensive, modus operandi strategicamente errato nella logica di una unitarietà della complessa assistenza ai pazienti cardiopatici. Infine non va trascurata la sfida della continuità assistenziale, con la creazione delle strutture complesse di cure primarie nel territorio. In conclusione, sta cambiando il modello organizzativo della sanità pubblica del nostro paese. L'Ospedale, e soprattutto i medici ospedalieri, sembrano considerati come il problema, e non la risorsa, da parte del Sistema Sanitario Nazionale.

L'analisi e le proposte dell'ANMCO

Dalla discussione è emerso un obiettivo comune: salvaguardare la specificità della Cardiologia dando nel contempo risposte al fabbisogno di salute dei cittadini italiani, di cui ci siamo fatti garanti negli ultimi anni. Una risposta fondamentale alla dispersione delle competenze cardiologiche sta nel Dipartimento Cardiovascolare, di fatto il nucleo centrale aggregativo della Cardiologia, di cui si è parlato da tempo anche a livello legislativo, pur se nel corso degli anni tali strutture, anziché aumentare, sono quantitativamente diminuite. Un dipartimento cardiovascolare non



può più oggi essere inteso come intraospedaliero ma, se si deve fornire un'alternativa valida al modello per intensità di cura, deve comprendere una rete tra Ospedali e distretti. Le diverse strutture afferenti permetterebbero un'integrazione e un'assistenza al paziente sicuramente di qualità maggiore rispetto a quello che invece si potrebbe osservare in un'intensità di cura. Le reti assistenziali, la cui molteplicità di servizi deve essere coordinata a livello dipartimentale, sono le uniche armi cui possiamo appigliarci per avere continuità assistenziale, equità di accesso e qualità delle cure cardiologiche. Le reti presuppongono una predisposizione al lavoro di squadra, con modalità organizzative che potrebbero essere collegate, per esempio, al modello Hub e Spoke della rete per l'infarto (cui, per inciso, solo dieci righe sono dedicate nel patto per la salute). Si può quindi ipotizzare l'esistenza e l'integrazione di più reti funzionali con molti poli Hub e Spoke e con diversi livelli di coordinamento e integrazione organizzativa e funzionale a seconda degli ambiti, non tralasciando le piccole Cardiologie ma addirittura implementandole, in quanto non può esistere una Cardiologia più grande senza una Cardiologia piccola qualitativamente eccellente. Chiaramente all'interno della rete avremo sia l'assistenza per acuti sia quella alla cronicità. L'UTIC rappresenta ancora il nodo centrale nell'assistenza al paziente cardiopatico acuto, soprattutto nel contesto di una rete interospedaliera. Stiamo

però assistendo a una metamorfosi epidemiologica importante, con pazienti sempre più anziani e con sempre più comorbidità. Molte UTIC hanno inoltre dei volumi di attività molto esigui e in realtà si limitano solo a smistare i pazienti verso i centri Hub. Non possiamo fare una battaglia di retroguardia: si può abolire non il concetto, ma la terminologia di UTI coronarica sostituendolo con quello di unità cardiologica ad alta complessità di cura, i cui operatori Cardiologi dovrebbero accrescere la propria cultura anche verso metodiche come l'ultrafiltrazione o la ventilazione meccanica, divenendo così di fatto veri leader di una Cardiologia ad alta intensità di cura. A maggior ragione non può esistere un Ospedale senza Cardiologia nella logica della continuità assistenziale, dei percorsi Ospedale - Territorio e della cronicità. L'Ospedale deve fare diagnosi avanzata, stratificare il rischio, ottimizzare l'impostazione terapeutica, attivando, se necessario, percorsi diagnostico - terapeutici di rete, diversi per le differenti realtà, verso i centri di diversa dimensione e complessità e verso il territorio. Quando, infatti, il paziente entra nel cronico, deve essere comunque preso in carico e seguito a seconda della complessità assistenziale dal medico di medicina generale, da un Cardiologo di esperienza, territoriale o ospedaliero che si sposta sul territorio e in casi particolari dalla Cardiologia riabilitativa, che si pone a metà strada tra l'acuto e cronico, in quella fase delicata in cui si deve

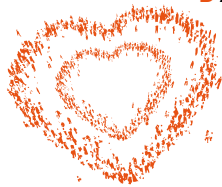
fare il massimo per evitare una riacutizzazione immediata della patologia. Quindi, alla luce di queste considerazioni, il ruolo del Cardiologo ospedaliero resta fondamentale, senza fare lotte di classe verso altre categorie sanitarie ma mantenendo e rimarcando la specificità della nostra disciplina, per cui la nostra proposta, che vede la Cardiologia come fulcro della continuità assistenziale, è che le istituzioni prendano in carico l'organizzazione di una rete polivalente e polifunzionale (anche con innovazioni organizzative come ad es. stage tra i vari Ospedali), nell'ambito di un dipartimento cardiovascolare Ospedale - Territorio, per l'acuto e il cronico, ampliato se necessario anche ai medici di medicina generale per la prevenzione primaria e l'alto rischio. Ma la politica saprà ascoltarci? Prima di passare a questo argomento, è necessario fare un po' di autocritica. Quando ANMCO era un interlocutore privilegiato del Ministero della Salute, non è riuscita a governare quanto accadeva nel panorama nazionale con la proliferazione di piccoli Ospedali territorialmente vicini. A lungo inoltre noi Cardiologi abbiamo privilegiato le prestazioni più complesse di emodinamica e cardiocirurgia (a volte in realtà ipertrofiche rispetto a territori piccoli, che di fatto ci fanno perdere di credibilità), e abbiamo classificato le Cardiologie HUB e SPOKE come di serie A e di serie B, sacrificando come in un'eutanasia la nostra vera vocazione clinica. Il Cardiologo dovrebbe tornare a



seguire pazienti e non fare prestazioni, riappropriarsi della sua funzione vera che è quella di un clinico, di un internista con competenze in Cardiologia, riprendere il contatto con i pazienti a scapito dei troppi tecnicismi. Veniamo dunque ai rapporti tra ANMCO e mondo politico - istituzionale. La nostra Associazione non può certo rimandare il problema, né tantomeno andare controcorrente rispetto a situazioni tecnocratiche che stanno coinvolgendo l'organizzazione ospedaliera. L'ANMCO non siede più ai tavoli di dibattito politico e ha perso referenza e rappresentanza nei confronti delle istituzioni, anche perché tale ruolo era stato demandato alla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) (nell'ottica di dimostrare una maggiore unitarietà) che non è riuscita ad espletarlo appieno. Pertanto dovremo mantenere una nostra rappresentanza, non delegando tutto alla FIC, e riappropriarci di quell'antica forza propositiva a livello istituzionale, proponendo delle risposte anche in termini di riorganizzazione logistica sul territorio. In effetti, nell'attuale realtà sanitaria, caratterizzata da un'estrema frammentazione ed eterogeneità tra i diversi modelli regionali e intra-regionali, che rende a volte difficile identificare un interlocutore unico tra i decisori politici, la nostra azione deve essere più a livello degli assessorati regionali, provando a dare una competenza cardiologica anche agli Ospedali più piccoli, in quanto il documento ormai è già approvato

dalla Conferenza Stato-Regioni, mentre le Regioni hanno un triennio per attuarlo. A livello centrale potremo invece provare a portare in ANMCO Direttori di Assessorato e Direttori Generali illuminati per poter meglio spiegare le nostre ragioni, come ha proposto il nostro Presidente Gulizia. La nostra arma vincente può essere proprio quello in cui siamo più i bravi: fornire dati scientificamente ineccepibili. In primo luogo dovremmo ribadire ai decisori politici la riduzione della letalità dell'infarto miocardico che si è ottenuta da quando sono state istituite le UTIC, avviare un'analisi delle esperienze all'intensità di cura (sorprendentemente, non esistono dati sugli outcome clinici di questi modelli organizzativi), e soprattutto fornire i risultati di un nuovo Censimento 2015 delle Cardiologie italiane (che, proposto dal Presidente, è stato approvato all'unanimità), dimostrando i danni che deriverebbero dall'attuazione del nuovo regolamento degli standard ospedalieri. La raccolta dati è, infatti, uno strumento fondamentale per avere un maggior potere contrattuale anche con i decisori politici, che spesso ce li richiedono, e sarebbe propedeutica anche all'elaborazione un nuovo documento per l'organizzazione strutturale e funzionale della Cardiologia. Ancora, l'ANMCO può dimostrare di essere un collaboratore indispensabile delle istituzioni redigendo documenti per lo Standard of Care, l'Evidence Based Management o i criteri di appropriatezza di ricovero

in Cardiologia e creando un tutore per un nuovo modello di Cardiologo clinico, anche in collaborazione con altre società. La situazione non è del tutto a tinte fosche, esistono lati positivi. I rappresentanti dell'AGENAS sono ora più riflessivi e responsivi alle richieste di collaborazione dell'ANMCO, per cui si potrebbero organizzare a breve termine delle riunioni nazionali e regionali per analizzare l'insieme di dati del Progetto Esiti. Il presidente Gulizia è stato nominato referente unico tecnico per l'area scompenso cardiaco del Patto per la Salute, area cronicità. In alcune regioni come la Sicilia (dove i rappresentanti ANMCO siedono stabilmente in diversi tavoli tecnici dell'Assessorato della Salute) e l'Emilia Romagna (dove in ogni Consiglio Direttivo Regionale viene invitato un rappresentante dell'agenzia sanitaria regionale e vi è un'interazione diversa con le direzioni sanitarie attraverso un modello basato sui PDTA, intesi come percorsi di cura dove l'Ospedale e il territorio dialogano, e dove gli amministratori chiedono non quante prestazioni abbia fatto l'ente ma quanti pazienti ha preso in carico per formulare meglio il budget a disposizione) sta nascendo un nuovo metodo per rapportarsi con le istituzioni. Contestualmente, se la situazione dovesse invece arrivare a uno stallo, è indispensabile creare un'alleanza forte con le associazioni dei pazienti, come Cittadinanzattiva e Concuore, e col mondo del volontariato attraverso una campagna di sensibi-



lizzazione sull'importanza dell'ospedalità che possa proiettare al grande pubblico la bomba atomica della scomparsa della Cardiologia. Non bisogna dimenticare, infatti, che la politica è più sensibile a queste associazioni che alle nostre. Tuttavia, come affermato da Furio Colivicchi, sedersi al tavolo con le associazioni dei pazienti è, di fatto, fare politica, e questo comporterebbe la necessità di cambiare i nostri assetti organizzativi e la nostra visione dei problemi. Ove necessario, affronteremo anche questo cambiamento se il fine ultimo è quello di riaffermare l'unitarietà della Cardiologia e difendere la Cardiologia clinica e le Cardiologie spoke, in quanto il rischio è di scomparire anche come ANMCO.

I rapporti con la FIC e le società di settore

Di fronte a queste sfide, la Cardiologia italiana non si può più permettere di essere frammentata, disperdendo energie e risorse. *I confronti si perdono non perché l'avversario è forte, ma perché si è deboli al proprio interno* (Sun Tzu, "L'arte della guerra"). C'era una volta... un'unica Cardiologia, che comprendeva la parte ospedaliera e quella universitaria, che nel tempo si è progressivamente frammentata, sia territorialmente sia per campi d'interesse, perdendo così la propria unitarietà (e anche qui forse bisogna chiedersi con spirito critico, come ha fatto Carmine Riccio, se l'ANMCO abbia fornito stimoli o motivazioni valide per trattenere tanti Soci), tanto che la maggior parte delle società, sia generaliste sia di settore, ha addirittura

riviste e centri studi in proprio. La FIC nasce proprio con la missione di essere il referente unico della Cardiologia italiana sia presso l'ESC e le società scientifiche internazionali sia presso le istituzioni. I risultati che sono davanti ai nostri occhi, per usare un eufemismo, non sono ottimali. Di fatto manca una politica nazionale italiana da parte della FIC in Europa e nelle istituzioni politico-sanitarie italiane. Le varie società scientifiche, e spesso i singoli Cardiologi, hanno proceduto in ordine sparso divenendo interlocutori forti a livello europeo, nazionale e regionale. La FIC, in realtà, ha uno statuto già scaduto e pertanto, di fatto, non esiste. Vi è inoltre un'importante criticità che riguarda la nostra Associazione, e cioè il fatto che noi siamo Soci al 50%, ma sosteniamo la Federazione al 67% da un punto di vista economico, punto focale sul quale il Presidente Gulizia ha posto l'accento per un maggiore riconoscimento del peso di ANMCO in FIC. Sul ruolo della federazione e dei rapporti con le società di settore si è svolto un lungo e articolato dibattito, ed è un peccato che non vi abbia potuto partecipare, per motivi personali, l'attuale presidente Bolognese che è anche un uomo ANMCO. Sull'esigenza di rivisitare il ruolo della FIC ridisegnandone assetto organizzativo, compiti e funzioni, ripensando alla Federazione con regole diverse, riallocando anche le risorse economiche, l'accordo è stato unanime, mentre sul come si sono distinte due essenziali linee di pensiero. In sostanza una prima posizione, più

massimalista, propone di procedere autonomamente cooptando all'interno della nostra Associazione le altre società, anche non ospedaliere, a costo di perdere la O di ANMCO. La nostra storia, il nostro patrimonio economico, la qualità e anche la numerosità dei nostri Soci sottolineano, infatti, la forza della nostra Associazione come guida dei Cardiologi italiani. Una linea più morbida prospetta, invece, di ricollegare la Cardiologia ospedaliera alle società di settore, superando eventuali divergenze, collaborando con esse e coinvolgendole operativamente oltre che scientificamente con congressi, trial, protocolli, allo scopo di condividere i nostri programmi e divenire più interlocutori e propositivi per le istituzioni e il mondo dell'industria farmaceutica ed elettromedicale. Questa linea, che prevede una rimodulazione della FIC con l'ingresso al suo interno a pieno titolo di tutte le società cardiologiche, è sembrata quella con maggiore assenso. «*La nostra associazione, che ha la capacità d'essere propositiva e attrattiva nei confronti delle altre società, deve cogliere la necessità di garantire a tutti la giusta evidenza e rappresentatività. Una Cardiologia unica è forse un'utopia, una Cardiologia unita è indispensabile*» ha ribadito il nostro Presidente. Non è tuttavia escluso che l'odierna crisi economica sconvolga tutto e renda storicamente ineluttabile invece la prima ipotesi, portando alla formazione di un'unica società di Cardiologia con un nuovo soggetto, nuove regole e nuovo statuto. La FIC sarà a ogni modo essenziale per



l'organizzazione del Congresso ESC 2016 a Roma, che rappresenterà un'occasione unica per ridefinire il suo ruolo, ricreando un nuovo consiglio federale o convocando una sorta di Stati Generali federativi per riscriverne e rimodularne i patti e l'assetto organizzativo. Vi sono inoltre alcuni obiettivi minimi su cui si potrebbe discutere già da adesso, come la necessità di creare percorsi condivisi di formazione e certificazione permanente del Cardiologo basati su una stretta collaborazione tra Ospedale e Università, società generaliste e di settore o produrre alcuni documenti strategici di programmazione sanitaria (perché no, definire nuovamente il numero di medici e infermieri per posto letto), o PDTA sulla sindrome coronarica acuta e scompenso cardiaco.

Il mondo ANMCO che cambia

Il Presidente Gulizia ha illustrato il nuovo assetto organizzativo dell'Associazione, con una rimodulazione della nuova Segreteria ANMCO basata sull'istituzione di quattro Dipartimenti interconnessi tra loro, e le iniziative per i Soci e i Fellow. Numerose sono state le proposte su come modificare farraginosi meccanismi associativi: dalla riflessione sulle criticità dell'affiancamento tra Presidente designato, Presidente in carica e Past President, al ragionamento sull'eventuale inclusione di più rappresentanze regionali ampliando il numero dei membri in Consiglio Direttivo, all'eventualità che, considerata la contrazione dei reparti di Cardiologia e quindi dei primari, la presidenza nazionale

possa essere appannaggio anche di Cardiologi non primari ma con una funzione gestionale di rilievo, per arrivare infine alla possibilità di iscrizione per tutti coloro che sono interessati all'area cardiologica e non solo ai Cardiologi ospedalieri. Si è però concordato sull'inopportunità di modificare radicalmente lo statuto, distillato di un grande processo storico e degli sforzi dei nostri illustri predecessori, ma anche sulla necessità di seguire, in questo caso, una politica dei piccoli passi, modificando piuttosto i regolamenti in modo esperienziale. Ampia possibilità di discussione hanno avuto i due principali motori propulsori e bracci operativi delle decisioni strategiche centrali, le Regioni e le Aree. I Presidenti regionali hanno esposto le iniziative intraprese per la crescita dell'Associazione e alcune possibili criticità come ad esempio l'esigenza di una maggiore competizione elettorale oltre che la proposta di ridurre la durata della presidenza regionale a due anni con ulteriori due anni di affiancamento. Grande spazio ha avuto l'approccio interculturale tra le aree, interfaccia con le varie società di settore. Probabilmente anche il loro numero va rivisto e sicuramente è poco utile aprirne di nuove come quelle oncologica, pediatrica e geriatrica, argomenti su cui l'attività potrebbe invece espletarsi all'interno di gruppi di lavoro ad hoc (Task Forces a progetto). Un discorso particolare merita l'Area Nursing. Appare prematuro il coinvolgimento degli infermieri in ANMCO, ma una

società di Cardiologia infermieristica affiancata ad ANMCO costituirebbe un'ipotesi da valutare. Nell'epoca della comunicazione non poteva mancare un aggiornamento e una riflessione sui mezzi di comunicazione dell'ANMCO, da quelli ormai ben collaudati come il "Giornale Italiano di Cardiologia", il "Journal of Cardiovascular Medicine", la nostra stessa "Cardiologia negli Ospedali" e il sito web, alle novità ANMComunica e ANMConnect. Gli ottimi e sempre fiorenti rapporti dell'ANMCO con l'Istituto Superiore di Sanità sono stati illustrati da Diego Vanuzzo. Per quanto riguarda la Fondazione "per il Tuo cuore", il Prof. Maseri e il Dott. Maggioni hanno ricordato gli studi nazionali e internazionali dell'ANMCO, sia tradizionali sia di ricerca innovativa, mentre il Presidente Gulizia ha illustrato l'innovativa proposta per Cardiologie Aperte 2015 del Progetto "Banca del Cuore", la cassaforte (banca dati) dell'elettrocardiogramma e del dato pressorio degli italiani, progetto che ha riscosso tanto entusiasmo e approvazione da parte dei convenuti e che presto sarà presentato diffusamente a tutti i Soci e alle Cardiologie italiane. Francesco Fattirolli affiancherà Gigi Temporelli per i progetti di prevenzione nella scuola, mentre quest'ultimo si occuperà anche di Cardiorun. Le attività formative sono state da sempre il fiore all'occhiello della nostra Associazione, e il Congresso Nazionale 2015, che si terrà a Milano nel prossimo giugno, ha tutti i presupposti per un notevole succes-



so per delle grandi innovazioni tecnologiche previste e presentate dal Presidente Gulizia. Sarà compito di tutti i Soci divulgarne il più possibile il programma che prevedrà una grande parte interattiva con l'utilizzo di forme comunicativo - educazionali tecnologicamente avanzate e con una parte del Congresso svolta in sede EXPO2015. Al Congresso si assoceranno come sempre gli eventi del Piano Annuale Formativo, tra cui varie Campagne Educazionali Nazionali e l'attività del gruppo di rianimazione cardiopolmonare. Un tema di rilievo è stato quello dei giovani, che rappresentano il nostro futuro e che possono potenziare la nostra Associazione dal punto di vista quantitativo e qualitativo, anche se il blocco delle assunzioni comporta meno candidati "arruolabili". Numerose sono le iniziative in essere, come: a livello centrale

il progetto Mentoring proposto da Gulizia (due/tre giovani Cardiologi chiamati a fare una lettura specifica durante ogni Consiglio Nazionale per valutarne capacità oratoria, attitudine didattica e competenza professionale per l'inserimento in specifici programmi formativi e di ricerca), la proposta Urbinati a livello regionale Emilia Romagna (un focus Group Under 40 dove i giovani Cardiologi si organizzano con un proprio programma su argomenti particolari invitando un esperto) e nelle Marche la proposta Gabrielli (nel Consiglio Direttivo Regionale almeno la metà dei consiglieri è sotto i quarant'anni). Uno strumento efficace d'attrazione verso i giovani potrebbe essere anche un iter formativo all'interno del dipartimento con certificazione finale. In conclusione, quest'evento ha costituito un importante momento

strategico per la nostra Associazione. Con la collaborazione di tutti abbiamo portato a casa un bel risultato finale, frutto di una discussione vivace, propositiva e orgogliosa, con opportunità per tutti di parlare, che ha risvegliato il senso d'appartenenza all'ANMCO. A questa proficua e costruttiva discussione all'interno degli Organi e degli Organismi dell'ANMCO farà seguito prossimamente una grande riunione plenaria con tutti quanti vorranno partecipare, in data e sede da definire. Sarà quella l'occasione per tutti i Soci di contribuire in modo costruttivo e collegiale agli indirizzi e alle strategie più stringenti che la nostra Associazione dovrà attuare nel medio e breve termine a difesa e salvaguardia della specificità della nostra disciplina e per la tutela del paziente cardiopatico. ♥

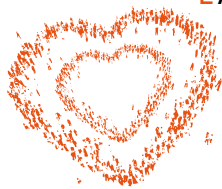


Corri “per il Tuo cuore”

La Fondazione “per il Tuo cuore” ritorna a correre con la Bavisela a favore

DI PIER LUIGI TEMPORELLI E ANDREA DI LENARDA

In linea con la propria mission la Fondazione “per il Tuo cuore” dell’ANMCO insieme alla società Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) promuove il modello “CardioRun”, corsa non competitiva di lunghezza massima di 10 km inserita nelle esistenti manifestazioni podistiche che si svolgono annualmente sul suolo nazionale, su tutte le maratone delle grandi città che prevedono quasi sempre una stracittadina non competitiva affiancata alla vera e propria gara



Il progetto CardioRun: l'occasione per noi Cardiologi di essere "role model" per il cittadino per diffondere la cultura della attività fisica come strumento di prevenzione e salute cardiovascolare

Fare esercizio fisico dovrebbe diventare per tutti una sana abitudine quotidiana

Per ottenere davvero questo risultato sono necessari sforzi congiunti da parte di pazienti, medici, società e governi

La dilagante piaga dell'inattività fisica

I dati disponibili suggeriscono che il 31% della popolazione mondiale non soddisfa le raccomandazioni di minima per l'attività fisica e, nel 2009, la prevalenza globale di inattività è stata del 17%. Anche in Italia, dati dell'istituto Superiore di Sanità e di registri di società di settore confermano che la popolazione adulta ha una scarsa attitudine alla regolare attività fisica. La necessità di contrastare l'inattività fisica a livello mondiale è amplificata dal rischio in termine di salute che conferisce. È stato infatti recentemente dimostrato che il 6 - 10% di tutti i decessi da malattie non trasmissibili in tutto il mondo possono essere attribuiti ad inattività fisica, e questa percentuale è ancora più alta per malattie specifiche (ad esempio 30% per cardiopatia ischemica). Inoltre, la morbilità associata alle patologie legate all'inattività, tra cui la qualità di vita legata alla salute ed i costi economici diretti e indiretti, esercita un notevole onere sulle società e sui sistemi sanitari dei vari paesi.

Un nuovo approccio mentale alla attività fisica

Parlare di attività fisica non vuol dire parlare di sport in generale né di un particolare esercizio fisico. Vuol dire parlare del rapporto tra gli esseri umani e il loro ambiente, e di come migliorare il benessere umano attraverso il rafforzamento di tale rapporto. Vuol dire ricominciare (o continuare per chi non ha mai smesso) ad usare il corpo che abbiamo nel modo per cui è stato

progettato, che è quello di camminare spesso, correre a volte, ed essere fisicamente attivi in tutte le nostre esperienze quotidiane, cioè al lavoro, a casa, negli spostamenti da e per i luoghi che frequentiamo, o durante il tempo libero. Incontrovertibili e universali evidenze dimostrano che la sedentarietà è un fattore di rischio importante per morte e invalidità dalle malattie non trasmissibili in tutto il mondo industrializzato. Purtroppo, a differenza di altri fattori di rischio di malattie non trasmissibili quali tabacco e alcol, l'importanza dell'attività fisica per antagonizzare la sedentarietà è stata solo marginalmente riconosciuta e non è stato finora correttamente approcciato il problema a livello di popolazione non solo nelle nazioni a basso o medio reddito ma anche in molti paesi occidentali, tra cui l'Italia. L'attività fisica è spesso percepita solo come strumento per controllare l'obesità e pertanto l'inattività è considerata come un fattore di rischio minore o secondaria. Inoltre è ben noto che i benefici dell'attività fisica sono di vasta portata e si estendono ben oltre la sola salute. Essere fisicamente attivi dà un importante contributo al benessere fisico e mentale. Risultati positivi comprendono una migliore qualità della vita, miglioramento del sonno, riduzione dello stress fino a maggior socializzazione. Inoltre, la promozione di modalità attive di spostamento attraverso l'attività fisica, quali ad esempio andare a piedi o in bicicletta, sono salutari per l'ambiente, che a sua volta ha un impatto positivo sulla salute.



L'attività fisica come farmaco cardiovascolare

Per molti anni i medici in generale ed i Cardiologi in particolare sono stati fortemente influenzati da errate congetture secondo le quali andava raccomandato un prolungato riposo alla maggior parte dei loro pazienti. All'inizio degli anni '80, un celebre studio dell'Università di Harvard su 17.000 allievi seguiti dal 1916 al 1950 ha mostrato come la curva di rischio cardiovascolare diminuisca all'aumentare dell'esercizio fisico praticato fino ad avere un minimo con 6 - 8 ore settimanali; all'aumentare dell'attività fisica il rischio di morte torna leggermente a salire. Lo studio di Harvard è stato una pietra miliare perché ha convinto la classe medica che non solo è consigliabile fare attività fisica, ma è addirittura necessario. Di conseguenza negli ultimi decenni si è assistito ad una rivoluzione culturale ed una regolare attività fisica "moderata" viene ora prescritta non solo per la prevenzione di cardiopatia ischemica ma anche come componente fondamentale della terapia dopo infarto miocardico, angioplastica, bypass aorto-coronarico e addirittura scompenso cardiaco stabile. L'attività fisica, infatti, riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie croniche quali l'obesità, il diabete, le cardiopatie aterosclerotiche, l'osteoporosi, alcune neoplasie e la depressione. Per tali ragioni, l'esercizio fisico si propone come mezzo preventivo e terapeutico fisiologico, economico ed efficace in numerose condizioni cliniche. Nelle persone anziane, in-

fine, sostiene l'autonomia funzionale aiutandole a mantenere una vita indipendente e riducendo il rischio di cadute e fratture. L'attività fisica ha pertanto dimostrato capacità di prevenzione e cura proprio per quelle malattie che rappresentano, almeno nei paesi industrializzati, le principali cause di morbilità e mortalità. In conclusione, fare esercizio fisico dovrebbe diventare per tutti una sana abitudine quotidiana. Per ottenere davvero questo risultato sono necessari sforzi congiunti da parte di pazienti, medici, società e governi per poter affrontare in modo efficace il problema della inattività fisica e del suo impatto sfavorevole sulla salute globale. Dobbiamo insomma tutti far nostro lo slogan coniato dalla italianissima Technogym "Let's move for a better world".

Il progetto CardioRun

Sulla base di queste premesse ed in linea con la propria mission la Fondazione "per il Tuo cuore" dell'ANMCO insieme alla società Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) promuove il modello "CardioRun", corsa non competitiva di lunghezza massima di 10 km inserita nelle esistenti manifestazioni podistiche che si svolgono annualmente sul suolo nazionale, su tutte le maratone delle grandi città che prevedono quasi sempre una stracittadina non competitiva affiancata alla vera e propria gara. È l'occasione per TUTTI noi Cardiologi di essere "role model" per il cittadino da un lato e uno stimolo e garanzia per coloro che hanno già avuto un evento coronari-

co dall'altro. Finora ci siamo inseriti con successo nella Cariparma Running che si svolge annualmente a settembre a Parma. Tuttavia, per offrire a più colleghi l'opportunità di esserci e soprattutto per portare il nostro messaggio a tutte le latitudini abbiamo pensato di "esportare" il modello in più occasioni in diversi momenti dell'anno e quindi in diverse città. Partiamo nel 2015 dalla Maratona d'Europa, che si terrà a Trieste domenica 3 maggio 2015, nell'ambito della quale, con la collaborazione del Centro Cardiovascolare della locale Azienda per i Servizi Sanitari, la nostra CardioRun si è gemellata con la Bavisela "Family" (dal nome della "brezza" tanto cara ai triestini) nell'ambito del programma Charity riservato ad associazioni, fondazioni ed organizzazioni attive nel mondo del volontariato, per partecipare alla gara non competitiva di 7 Km che si corre sullo splendido litorale di Barcola partendo dal Castello di Miramare per arrivare alla grandiosa Piazza Unità d'Italia. Ci auguriamo che il consueto gruppone che i Cardiologi triestini riescono a portare ogni anno a questa manifestazione, che ha già vinto più volte la coppa del team più numeroso, possa nella prossima manifestazione essere arricchito non solo da numerosi altri pazienti e cittadini ma anche da Cardiologi e Infermieri del triveneto e magari anche da più lontano. Vi aspettiamo tutti a Trieste! Tieniti aggiornato sul nostro sito! ♥

PRESIDENTE



Michele Gulizia

MICHELE MASSIMO GULIZIA

Direttore U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima
Azienda Rilievo Nazionale e Alta Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 636 - 95122 Catania
Tel. 095/7598502 - Fax 095/7598505
michele.gulizia@alice.it

VICE-PRESIDENTE



Antonio Amico

ANTONIO AMICO

Direttore U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale San Giuseppe da Copertino
Via Carmiano, 5 - 73043 Copertino (LE)
Tel. 0832/936259 - Fax 0832/930877
afamico@gmail.com

VICE-PRESIDENTE



Furio Colivicchi

FURIO COLIVICCHI

Direttore f.f. U.O.C. di Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
f.colivicchi@sanfilipponeri.roma.it

PAST - PRESIDENT



Francesco Maria Bovenzi

FRANCESCO MARIA BOVENZI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale San Luca
Via G. Lippi Francesconi - 55100 Lucca
Tel. 0583/449515
f.bovenzi@usl2.toscana.it

PRESIDENTE - DESIGNATO



Andrea Di Lenarda

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879 - Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@assl.sanita.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE



Federico Nardi

FEDERICO NARDI

Dirigente Medico - S.O.C. di Cardiologia
Azienda Sanitaria VCO - Ospedale Castelli
Via Fiume, 18 - 28922 Verbania
Tel. 0323/541302 - Fax 0323/541592
federico.nardi1@gmail.com

TESORIERE



Carmine Riccio

CARMINE RICCIO

Responsabile U.O.S.D. "Gestione del post-IMA e prevenzione secondaria"
Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano
Via Palasciano, 1 - 81100 Caserta
Tel. 0823/232362 - Fax 0823/232362
carmine.riccio@tin.it

CONSIGLIERI

GIANFRANCO ALUNNI



Gianfranco Alunni

Responsabile Struttura
Semplice Area Scompenso
- Cardiologia e Fisiopatologia
Cardiovascolare
Azienda Ospedaliera Univer-
sitaria di Perugia
Ospedale Santa Maria della
Misericordia

P.le G. Menghini - 06132 Perugia
Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782214
gianfrancoalunni@gmail.com

ROBERTO CAPORALE



Roberto Caporale

Dirigente Medico - U.O.C.
di Cardiologia Interventistica
Azienda Ospedaliera di
Cosenza
Presidio Ospedaliero
dell'Annunziata
Via F. Migliori, 72 - 87100
Cosenza

Tel. 0984/681371 - Fax 0984/681374
caporale.roberto@gmail.com

GIANCARLO CASOLO



Giancarlo Casolo

Direttore S.C. di Cardiologia
- Ospedale Versilia
Via Aurelia, 335 - 55043
Lido di Camaiore (LU)
Tel. 0584/6059721 - Fax
0584/6059897
g.casolo@usl12.toscana.it

GIUSEPPE DI TANO



Giuseppe Di Tano

Dirigente Medico - U.O. di
Cardiologia
Azienda Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cre-
mona
Tel. 0372/405323 - Fax
0372/433787
giditano@tin.it

GIOVANNA GERACI



Giovanna Geraci

Dirigente Medico - U.O. di
Cardiologia - UTIC
Azienda Ospedali Riuniti
Villa Sofia - Cervello
Presidio Ospedaliero V.
Cervello
Via Trabucco, 180 - 90146
Palermo

Tel. 091/6802692 - Fax 091/6802674
giovannageraci@hotmail.com

GUERRINO ZUIN



Guerrino Zuin

Dirigente Medico - U.O. di
Cardiologia
Ospedale dell'Angelo
Via Paccagnella, 11 - 30174
Mestre (VE)
Tel. 041/9657213 - Fax
041/9657235
guerrino.zuin@ulss12.ve.it



Studi da poco conclusi

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
EYE-SHOT	203	3000	2585	intraospedaliero	chiuso

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
STEM-AMI OUTCOME	49	1530	175	2 anni	in corso Newsletter
CYCLE In collaborazione con Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e Consorzio Mario Negri Sud	31	444	410	6 mesi	chiuso
GISSI Outliers VAR	11	60	62	3 anni	chiuso Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE	11	800	544	5 anni	chiuso Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	21(379)	861(21400)	598 (9429)	event driven	in corso
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26/444	1300 (30000)	1660 (30624)	Event driven	chiuso
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	17/287	378 (8000)	74 (1153)	Event driven	in corso
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3371	3012	Event driven	chiuso

■ PREVENZIONE

■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE

■ OUTLIERS

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo

<http://www.anmco.it/fondazione/CentroStudi/studi/>

Studi in progettazione

(di prossima attuazione sul cerca studi web)

Studio DYDA 2 TRIAL: Effects of the dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitor linagliptin on left ventricular myocardial DYsfunction in patients with type 2 DiAbetes mellitus and concentric left ventricular geometry

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	20	186	-	48 settimane	-



FOCUS ON

Studio STEM-AMI

Lo STEM-AMI OUTCOME è uno studio indipendente, di Fase III, multicentrico, nazionale, randomizzato, in aperto che testa l'ipotesi che la mobilitazione endogena precoce di cellule staminali midollari, ottenuta attraverso la somministrazione sottocutanea di G-CSF, in 1530 pazienti nella fase acuta con infarto anteriore esteso, sia in grado di modificarne favorevolmente l'outcome clinico.

STEM-AMI Outcome arruola Pazienti di età compresa tra 18-80 aa con primo STEMI anteriore esteso ed indicazione a PTCA primaria o "rescue", che si presentano con TIMI flow ≤ 1 , con Symptom-to-balloon Time ≥ 2 h and ≤ 12 h (≤ 24 h se sintomi persistenti) e che abbiano, nonostante riperfusione efficace (TIMI flow post PTCA ≥ 2), evidenza di disfunzione Vsx (FEVsx $\leq 45\%$ biplana) entro 24 ore dalla procedura. Tale popolazione soffre ancora di mortalità elevata nei maggiori registri nazionali ed internazionali.

Obiettivo dello studio è la riduzione dell'endpoint primario composito di mortalità, reinfarto e ricoveri per insufficienza cardiaca, nel gruppo trattato rispetto al controllo, a due anni di follow-up. End-point secondari: incidenza di rivascularizzazione coronarica chirurgica, morte cardiovascolare, incidenza di stroke, ospedalizzazioni totali e cardiovascolari, incidenza di arresto cardiaco rianimato e/o di DC-Shock appropriato nei portatori di AICD. Lo studio prevede un follow-up clinico-strumentale semplice a 1 mese, 6 mesi, 1 anno e due anni.

Allo studio hanno aderito circa 50 Centri in Italia. Il primo Paziente è stato arruolato l'8/11/2013 ed ha ad oggi sono stati arruolati 155 pazienti.

Il progetto prevede un sottostudio di RMN cardiaca che consentirà di determinare l'efficacia del trattamento in termini fisiopatologici di riduzione del rimodellamento ventricolare e/o dell'area di necrosi.

È il primo trial di fase III che testa l'efficacia della terapia rigenerativa nei Pazienti con infarto complicato da disfunzione Vsx precoce, e si confronterà in Europa con lo studio BAM1 che, sulla stessa popolazione di pazienti, testerà l'efficacia della somministrazione intracoronarica di precursori midollari.

Lo studio STEM-AMI Outcome costituisce oggi una sfida culturale, scientifica ed organizzativa per tutta la Cardiologia italiana.

Studio GISSI Outliers VAR

Lo scorso 31 luglio 2014 si è concluso l'arruolamento dello Studio VAR con 62 pazienti e 4 familiari. Tutti i gruppi di pazienti hanno raggiunto una numerosità prossima e talora superiore a quella prevista. Inferiore alle aspettative è risultato invece l'arruolamento dei familiari: a fronte di 62 pazienti sono stati contattati 66 familiari, di questi a 4 è stata diagnosticata la BAV. Se per la prevalenza di BAV non esistono dati certi in letteratura, avendo avuto a disposizione due generazioni di familiari da indagare, la media di poco sopra ad un familiare contattato per paziente non ci può lasciare del tutto soddisfatti.

Paz	Fam		Paz	Fam	
13	0	Gruppo A Insufficienza valvolare aortica isolata in BAV	15	1	Gruppo B Dilatazione dell'aorta ascendente con BAV normo-funzionante
20	3	Gruppo C Insufficienza valvolare aortica con associata dilatazione dell'aorta ascendente con doppia indicazione	14	0	Gruppo D Stenosi valvolare aortica isolata e > 60 anni

La raccolta dei campioni ematici e tissutali, oltre agli esami ECO basali TE 3D e TT è pressoché ultimata, i Core Lab dello studio dovrebbero fornirci i risultati del loro lavoro entro la fine del 2014.

Infine al [Congresso della Società Italiana di Cardiochirurgia \(Roma 28-30 novembre 2014\)](#), sono stati presentati i primi risultati preliminari, sia in uno specifico incontro con i Ricercatori, che in una sessione aperta riguardante i trial e gli studi multicentrici italiani.



AREA ARITMIE

Chairperson

Massimo Grimaldi
(Acquaviva delle Fonti - BA)

Co - Chairperson

Renato Pietro Ricci (Roma)

Comitato di Coordinamento

Andrea Andriani (Policoro - MT)

Davide Giorgi (Lucca)

Barbara Petracchi (Pavia)

Laura Vitali Serdoz (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Giuseppe Di Benedetto (Salerno)

Co - Chairperson

Michele Portoghese (Sassari)

Comitato di Coordinamento

Alberto Canziani (San Donato Milanese - MI)

Domenico Mercogliano (Alessandria)

Antonio Panza (Salerno)

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgia



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Alberto Roghi (Milano)

Co - Chairperson

Fausto Rigo (Mestre - VE)

Comitato di Coordinamento

Pio Caso (Napoli)

Patrizia Pedrotti (Milano)

Martina Perazzolo Marra (Padova)

Bruno Pinamonti (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Leonardo De Luca (Roma)

Co - Chairperson

Serafina Valente (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Gianluca Gonzi (Parma)

Giuseppe Musumeci (Bergamo)

Marco Poli (Roma)

Pierfranco Terrosu (Sassari)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza



AREA E-CARDIO

Chairperson

Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)

Co - Chairperson

Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

Comitato di Coordinamento

Giovanni Barbati (Martina Franca - TA)
Nicola D'Amato (Bari Carbonara - BA)
Massimo Magnacca (Lido di Camaiore - LU)
Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/ecardio



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Michele Azzarito (Roma)

Co - Chairperson

Iolanda Enea (Caserta)

Comitato di Coordinamento

Amedeo Bongarzoni (Milano)
Francesco Guazzarotti (Ancona)
Laura Scelsi (Pavia)
Eugenio Vinci (Siracusa)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Quinto Tozzi (Roma)

Co - Chairperson

Giovanni Gregorio
(Vallo della Lucania - SA)

Comitato di Coordinamento

Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)
Domenico Marchese (Piove di Sacco - PD)
Michele Danilo Pierri (Ancona)
Nicola Sanfilippo (Palermo)

www.anmco.it/aree/elenco/management



AREA NURSING

Chairperson Medico

Gaetano Satullo (Messina)

Co - Chairperson Medico

Mauro Mennuni (Colleferro - Roma)

Chairperson Infermiera

Sabrina Barro (San Donà di Piave - VE)

Co - Chairperson Infermiera

Donatella Radini (Trieste)



Comitato di Coordinamento

Antonio Boscolo Anzoletti (Chioggia - VE)
Sabrina Egman (Palermo)
Massimo Iacoviello (Bari)
Danilo Neglia (Pisa)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Francesco Fattirolli (Firenze)

Co - Chairperson

Gian Francesco Mureddu (Roma)

Comitato di Coordinamento

Francesca Cesana (Milano)
Antonella Cherubini (Trieste)
Piero Clavario (Arenzano - GE)
Anna Frisinghelli (Passirana Rho - MI)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson (ad interim)

Nadia Aspromonte (Roma)

Co - Chairperson

Nadia Aspromonte (Roma)

Comitato di Coordinamento

Marco Marini (Ancona)
Massimo Milli (Firenze)
Claudia Raineri (Pavia)
Giulia Russo (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso



La lettera di dimissione cardiologica: quanto possiamo migliorarla?

Documentare il processo di diagnosi e cura al paziente ed al curante e guidare il follow-up: criticità e soluzioni

DI GIOVANNI BARBATI A NOME DELL'AREA E-CARDIO

La lettera di dimissione cardiologica è il documento con cui ci confrontiamo quotidianamente, non sempre consapevoli del suo significato e della sua importanza. Rappresenta la testimonianza dell'intero processo di diagnosi e cura e dovrebbe contenere informazioni riguardanti lo stato di salute del paziente e il ragionamento clinico sottostante l'insieme di attività diagnostiche e terapeutiche messe in atto per garantire la salute dell'assistito.

I contenuti

La lettera di dimissione cardiologica è indirizzata al medico o all'organizzazione assistenziale che si prenderà cura del paziente dopo la dimissione. Essa, non solo deve riassumere la storia clinica del paziente e indicare il problema di salute contingente che ha reso necessario il ricovero, ma deve anche e soprattutto descrivere il percorso clinico compiuto per



risolvere la malattia o garantire la stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente. Una particolare attenzione deve essere dedicata a chiarire il ragionamento clinico sottostante l'iter diagnostico - te-

rapeutico messo in atto. Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante specialmente in caso di complicanze o di decisioni parzialmente difformi dall'osservanza delle Linee Guida. La lettera di dimissione è caratterizzata anche da un aspetto compilativo (sarebbe auspicabile fornire il riferimento dei risultati degli esami ematochimici alla dimissione, degli esiti degli esami strumentali e delle procedure eseguite) che comunque non deve assumere un ruolo preponderante rispetto alla testimonianza del processo clinico. Infine

le prescrizioni farmacologiche andrebbero sempre integrate da indicazioni riguardanti le modifiche dello stile di vita e la corretta pianificazione del follow-up.



I criteri minimi di qualità

- **veridicità, completezza e chiarezza dei dati**
- **intelligibilità:** deve spiegare il ragionamento che ha determinato l'iter diagnostico-terapeutico e non semplicemente elencarlo
- **tracciabilità:** deve essere archiviabile e consultabile anche a distanza di tempo
- **comprensibilità:** deve essere redatta al computer



Figura 1

Le normative della documentazione sanitaria

- **Cartella clinica**
 - ◆ DPR 128/1969
 - ◆ DPCM 27 giugno 1986
 - ◆ CP, sez. V 02/04/1971
 - ◆ CP, sez. VI 30/05/1975
 - ◆ CP, sez. VI 30/06/1975
 - ◆ CP, sez. V 17/12/1982
 - ◆ CP, sez. V 21/04/1983, sez. V 08/02/1990
 - ◆ CP, sez. V 21/04/1983, 20/01/1987, 01/12/1987
- **SDO**
 - ◆ D.M. 28 dicembre 1991
 - ◆ D.M. 26 luglio 1993
 - ◆ D.M. 27 ottobre 2000, n. 380
 - ◆ Accordo Stato Regioni 06/06/2002

Lettera di dimissione

- ◆ DPR 128/1969
- ◆ ????????



Figura 2



Figura 3

I contenuti della lettera di dimissione cardiologica digitale

HEADER	BODY
autenticazione	inquadramento clinico iniziale
anagrafica paziente	motivo del ricovero
evento di cura	valutazione e decorso clinico
attori sanitari	riscontri e accertamenti
	procedure eseguite durante la terapia farmacologica durante
	condizioni e diagnosi alla
	terapia farmacologica alla
	istruzioni di follow-up

Lettera di dimissione digitale secondo HL7-CDA Rel.2

la lettera di dimissione va firmata digitalmente

Figura 4

Criteri minimi di qualità

I criteri che devono ispirare la compilazione della lettera di dimissione cardiologica sono la veridicità, la chiarezza e la completezza dei dati, l'intelligibilità, la tracciabilità e la comprensibilità (Figura 1). In rispetto al criterio di tracciabilità, è fondamentale che l'intestazione rechi la denominazione dell'Azienda o Ente Ospedaliero e dell'Unità Operativa presso cui è stato effettuato il ricovero e che venga indicato il

numero di cartella clinica. In calce vi devono essere i nominativi e le firme del direttore di struttura e del medio responsabile della dimissione. La lettera va consegnata in busta chiusa alla persona assistita o ad un suo rappresentante e ne deve essere conservata una copia nella cartella clinica. Da quanto detto si evince tutta l'importanza e la complessità di una lettera di dimissione di qualità, la cui compilazione richiede il giusto tempo e la giusta attenzione.

L'importanza di tale documento rende necessario che lo stesso sia archiviabile e consultabile non solo a distanza di tempo, ma anche in ogni momento in cui le condizioni cliniche del paziente lo rendano necessario: questo aspetto rende indispensabile il fatto che almeno la lettera di dimissione venga redatta in formato elettronico e sia disponibile in rete con la opportuna salvaguardia della privacy del paziente.



LA NORMATIVA Lettera di dimissione cardiologica in formato digitale

Diversamente da altri tipi di documenti sanitari quali, ad esempio, la cartella clinica o la Scheda di Dimissione Ospedaliera, non esiste attualmente in Italia una legge che definisca le caratteristiche della lettera di dimissione e che stabilisca dei precisi parametri di compilazione ai quali i medici ospedalieri si debbano attenere. Il DPR 128/69 ne raccomanda soltanto la presenza (Figura 2). Dal momento che manca una normativa specifica è bene rifarsi, per la sua compilazione, alla buona pratica clinica e alla conoscenza delle elementari norme di trasmissione delle informazioni, già precedentemente ricordate: veridicità, completezza e chiarezza dei dati. Tuttavia bisogna riconoscere che alcuni passi in avanti sono stati compiuti riguardo l'utilizzo di strumenti informatici per la compilazione della stessa. Infatti, il Dipartimento per la Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione Tecnologica ha istituito un Tavolo di lavoro permanente per la Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) che ha elaborato nel 2011 un documento per la creazione della lettera di dimissione ospedaliera secondo lo standard HL7-CDA Rel.2 (Figura 3). Nel corso degli anni HL7 si è affermato come lo standard universalmente adottato a livello internazionale per la messaggistica e per i documenti elettronici in ambito sanitario ed è adoperato da tutti i più rilevanti programmi

nazionali di sanità elettronica sia in ambito europeo che extraeuropeo. Un documento CDA è composto da un'intestazione (header), che fornisce i metadati contestuali (informazioni sull'autenticazione, sul paziente, sull'evento di cura e sugli attori sanitari coinvolti), e da un corpo (body), che contiene le informazioni cliniche e che può essere strutturato o non strutturato. Oltre a contenere testi, può includere anche immagini, suoni ed altri contenuti multimediali. Il documento elaborato dal TSE specifica in dettaglio quali elementi devono necessariamente essere presenti nella lettera di dimissione e quali possono invece essere utilizzati opzionalmente. In particolare, il documento prevede un body strutturato nelle seguenti sezioni, ognuna delle quali deve avere almeno un campo di testo: 1) l'inquadramento clinico iniziale; 2) il motivo del ricovero; 3) la valutazione e il decorso clinico; 4) i riscontri e gli accertamenti significativi; 5) le procedure eseguite durante il ricovero; 6) la terapia farmacologica effettuata durante il ricovero; 7) le condizioni del paziente e la diagnosi alla dimissione; 8) la terapia farmacologica alla dimissione; 9) le istruzioni di follow-up. Secondo il TSE devono necessariamente far parte della lettera di dimissione: 1) la valutazione e il decorso clinico; 2) le condizioni del paziente e la diagnosi alla dimissione; 3) le istruzioni di follow-up (Figura 4). Ancora una volta viene sottolineata l'importanza della descrizione del decorso clinico e quindi del ragionamento che ha orientato le scelte

mediche. La responsabilità della corretta compilazione della lettera di dimissione compete al medico responsabile della dimissione che la deve firmare secondo le modalità di firma digitale previste.

CONCLUSIONI Cosa abbiamo e cosa possiamo fare

In conclusione, la lettera di dimissione è la testimonianza del processo di cura e della sua correttezza. Pur dovendo riportare l'iter diagnostico-terapeutico messo in atto durante il ricovero non si deve ridurre ad un mero report automatico di esami diagnostici e procedure terapeutiche, ma deve testimoniare il decorso clinico, spiegando il ragionamento che ha guidato le scelte cliniche, descrivere le condizioni di salute del paziente alla dimissione e dare chiare indicazioni in merito a terapia e follow-up. Al momento manca una vera e propria normativa circa la compilazione della lettera di dimissione. Essa, comunque, deve rifarsi alla buona pratica clinica e deve rispondere a criteri di veridicità, completezza e chiarezza dei dati. È dimostrato che una lettera di dimissione incompleta e non accurata ha implicazioni negative sulla salute del paziente. In attesa della diffusione di cartelle cliniche digitali e della piena realizzazione del fascicolo sanitario elettronico, una più ampia riflessione sulla qualità delle lettere di dimissione che quotidianamente vengono prodotte nei nostri reparti è auspicabile per migliorare sempre di più la qualità dell'assistenza sanitaria offerta ai nostri pazienti. ♥



Il mondo scientifico si impegna a più livelli per la ricerca e la promozione dell'appropriatezza in Cardiologia

La ricerca dell'appropriatezza in Cardiologia: qual è il confine tra le Linee Guida e il mondo reale?

La disponibilità di indagini diagnostiche sempre più sofisticate in Cardiologia si contrappone all'esigenza di richiedere solo quelle realmente utili nel percorso diagnostico terapeutico del paziente

DI ANTONELLA CHERUBINI, GIAN FRANCESCO MUREDDU, PIER LUIGI TEMPORELLI, ANNA FRISINGHELLI, PIERO CLAVARIO, FRANCESCA CESANA, FRANCESCO FATTIROLI A NOME DELL'AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

In medicina viene data sempre maggiore importanza all'appropriatezza nella richiesta di esami. Questa esigenza risponde a molteplici esigenze: da un punto di vista scientifico, la necessità di identificare le indagini realmente utili nel percorso diagnostico e terapeutico del paziente; in sanità pubblica, per l'esigenza del contenimento della spesa sanitaria; in ambiente privato e delle assicurazioni, per la necessità di eseguire prestazioni rimborsabili; da un punto di vista protezionistico, per evitare l'esecuzione di indagini invasive che comportino un rischio biologico per il paziente, specie se ripetute nel corso della vita. Da un lato,

negli ultimi venti anni si è osservato il raddoppio delle indagini radiologiche, con una crescita esponenziale in Cardiologia; dall'altro circa la metà delle indagini ambulatoriali risulta inappropriato. La richiesta di esecuzione di approfondimenti strumentali parte spesso dal paziente, stimolato dalla facile accessibilità a informazioni mediche, non sempre corrette, attraverso i siti web o i programmi televisivi. Negli Stati Uniti erano sorti addirittura alcuni centri dove il paziente "comprava" uno screening annuale della cardiopatia ischemica per 10 anni al di fuori di ogni indicazione, mediante la stima del calcio coronarico, successivamente chiusi per

mancanza di sorveglianza medica e di protezione dai danni da radiazione. Queste deviazioni dai comportamenti standardizzati vanno arginate il più possibile nel rispetto della professione medica e della salute del paziente, attenendosi quanto più possibile alle indicazioni riconosciute a livello internazionale. In accordo con l'esigenza di appropriatezza in Cardiologia sono state create da panel di esperti internazionali delle Linee Guida che analizzano diverse indagini (imaging cardiaco) e alcuni contesti clinici particolari (cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco...): attraverso un semplice punteggio numerico da 0 a 10 le indagini vengono



In medicina viene data sempre maggiore importanza all'appropriatezza nella richiesta di esami, per rispondere a molteplici esigenze

Da un lato abbiamo assistito, nel corso degli ultimi venti anni, al raddoppio delle indagini radiologiche, dall'altro dobbiamo tenere presente che circa la metà delle indagini ambulatoriali risulta inappropriato

L'Area Prevenzione Cardiovascolare ha identificato in una position paper "Cosa non fare in Cardiologia" nell'ambito della prevenzione

classificate come appropriate (A), non appropriate (NA) e di dubbia interpretazione (U). Certamente si corre il rischio di semplificare troppo situazioni cliniche complesse, ma queste modalità possono essere utili nel modulare le richieste di esami. Negli USA si è formato un movimento chiamato Choosing Wisely che ha identificato per ogni specialità medica 5 test che possono essere inutili o addirittura dannosi. Seguendo la stessa linea, in Italia, Slow Medicine ha promosso la campagna "Fare di più non significa fare meglio" e con l'aiuto di diverse Società Scientifiche sono state identificate indagini potenzialmente dannose per i pazienti. L'ANMCO ha accolto la proposta e formato un gruppo di lavoro per l'identificazione di test inutili/dannosi, oggetto di una recente pubblicazione sul "Giornale Italiano di Cardiologia": ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia emodinamicamente non significativa o con disfunzione ventricolare sinistra in assenza di modifiche del quadro clinico, test da sforzo di routine in pazienti asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea, ECG-Holter e test di imaging farmacologico in pazienti con sospetta cardiopatia ischemi-

ca che possano eseguire prova da sforzo, test da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio car-

Negli USA è nato un movimento chiamato Choosing Wisely che identifica le 5 pratiche più inappropriate per ogni specialità

In Italia Slow Medicine ha promosso la campagna "fare di più non significa fare meglio"

diovascolare (CV). Anche l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha voluto identificare "cosa non fare" in prevenzione primaria, secondaria, terziaria e nella valutazione preoperatoria per chirurgia non cardiaca. Nella position paper, anch'essa pubblicata sul "Giornale Italiano di Cardiologia" - che affianca ed



integra quanto prodotto dal citato Gruppo di lavoro ANMCO - si parte dagli esami di laboratorio poco utili o non raccomandati in prevenzione primaria su popolazioni non selezionate: PCR, omocisteina, studio dei polimorfismi genetici andrebbero eseguiti in contesti specifici. L'eco Doppler vascolare dei tronchi epiaortici ci aiuta a classificare meglio il paziente a rischio CV intermedio, ma non aggiunge nulla alla classificazione del rischio CV nella popolazione generale, non andrebbe ripetuto annualmente se normale o lievemente alterato (ispessimento medio - intimale). I tradizionali fattori di rischio di Framingham mantengono un ruolo fondamentale per un primo inquadramento del rischio CV. Allo stesso modo l'ecocardiogramma non trova indicazioni come test di primo livello nella stratificazione del paziente, ma va richiesto in caso di sospetto clinico o elettrocardiografico di cardiopatia o per screening dei familiari con cardiomiopatie. Anche in questo caso la ripetizione di un esame normale non trova indicazione, a meno di sostanziali modifiche del quadro clinico. Il test da sforzo non va eseguito nella popolazione a rischio CV basso, ma trova indicazione nella classe di rischio intermedio sulla

base di sintomi ischemici o equivalenti e nel paziente a rischio CV alto che preveda attività cardiaca intensa. Analoghe indicazioni ha lo stress imaging che, oltre alla presenza di ischemia, consente di evidenziarne l'estensione, ma non è appropriato per la stratificazione del paziente con ECG valutabile e in grado di sostenere un test ergometrico. In prevenzione secondaria, nel paziente con pregresso evento CV, al di fuori del periodo acuto e di successiva riabilitazione, la ripetizione routinaria di esami strumentali non modifica né i percorsi diagnostici terapeutici né la prognosi del paziente. Nel cardiopatico ischemico l'ecocardiogramma non andrebbe ripetuto periodicamente se il paziente è stabile dal punto di vista clinico e non prima di un anno, la prova da sforzo non andrebbe ripetuta nel paziente rivascolarizzato con angioplastica asintomatico prima di due anni e nel paziente operato di by pass aortocoronarico prima di cinque anni, a meno dei casi in cui residui una malattia coronarica non rivascolarizzata o vi siano modifiche della condizione clinica o elettrocardiografica. Anche nella valutazione preoperatoria del paziente che va incontro a chirurgia non cardiaca spesso la richiesta di esami è ridon-

dante e non appropriata, l'ecocardiogramma e la prova da sforzo di frequente vengono richiesti in modo improprio: il paziente asintomatico a basso rischio che svolge un'attività fisica moderata può andare ad intervento chirurgico a rischio lieve - moderato senza ulteriori accertamenti. Ugualmente nel paziente con cardiopatia ischemica stabile, recentemente rivascolarizzato, con buona capacità funzionale, spesso la ricerca di ischemia non ha un valore aggiuntivo nella valutazione preoperatoria. La diffusione di questi documenti sull'appropriatezza ci può aiutare nella quotidianità a modulare le richieste di esami valutando il rapporto costo - beneficio delle nostre richieste e la reale utilità del risultato nel modificare le scelte sul percorso terapeutico del paziente. L'Area Prevenzione Cardiovascolare si propone di promuovere e diffondere l'appropriatezza delle indagini in prevenzione cardiologica: il progetto dovrebbe partire dall'analisi dei percorsi esistenti nelle varie realtà locali, focalizzando in particolare su alcuni ritenuti più spesso non appropriati (ad esempio: test di induzione di ischemia nella cardiopatia ischemica) e approdare alla promozione di iniziative formative sull'argomento. ♥



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. /Cell. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. [][] CAP [][][][][][]

Tel./Cell. 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 CardioChirurgia - ACH Area Cardiolmaging - ACI
 Area e-Cardio - AEC Area Emergenza/Urgenza - AEU Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP
 Area Management & Qualità - AMQ Area Nursing - ANS Area Prevenzione Cardiovascolare - AP
 Area Scopenso Cardiaco - AS

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'Associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante 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 ad Arezzo c/o Ospedale "San Donato", U.O. di Cardiologia, Via Pietro Nenni n. 20 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



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2015 •

Il presente modulo può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze),
per fax (055/5101350) o per e-mail (fellowship@anmco.it)

DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME SESSO F M
DATA E LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO
CITTÀ/PROVINCIA/CAP
TEL. / CELL. / FAX
E-MAIL

DATI PROFESSIONALI

DENOMINAZIONE OSPEDALE
DENOMINAZIONE STRUTTURA
INDIRIZZO
CITTÀ/PROVINCIA/CAP
TELEFONO / CELLULARE / FAX
ANNO DI LAUREA ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO
STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE
LINGUE CONOSCIUTE
Livello di Conoscenza: Eccellente Buono Mediocre

DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

- Lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co-Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow;
- Lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche utili alla valutazione, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstract a congressi internazionali, abstract a congressi nazionali, capitoli di libri;
- Attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- Breve curriculum vitae (formato europeo);
- Foto in formato elettronico.

CAMPI DI INTERESSE IN CUI IL CANDIDATO SI RITIENE ESPERTO

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti - inclusi foto e recapiti telefonici - sono necessari ad ANMCO per poterLe consentire di essere ammesso alla Fellowship. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile conferirLe tale riconoscimento e porre in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), con sede ad Arezzo c/o Ospedale "San Donato", U.O. di Cardiologia, Via Pietro Nenni n. 20 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. Inoltre, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). Infine, i Suoi dati verranno adeguatamente pubblicati nelle sedi e con le modalità opportune a far emergere il Suo titolo di Fellow. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione e pubblicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento di tutte le attività strumentali alla Sua ammissione e permanenza nella Fellowship. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2015 •

REGOLAMENTO FELLOWSHIP ANMCO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO in regola con le quote associative;
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:
 - Partecipando come autore di almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, oppure
 - partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:
 - primo autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.) oppure
 - almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 10 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici ANMCO o non ANMCO in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione oppure
 - documentando l'attività continua di Revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus negli ultimi 3 anni.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale dovrà essere inviata per email (fellowship@anmco.it) oppure tramite submission online corredata dai seguenti documenti:

- a) modulo apposito, debitamente compilato;
- b) foto in formato elettronico;
- c) breve curriculum vitae (formato europeo);
- d) documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
- e) lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, abstract a Congressi internazionali, abstract a Congressi nazionali, capitoli di libri;
- f) segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il Candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
- g) lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co - Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow (l'elenco dei Fellow è consultabile sul sito www.anmco.it nell'Area riservata ai Soci).

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

Perché il Candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta, deve pervenire al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO all'indirizzo email: fellowship@anmco.it entro l'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Domande presentate dopo la scadenza e/o incomplete non verranno considerate dalla Commissione giudicante.

Mantenimento della Fellowship

I Fellow ricevono l'avviso di pagamento della tassa annuale (€100,00) entro il mese di novembre la quale dovrà essere versata entro il 20 dicembre e copre il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

Qualora il Fellow non regolarizzasse i pagamenti della tassa annuale di Fellowship entro le date indicate verranno sospesi i privilegi dovuti ai Fellow ANMCO in regola.

I privilegi saranno riattivati dopo il pagamento degli arretrati.

Benefici Fellowship

I Fellow sono riconosciuti come un Gruppo ristretto di esperti ANMCO a cui verrà chiesto di operare attivamente in diversi ruoli all'interno dell'Associazione.

Congresso Nazionale ANMCO

Registrazione gratuita al Congresso;
Desk Fellow dedicato nell'Area di registrazione per ritirare il kit congressuale incluso il badge dorato e/o per qualsiasi altra informazione;
Accesso esclusivo alla Fellow ANMCO Lounge: collegamento internet, computer, catering, consultazione riviste e programma Congresso
La possibilità di prenotazione alberghiera 15 giorni prima degli altri iscritti

Diploma Fellowship ANMCO:

I nominativi dei neo-eletti Fellow verranno annunciati durante il Congresso Nazionale ANMCO i quali potranno ritirare il Diploma e la spilla Fellow ANMCO al Desk dedicato.

ANMCO Fellows Club – accesso online

Nominativi Fellow online con indirizzi e informazioni di contatto, data elezione Fellowship

I Fellow potranno, ove possibile, usufruire di una riduzione della quota d'iscrizione agli eventi ANMCO.

Fellow Emerito

Lo status di Fellow Emerito sarà conferito dalla Commissione Giudicante al Fellow al raggiungimento del 65° anno di età in quiescenza con S.S.N. e in regola con le quote associative ANMCO e con la tassa annuale Fellowship.

I Soci ANMCO che hanno ricevuto la Targa d'Oro e i Past President ANMCO, in regola con le quote associative ANMCO e con la tassa annuale Fellowship, verranno considerati Fellow Emeriti e usufruiranno dei benefici a loro dedicati.

Il Fellow Emerito non è tenuto al versamento della tassa annuale per la Fellowship e ha diritto alla partecipazione gratuita al Congresso Nazionale ANMCO.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 8 Membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale ANMCO.

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 Membri; la decisione è a maggioranza assoluta (5 voti favorevoli). Qualora si giunga ad un voto di parità, prevale il voto del Presidente della Commissione.

I 4 Componenti di diritto sono:

Il Presidente dell'ANMCO in carica;

Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);

I due Vice Presidenti dell'ANMCO in carica.

I 4 Componenti di nomina sono:

Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO

I 4 Componenti della Commissione di nomina durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per un solo mandato consecutivo.

La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarate dal Candidato.



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

46°

Congresso Nazionale Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

2015

MILANO

4-6 Giugno 2015

Milan Marriott Hotel





46°



Congresso Nazionale
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

2015

Iscriviti entro il 31 marzo 2015 e usufruisci di speciali agevolazioni dedicate a te

- per **Soci e non Soci ANMCO**: quote di iscrizione **ridotte**
- per i **Fellow ANMCO**: iscrizione **gratuita**
- per i **Giovani Medici**: speciale **quota** di iscrizione
- per i **Soci ANMCO seniores**: iscrizione **gratuita** (disponibilità limitata)
- per tutti: **prenotazione alberghiera a tariffe agevolate**

Un Congresso innovativo

- **tecnologie multimediali per la massima interattività**: Aule dotate di iPad mini e Pc monitor, e-Poster elettronici su widescreen
- speciali **Meet the Expert** in Village dedicati
- **servizi su misura per tutte le esigenze partecipative e formative**: Focus a numero chiuso, Forum, My approach to, tre buoni motivi per, Face to Face
- **sessioni interattive di refertazione ECG** con l'intervento dei più riconosciuti esperti mondiali di elettrocardiografia

Termine presentazione Abstract e Casi Clinici: 31 gennaio 2015



Per maggiori informazioni e dettagli visita www.anmco.it

ABRUZZO

Presidente: Gerardo Rasetti (Pescara)
Consiglio Regionale:
 Marcello Caputo (Chieti)
 Alberto D'Alleva (Pescara)
 Alessandro D'Arma (L'Aquila)
 Donatello Fabiani (Teramo)
 Claudio Frattaroli (Popoli - PE)
 Luigi Leonzio (Lanciano - CH)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo



Gerardo Rasetti

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Matteo Cassin (Pordenone)
Consiglio Regionale:
 Silvana Brigido (Monfalcone - GO)
 Vito D'onofrio (San Vito al Tagliamento - PN)
 Mauro Driussi (Udine)
 Elisa Leiballi (Pordenone)
 Marco Milo (Trieste)
 Giulia Russo (Trieste)
 Diego Vanuzzo (Udine)
 Olga Vriz (San Daniele del Friuli - UD)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli



Matteo Cassin

BASILICATA

Presidente: Francesco Sisto (Potenza)
Consiglio Regionale:
 Andrea Andriani (Policoro - MT)
 Giacinto Calculli (Matera)
 Vincenzo Capogrosso (Melfi - PZ)
 Maria Maddalena De Francesco (Matera)
 Eduardo Fanchiotti (Marsicovetere - PZ)
 Rinaldo Lauletta (Lagonegro - PZ)
 Maria Ausilia Petruzzi (Potenza)
 Domenico Polosa (Potenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata



Francesco Sisto

LAZIO

Presidente: Massimo Uguccioni (Roma)
Consiglio Regionale:
 Gerardo Ansalone (Roma)
 Andrea Avella (Roma)
 Alessandro Battagliese (Roma)
 Massimo Ciavolella (Frascati - RM)
 Andrea Ciolli (Roma)
 Stefania Angela Di Fusco (Roma)
 Fabio Ferranti (Ostia - RM)
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio



Massimo Uguccioni

CALABRIA

Presidente: Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)
Consiglio Regionale:
 Sergio Arena (Crotone)
 Francesco Fontana (Cosenza)
 Maria Levato (Lamezia Terme - CZ)
 Saverio Salituri (Rossano - CS)
 Giuseppe Valiante (Vibo Valentia)
 Marco Vatrano (Catanzaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria



Vincenzo Amodeo

LIGURIA

Presidente: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Basso (Savona)
 Alberto Camerini (Genova)
 Stefano Domenicucci (Genova)
 Roberto Mureddu (Imperia)
 Luca Olivotti (Pietra Ligure - SV)
 Marco Piccininno (Genova)
 Giorgio Tonelli (La Spezia)
 Alessandro Vallebona (Rapallo - GE)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria



Massimo Zoni Berisso

CAMPANIA

Presidente: Rosario Sauro (Avellino)
Consiglio Regionale:
 Archimede Caruso (Oliveto Citra - SA)
 Gerardo Angelo Ciampa (Benevento)
 Rodolfo Citro (Salerno)
 Luigi Raffaele Elia (Napoli)
 Domenico Miceli (Napoli)
 Antonio Palermo (Caserta)
 Francesco Piemonte (Frattamaggiore - NA)
 Bernardino Tuccillo (Napoli)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania



Rosario Sauro

LOMBARDIA

Presidente: Fabrizio Oliva (Milano)
Consiglio Regionale:
 Marco Ferlini (Pavia)
 Francesco Melchiorre Gentile (Cinisello Balsamo - MI)
 Luigi Moschini (Cremona)
 Domenico Pecora (Brescia)
 Claudio Pedrinazzi (Crema)
 Pierfranco Ravizza (Lecco)
 Michele Romano (Mantova)
 Roberta Rossini (Bergamo)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia



Fabrizio Oliva

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Stefano Urbinati (Bologna)
Consiglio Regionale:
 Stefano Cappelli (Carpi - MO)
 Ottorino Giuseppe Catapano (Forlì - FC)
 Stefano Ferraro (Piacenza)
 Marco Ferri (Reggio Emilia)
 Daniele Grosseto (Rimini)
 Alberto Menozzi (Parma)
 Biagio Sassone (Cento - FE)
 Elisabetta Varani (Ravenna)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia



Stefano Urbinati

MARCHE

Presidente: Domenico Gabrielli (Fermo)
Consiglio Regionale:
 Micaela Capponi (Macerata)
 Christian Corinaldesi (Ancona)
 Walid Daher (Fabriano - AN)
 Raffaele Di Pillo (Ascoli Piceno)
 Elena Falchetti (Senigallia - AN)
 Matteo Francioni (Ancona)
 Giuseppe Rescigno (Ancona)
 Giovanni Tarsi (Pesaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/marche



Domenico Gabrielli

MOLISE

Presidente: Francesco Versaci (Campobasso)
Consiglio Regionale:
 Angela Rita Colavita (Campobasso)
 Gianludovico Magri (Campobasso)
 Alexandra Sabusco (Campobasso)
 Antonio Trivisonno (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise



Francesco Versaci

SARDEGNA

Presidente: Gavino Casu (Nuoro)
Consiglio Regionale:
 Simona Aramu (Oristano)
 Antonio Asproni (Sassari)
 Alberto Boi (Cagliari)
 Cristiana Montaldo (Cagliari)
 Giuseppe Pes (Cagliari)
 Isabella Simongini (Olbia)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna



Gavino Casu

P.A. BOLZANO

Presidente: Roberto Cemin (Bolzano)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Manfrin (Bolzano)
 Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano



Roberto Cemin

SICILIA

Presidente: Giacomo Chiarandà (Caltagirone - CT)
Consiglio Regionale:
 Andrea Colletti (Sciaccà - AG)
 Nicola Giunta (Palermo)
 Giuseppe Leonardi (Catania)
 Antonino Nicosia (Ragusa)
 Giuseppe Paleologo (Messina)
 Giovanni Maria Polizzi (Partinico - PA)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia



Giacomo Chiarandà

P.A. TRENTO

Presidente: Alberto Menotti (Trento)
Consiglio Regionale:
 Claudio Cemin (Rovereto - TN)
 Danila Girardini (Rovereto - TN)
 Simone Muraglia (Trento)
 Prisca Zeni (Trento)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento



Alberto Menotti

TOSCANA

Presidente: Silva Severi (Grosseto)
Consiglio Regionale:
 Toni Badia (Prato)
 Francesco Bellini (Livorno)
 Nazario Carrabba (Firenze)
 Paolo Fontanive (Pisa)
 Gabriele Giuliani (Firenze)
 Alessio Lilli (Lido di Camaiore - LU)
 Silvia Maffei (Siena)
 Paola Pasqualini (Grosseto)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana



Silva Severi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Marco Sicuro (Aosta)
Consiglio Regionale:
 Tiziana Claudia Aranzulla (Torino)
 Marialaura Buscemi (Alessandria)
 Federico Conrotto (Torino)
 Massimo Imazio (Torino)
 Paola Lusardi (Torino)
 Andrea Rognoni (Novara)
 Matteo Santagostino (Biella)
 Emanuele Tizzani (Rivoli - TO)
www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte



Marco Sicuro

UMBRIA

Presidente: Adriano Murrone (Perugia)
Consiglio Regionale:
 Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)
 Marco Castronuovo (Terni)
 Paolo Chioocchi (Foligno - PG)
 Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)
 Lina Marinacci (Città di Castello - PG)
 Gianluca Zingarini (Perugia)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria



Adriano Murrone

PUGLIA

Presidente: Pasquale Caldarola (Bari)
Consiglio Regionale:
 Angelo Aloisio (Taranto)
 Alessandra De Castro (Brindisi)
 Gabriele De Masi De Luca (Tricase - LE)
 Giuseppe Modugno (Bisceglie - BT)
 Michele Palella (Bari-Carbonara - BA)
 Francesca Pierri (Manduria - TA)
 Rossella Troccoli (Monopoli - BA)
 Massimo Villella (San Giovanni Rotondo - FG)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia



Pasquale Caldarola

VENETO

Presidente: Loris Roncon (Rovigo)
Consiglio Regionale:
 Cristina Andriani (Montebelluna - TV)
 Maurizio Anselmi (San Bonifacio - VR)
 Claudio Bilato (Padova)
 Giovanni Conti (Este - PD)
 Daniele D'este (Dolo - VE)
 Francesca De Cian (Feltre - BL)
 Gianfranco Frigo (Cittadella - PD)
 Giovanni Turiano (Conegliano - TV)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto



Loris Roncon



ANMCO

Emilia Romagna e Veneto, owero le convergenze parallele

In maggio ANMCO Emilia Romagna e Veneto hanno condiviso i loro congressi regionali: un'occasione per conoscersi e confrontarsi

Diario di un'esperienza

DI DANIELE GROSSETO, STEFANO URBINATI, LORIS RONCON

I Cardiologi di due regioni con sistemi sanitari di alto livello si incontrano per mettere a confronto reti, modelli organizzativi ed esperienze pilota

Sarà forse l'aria di rinnovamento istituzionale che attraversa l'Italia in questo momento, ma è un dato di fatto che è sempre maggiore la necessità di conoscere reciprocamente come si stanno sviluppando le realtà sanitarie regionali, nell'ambito di un SSN sempre più "federale", in cui la modalità con cui viene attuata la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera è molto diversa tra regione e regione. L'organizzazione su base regionale del SSN, se da un lato è nata con l'intento di avvicinare amministratori e cittadini, dall'altro lato ha prodotto risposte diverse alle medesime necessità dei pazienti, creando a volte grandi diseguità. Per non parlare poi della difficoltà, che noi medici viviamo quotidianamente, di coniugare una buona pratica clinica e l'aderenza alle Linee Guida internazionali con

vincoli regionali, spesso dettati da ragioni meramente economiche, che a volte rischiano di contraddire principi costituzionali inderogabili come quello della uguaglianza dei cittadini e del diritto alla salute. Veneto ed Emilia Romagna rappresentano due realtà avanzate nel panorama sanitario nazionale, che occupano i primi posti nelle diverse classifiche, come quella per l'erogazione dei LEA o per l'efficienza delle reti. È per questo motivo che Stefano Urbinati e Loris Roncon hanno proposto ai rispettivi Consigli Direttivi Regionali di organizzare due incontri per confrontarsi e guardarsi allo specchio, gli uni negli altri. Il primo si è tenuto a Rovigo il 3 maggio e il secondo a Bologna il 23 maggio e le sedi scelte sintetizzano quello che rappresenta oggi l'ANMCO, una grande società con profonde radici nel passato,



CONGRESSO REGIONALE ANMCO VENETO **L'Anmco Veneto incontra**
SABATO 3 MAGGIO 2014 **L'Emilia Romagna**
 CEN.SER. Spa - ROVIGO FIERE - Viale Porta Adige, 45

che guarda con fiducia al futuro: come nel caso dell'ex zuccherificio di Rovigo, oggi trasformato in un moderno e funzionale Centro Congressi, o nel caso di Palazzo Gnudi a Bologna, una dimora nobiliare del '500, trasformata in un elegante contenitore per eventi multiculturali. I due programmi, complementari, sono stati articolati in sessioni in cui Cardiologi delle due regioni avevano il compito di sintetizzare il modello organizzativo sviluppato in un particolare contesto e altri completavano analisi e valutazioni animando una tavola rotonda tra esperti. Se le reti sviluppate per la cura dell'infarto miocardico acuto, STEMI e NSTEMI, rappresentano una eccellenza per entrambe le regioni, e ora hanno bisogno di

una adeguata manutenzione, molto interesse ha riscosso la discussione sviluppatasi attorno allo scompenso cardiaco acuto, la cui gestione diretta potrebbe dare una nuova identità alle Cardiologie spoke e delle UTIC degli Ospedali più piccoli, destinate a svolgere un ruolo multifunzionale. Un altro tema "caldo" su cui è avvenuto il confronto riguarda la necessità di sviluppare una rete per l'accesso all'interventistica non coronarica o aritmologica. Infatti, la mancanza di una rete vera e propria in questo contesto fa sì che l'accesso alle procedure avvenga in maniera eterogenea in entrambe le regioni. Si è parlato dei vincoli economici imposti alla diffusione della TAVI, valorizzando il modello tutto emiliano - romagnolo del ricorso alla

valvuloplastica come "bridge" per selezionare i pazienti eligibili, della graduale diffusione della mitral-clip in casi selezionati, o della chiusura dell'auricola e ancora, in ambito aritmologico, ci si è chiesti perché ci sia una ampia difformità tra i vari Centri per quanto riguarda le indicazioni alla risincronizzazione ventricolare o all'ablazione transcateretere. Tra gli altri temi uno spazio ampio è stato dedicato alla gestione della fase post-acuta, caratterizzata da uno sviluppo asimmetrico della riabilitazione cardiologica, diffusa in maniera più omogenea in Veneto e a "macchia di leopardo" in Emilia Romagna, e alla ricerca di nuovi modelli organizzativi centrati sui percorsi. Si è discusso anche della rete per l'arresto cardiaco, che



Congresso Regionale
ANMCO Emilia Romagna



La Cardiologia in Emilia Romagna e in Veneto: tra eccellenza e nuove sfide

Bologna, 23 maggio 2014

Palazzo Gnudi

nelle nostre regioni presenta delle esperienze d'eccellenza come quella di Piacenza, ma che necessita di una maggiore capillarizzazione degli interventi, per ridurre la mortalità extraospedaliera e favorire il ricorso ad interventi come l'ipotermia. Infine non poteva mancare il confronto su un argomento molto controverso come quello relativo al ridotto utilizzo dei nuovi antiaggreganti e dei nuovi anticoagulanti, farmaci in-

novativi eppure sottoposti a normative particolarmente restrittive in un clima di "spending review". Durante l'incontro di Bologna una sessione che ha sollevato grande interesse è stata quella in cui si sono confrontati due importanti amministratori della Sanità come il Dott. Mario Saia, della Direzione dei Servizi Sanitari della Regione Veneto, e la Dott.ssa Rossana De Palma, responsabile del governo clinico dell'A-

genzia Socio - Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna. Dai loro interventi è emerso come regioni così all'avanguardia in ambito sanitario, siano anche molto attente alla difesa del welfare, e se da un lato stanno guardando allo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi con molto interesse, data la necessità di modificare quello attuale per garantire la sostenibilità del sistema, dall'altra dalle loro riflessioni è emersa



8.30 Registrazione dei partecipanti

8.45 Introduzione e presentazione degli obiettivi formativi del Convegno

Stefano Urbinati, Presidente ANMCO Emilia Romagna
Loris Roncon, Presidente ANMCO Veneto

I SESSIONE

Lo scompenso cardiaco cronico tra il rischio di morte improvvisa e l'accesso ai device: è necessaria una rete regionale?

Moderatori: Claudio Rapezzi, Antonio Raviele

9.00 Il paziente con scompenso cardiaco: dalla dimissione ospedaliera alla gestione nel lungo termine

Alessandro Navazio

9.15 Indicazioni alla CRT: perché l'accesso è ancora così eterogeneo?

Giuseppe Barilari

9.30 Indicazioni all'ICD: in tutti i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra?

Roberto Verlato

9.45 **TAVOLA ROTONDA**
La (difficile) integrazione tra l'elettrofisiologo e il cardiologo nel follow-up del portatore di device

Alessandro Fucili, Biagio Sassone, Roberto Valle, Francesco Zanon

II SESSIONE

Le Linee Guida sulla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera in ambito cardiovascolare

Moderatori: Loris Roncon, Stefano Urbinati

10.15 In Emilia Romagna: Rossana De Palma

10.30 In Veneto: Mario Sola

10.45 Discussione

11.00 Coffee Break

III SESSIONE

L'evoluzione della rete hub e spoke: oltre lo STEMI

Moderatori: Marcello Galvani, Domenico Marchese

11.30 Dall'Unità Coronarica alla Terapia Intensiva Cardiologica

Giuseppe Di Pasquale

11.45 Le Cardiologie spoke e la sfida dello scompenso cardiaco acuto

Stefano Urbinati

12.00 La eterogenea gestione dell'infarto miocardico NSTEMI: cosa può fare la rete?

Guerrino Zuin

12.15 **TAVOLA ROTONDA**

Le reti regionali per la gestione del NSTEMI nella fase acuta e post-dimissione

Stefano Cappelli, Giuseppe Grassi, Alberto Menozzi, Giuseppe Scattolon

IV SESSIONE

Interventistica emodinamica e aritmologica: le nuove sfide

Moderatori: Antonio Manari, Sakis Themistoclakis

12.45 Stenosi aortica nell'anziano: valvuloplastica e TAVI

Antonio Marzocchi

13.00 Insufficienza mitralica funzionale e ruolo della mitral clip

Francesco Caprioglio

13.15 Buffet Lunch

14.30 L'ablazione della fibrillazione atriale

Aldo Bonso

14.45 L'ablazione della tachicardia ventricolare

Gaetano Barbato

V SESSIONE

Fibrillazione atriale e nuovi anticoagulanti: tra AIFA, documenti regionali e mondo reale

Moderatori: Giorgio Morando, Giovanni Q. Villani

15.00 Update sui nuovi anticoagulanti: navigando tra le pieghe dei trial

Filippo Ottani

15.15 Il Documento Regionale Emilia Romagna: come identificare i pazienti da trattare con i NAO

Giancarlo Piovaccari

15.30 Il Documento Regionale Veneto: punti di forza e limiti

Loris Roncon

15.45 **TAVOLA ROTONDA**

Le barriere alla diffusione dei NAO: attualità e prospettive

Maurizio Anselmi, Stefano Della Casa, Franco Masini, Vittorio Pengo

VI SESSIONE

La rete per l'arresto cardiaco extraospedaliero e la standardizzazione del percorso successivo

Moderatori: Alessandro Desideri, Gianluca Gonzi

16.15 L'organizzazione della gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero

Daniela Aschieri

16.30 Il percorso intraospedaliero in Emilia Romagna

Alessandro Capecci

16.45 Ipotermia e coronarografia: a quali pazienti?

Gianni Cosella

17.00 La gestione dell'arresto cardiaco intraospedaliero: verso una standardizzazione?

Luisa Cacciavillani

17.15 **TAVOLA ROTONDA**

L'arresto cardiaco: stiamo facendo abbastanza per costruire una rete?

Claudio Bilato, Roberto Mantovan, Paola Rosi, Stefano Tondi

18.00 Conclusioni e compilazione del questionario ECM

anche molta prudenza. Durante l'incontro di Rovigo invece è stata dedicata una sessione alla realtà infermieristica, che sta vivendo una trasformazione non meno profonda di quella del mondo medico e in cui è emerso, e ci sembra un segnale di fiducia, che la risposta più efficace è quello di puntare sulla professionalità, sia individuale che di gruppo,

e sulla sfida di essere sempre più aderenti ai bisogni dei pazienti. L'aver coniugato evidenze scientifiche e la loro applicazione pratica, che deve tenere conto dei diversi contesti organizzativi e normativi, è stato fondamentale per la riuscita delle due iniziative, che sono state molto partecipate ed apprezzate. Infine l'esperienza dei due congres-

si gemelli dimostra che, di fronte ad un SSN federale, con modelli di sviluppo diversi da regione a regione, l'ANMCO possa svolgere un ruolo fondamentale, come ha fatto in passato, nel favorire il confronto tra i professionisti fornendo modelli di riferimento e proponendosi come interlocutore privilegiato nei confronti degli amministratori. ♥



Regione Friuli Venezia Giulia: riforma sanitaria, attività scientifica e multidisciplinarietà

Il nuovo Consiglio Direttivo del Friuli Venezia Giulia si è trovato ad affrontare l'imminente riforma sanitaria, i progetti scientifici e l'integrazione con il Cardionursing

DI GIULIA RUSSO, ELISA LEIBALLI, MATTEO CASSIN
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO FRIULI VENEZIA GIULIA

Dopo la pausa estiva, il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia si è riunito affrontando varie problematiche, in particolare la nuova riforma sanitaria regionale, approvata in via definitiva nella sua cornice generale in questi giorni dal Consiglio Direttivo Regionale. Il principale obiettivo della riforma, secondo i proponenti, è quello di mettere il cittadino al centro del sistema salute promuovendo il suo coinvolgimento attivo nella gestione della salute, garantendo ai cittadini il mantenimento di un alto livello di servizi, equità, informazione e coinvolgimento, una presa in carico del paziente in ogni momento del percorso di cura, l'attivazione di reti integrate per garantire la massima efficacia, la gestione effica-

ce delle risorse. Si punterà alla modalità operativa di presa in cura e di continuità delle cure del cittadino da parte di un



gruppo professionisti, non dal solo professionista, superando la semplice gestione specialistica o del

singolo servizio. Dal punto di vista finanziario ci sarà uno spostamento di risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza primaria, distrettuale e preventiva con un rapporto 44% vs 56%. Dal punto di vista istituzionale il Servizio Sanitario del territorio regionale verrà garantito da 3 Aziende per l'assistenza sanitaria (derivate dalla fusione di Aziende per i servizi sanitari e ospedali o aziende ospedaliere), 2 Aziende ospedaliero - universitarie, 2 IRCCS. La riforma prevede di mantenere tre Ospedali Hub e di 'trasformare' gli Ospedali Spoke in Ospedali per intensità di cura. Il territorio, attualmente gestito da altre Aziende Sanitarie, verrebbe accorpato alle strutture ospedaliere cercando di creare una solida rete tra Ospedale e Territorio che do-



ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: regioni@anmco.it
 Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Sezione Regionale Friuli Venezia Giulia

Presidente Regionale
Matteo Cassin

Prot. 275/14/SANMCO

Consiglieri
Silvana Brigido
Vito D'Onofrio
Mauro Driussi
Elisa Leiballi
Marco Milo
Giulia Russo (Segretario)
Diego Vanuzzo
Olga Vríz

Firenze, 22 settembre 2014

Gentile Dottoressa

Maria Sandra Telesca

Assessore alla Salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia
 Regione Friuli Venezia Giulia

Egregio Dottor

Adriano Marcolongo

Direttore centrale della Salute e Politiche sociali
 Regione Friuli Venezia Giulia

Egregio Dottor

Franco Rotelli

Presidente della III Commissione Consiglio Regionale - Friuli Venezia Giulia

c.c.

Componenti della III Commissione Consiliare Regionale - Friuli Venezia Giulia

Gentili Dottori,

a nome del Consiglio Direttivo della Sezione Friuli Venezia Giulia dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), non avendo avuto l'opportunità di audizione in sede Consigliare, invio alcune nostre osservazioni relative al Disegno di Legge N. 59 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria". Siamo consapevoli dei riferimenti legislativi in essere e citati dal DDL e dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano su "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera" del 5 Agosto 2014, ma riteniamo che la Regione Friuli Venezia Giulia possa far valere la propria potestà legislativa in materia ai sensi del comma 16 dell'Art. 5 dello Statuto speciale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.

L'ANMCO è la più importante associazione cardiologica italiana e tra le maggiori in Europa. La Sezione della nostra regione conta 172 cardiologi ed è diffusa in tutte le realtà sanitarie regionali.

L'ANMCO, nelle sue varie articolazioni, è da molti anni impegnata nel campo della ricerca, nella formazione e negli aspetti organizzativi della sanità italiana, collaborando tra l'altro con l'Istituto Superiore di Sanità e formalmente con la regione del Friuli Venezia Giulia.

In linea con il nostro mandato abbiamo esaminato attentamente il disegno di legge che, nei principi generali, apprezziamo e riteniamo corretto e adeguato ai tempi.

Ci sono alcuni punti, a nostro avviso, che meritano un maggior approfondimento in questa fase di discussione della legge di riforma.

S.O.C. di Cardiologia - A.O.U. S. Maria degli Angeli - Via Montereale, 24 - 33170 Pordenone
 Tel. 0434/399394-256-438 - Fax 0434/399026 - e-mail: matteo.cassin@aopn.sanita.fvg.it



ANMCO ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: regioni@anmco.it
 Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Sezione Regionale Friuli Venezia Giulia

Presidente Regionale
 Matteo Cassin

Consiglieri
 Silvana Brigido
 Vito D'Onofrio
 Mauro Driussi
 Elisa Leballi
 Marco Milo
 Giulia Russo (Segretario)
 Diego Vanuzzo
 Olga Vríz

In particolare:

- Va rinforzato il concetto che il paziente con problematica cardiologica acuta sia gestito dallo specialista cardiologo e, inoltre, che la gestione dei posti letto semi-intensivi nelle Aree di Emergenza dei Presidi Ospedalieri spoke sia co-gestita dai Cardiologi, sulla base delle problematiche cliniche dei pazienti e delle competenze specialistiche dei professionisti. Attualmente, in alcune realtà regionali, gli specialisti cardiologi non sono sistematicamente coinvolti nella fase di acuzie di patologie cardiologiche;
- Dalle schede allegate, emerge una sostanziale conferma/incremento dei posti letto delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) nei 3 ospedali HUB. Questo è certamente un elemento positivo. Altrettanto importante è, a nostro avviso, il mantenimento della specificità cardiologica e del numero attuale dei posti letto nel settore degenza perché riteniamo di rilevante importanza mantenere un punto di riferimento per la rete cardiologica che non può limitarsi alle sole emergenze [(art 38 3.a) DL n. 59] ma comprendere i cardiopatici complessi che devono trovare vie preferenziali di riferimento intra-specialistico nella continuità non solo ospedale- territorio ma anche territorio-ospedale;
- I posti letto delle UTIC sono considerati letti semi-intensivi: nella nostra quotidianità lavorativa, in UTIC vengono spesso gestiti pazienti che necessitano di assistenza intensiva (pazienti con assistenza ventilatoria, sottoposti a supporto meccanico, tempeste aritmiche, shock cardiogeno, ecc.);
- La legge nasce dall'auspicio di integrare fortemente ospedale e territorio ma non esplicita le modalità con cui questo avverrà. Riteniamo importante definire i percorsi preventivi diagnostici terapeutici assistenziali tra ospedale e territorio che è sempre più supporto di cura per la patologia cronica. Non è ben chiaro chi lavora, coordina, interagisce e opera nei 'Centri di Assistenza Primaria' il che andrebbe meglio esplicitato. Inoltre si parla di reti di patologia, ma vengono elencate anche fasi cliniche di malattia, sarebbe auspicabile l'utilizzo del termine rete di patologia con all'interno la fase acuta, post-acuta e cronica che deve essere declinata in continuità assistenziale con integrazione ospedale territorio;
- I Medici di Medicina Generale devono poter effettivamente essere messi in grado di divenire i protagonisti del filtro e della continuità assistenziale nei confronti dell'ospedale, che con la rimodulazione prevista non potrà più farsi carico delle situazioni intermedie e della cronicità "subacuta". La riforma, così come è scritta, delinea solo in linea generale il ruolo del Medico di Medicina Generale, ma non dice nulla sugli strumenti per realizzare in concreto tale funzione essenziale per il successo della riforma stessa;
- Non viene fatto riferimento alla Riabilitazione Cardiologica, in particolare per quanto riguarda la riabilitazione in regime di degenza. E' nostro convincimento che l'ipotesi di riabilitazione cardiologica ambulatoriale, con gli adeguati supporti, sia in grado di dare risposte valide, sostenibili ed economicamente poco onerose nella stragrande maggioranza dei casi. C'è comunque un gruppo rilevante di pazienti che necessita di un prolungamento della degenza dopo la fase acuta (di degenza cardiologica o di intervento di Cardiochirurgia) in un ambiente dedicato, seppur a minore intensità assistenziale. Sarebbe opportuno, a nostro avviso, delineare un percorso che preveda un passaggio facilitato da degenza in fase acuta-degenza riabilitativa-riabilitazione ambulatoriale;
- Riteniamo che la suddivisione geografica di competenza dei 3 ospedali HUB sia in linea generale corretta, anche se è necessario darne un significato elastico (concetto di HUB prevalente);

S.O.C. di Cardiologia - A.O.U. S. Maria degli Angeli - Via Montereale, 24 - 33170 Pordenone
 Tel. 0434/399394-256-438 - Fax 0434/399026 - e-mail: matteo.cassin@aopn.sanita.fvg.it



ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: regioni@anmco.it
 Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Sezione Regionale Friuli Venezia Giulia

Presidente Regionale
Matteo Cassin

Consiglieri

Silvana Brigido
Vito D'Onofrio
Mauro Driussi
Elisa Leiballi
Marco Milo
Giulia Russo (Segretario)
Diego Vanuzzo
Olga Vrizz

- Il sistema informatico regionale deve essere uno dei principali pilastri della sanità regionale, non solo in termini di fascicolo sanitario elettronico ma anche di completamento e aggiornamento della rete informatica (che ha importanti criticità) di piena ed efficace operatività del sistema PACS;
- Riteniamo opportuno che sia definita la tempistica precisa dell'attuazione della riforma, per evitare il pericolo di sfasamento tra la rimodulazione dell'assistenza ospedaliera acuta e il potenziamento dell'assistenza primaria e dei servizi cardiologici territoriali.

Siamo disponibili, se lo ritenete opportuno, a esplicitare più in dettaglio i punti sopra riportati.

Pensiamo infine che, una volta approvata la legge, seguirà la fase, forse ancora più importante, di implementazione. In questo contesto diamo la nostra piena disponibilità a collaborare nella definizione dei piani e reti di interesse cardiologico, quali la prevenzione, riabilitazione, cronicità, emergenza-urgenza.

Ringrazio per l'attenzione e invio i migliori saluti

Matteo Cassin
 Presidente Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia

vrebbe occuparsi in prima persona della gestione del paziente complesso cardiopatico cronico. Tutto ciò porterà a profonde modifiche delle Strutture Cardiologiche. Da qui, l'esigenza di indire una riunione straordinaria del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO con la presenza di tutti i responsabili delle Cardiologie regionali. Questo incontro

ricco di osservazioni, critiche e proposte si è concretizzato in un documento inviato all'Assessore regionale della Sanità, al Direttore della Direzione centrale salute ed al Presidente Commissione Sanità e per conoscenza ai suoi membri. Un altro punto affrontato dal nostro Consiglio Direttivo Regionale è stato quello di sviluppare discussioni

e progetti su tematiche importanti quali il sistema informativo regionale, l'emergenza e l'urgenza, la prevenzione, la cronicità e la riabilitazione creando dei gruppi di lavoro costituiti da componenti del Consiglio Direttivo e altri Cardiologi della regione. Il Consiglio Direttivo del Friuli Venezia Giulia ha affrontato anche l'importante tematica dell'in-



tegrazione con il Cardionursing. Esiste da tempo, nella nostra regione una fervente ed attiva presenza del gruppo infermieristico. Abbiamo concordato con il referente medico attualmente in carica, Dott. Gortan, di attivare meccanismi che favoriscano la più ampia partecipazione degli infermieri di tutti gli Ospedali regionali, e l'elaborazione di semplici regole che portino all'elezione di un Referente, che abbia una turnazione analoga a quella del Consiglio Direttivo Regionale e possibilità a partecipare alle riunioni del Consiglio stesso. Il Referente Medico all'interno del Direttivo sarà figura di raccordo insieme al Referente Infermieristico per elaborare idee e proposte del Cardionursing. Le problematiche politico - sanitarie sono state affrontate anche all'interno dell'ottava edizione delle Giornate Cardiologiche, evento patrocinato ANMCO, tenutosi il 3 ottobre a Pordenone, che è stato anche motivo di salute dei Cardiologi della regione a Gian Luigi Nicolosi, primario uscente della SC di Cardiologia di Pordenone. Sono state affrontate le più importanti tematiche cardiologiche, in particolare la sindrome coronarica acuta, patologia che impatta in maniera più significativa sia in termini di incidenza che di mortalità. Partendo dalle Linee Guida europee è stata analizzata l'aderenza sia a livello nazionale che regionale. I dati riportati hanno poi permesso una vivace discussione, dove la nostra regione con la sua rete di 3 strutture Hub ha mostrato un modello organizzativo che non solo

si avvicina alla richiesta nazionale di razionalizzazione di risorse ma anche alla più importante esigenza di migliorare la qualità dell'assistenza. Il secondo argomento trattato è stato le valvulopatie e sono state messe in evidenza le notevoli migliorie soprattutto in termini terapeutici con interventi sempre più a bassa mortalità. Ma la diversificazione degli interventi deve prevedere una valutazione accurata e multidisciplinare del paziente che è sempre più complesso. Sono stati inoltre toccati argomenti di forte impatto sulla popolazione come l'arresto cardiaco extraospedaliero e il monitoraggio remoto dei pazienti portatori di elettrostimolatori cardiaci, dimostrando come l'innovazione tecnologica può portare a un recupero economico, in termini di riduzione delle visite, pur mantenendo alta la qualità dell'assistenza. Infine è stato affrontato il tema della riabilitazione cardiologica e del territorio, sono stati illustrati i punti di forza della nostra regione ma anche ancora tanti punti deboli che con la Riforma dovrebbero essere rafforzati. Un altro evento patrocinato dalla nostra Associazione, tenutosi il 10 e l'11 ottobre a Trieste, ha affrontato il tema delle Cardiomiopatie e dello Scopenso Cardiaco. Questo evento, che si tiene ogni due anni, ha il merito di riunire i più grandi esperti e sviscerare tutte le novità in termini eziologici, diagnostici e terapeutici. Il punto vincente ed avvincente del Congresso stesso è stata la presentazione e la discussione collegiale dei casi clinici da parte

dei giovani futuri Cardiologi della Scuola di Specializzazione regionale. Inoltre, in contemporanea, si è svolto nella giornata del 10 ottobre il Cardionursing, con grande partecipazione infermieristica, che ha affrontato la tematica della multidisciplinarietà, del lavoro in team e del rapporto paziente - infermiere - medico e il confronto sulla gestione di problematiche cardiologiche infermieristiche. Infine il Consiglio Direttivo ha predisposto il piano formativo del prossimo biennio che prevede 5 convegni. ♥

PROPOSTE ANMCO 2015 - 2016

17 GENNAIO 2015

Linee guida e valvulopatie: tra attendismo ed interventismo

9 MAGGIO 2015

Prevenzione cardiovascolare 2015: la sfida continua

3 OTTOBRE 2015

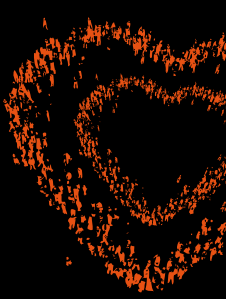
Scopenso cardiaco cronico avanzato: gestione ambulatoriale e strategie terapeutiche

28 NOVEMBRE 2015

Le emergenze - urgenze cardiovascolari: dalle linee guida alla realtà clinica nella rete cardiologica hub/spoke del Friuli Venezia Giulia

5 MARZO 2016

Il paziente ultraottuagenario con problematiche cardiologiche: gestione multidisciplinare



Le Cardiologie trentine cooperano per un progetto cardiologico
nello Zimbabwe

Il cuore trentino batte per lo Zimbabwe

Istituita la prima terapia intensiva cardiologica pubblica nell'Ospedale di Chinoyi con il sostegno di medici e infermieri delle Cardiologie di Trento e Rovereto

DI ALBERTO MENOTTI



Si respira aria trentina nel nuovo reparto di Cardiologia dell'Ospedale di Chinoyi, nello Zimbabwe. Questo Ospedale governativo è diventato il primo Ospedale pubblico con un dipartimento specializzato nella diagnosi e nella cura delle malattie cardiologiche. Un punto di riferimento importante per un Paese in cui, fino ad ora, gli oltre dodici milioni di abitanti dovevano rivolgersi all'estero per qualsiasi tipo di esame e terapia cardiaca. Sono molti gli africani - spesso giovani - con patologie cardiache; frequenti sono la febbre reumatica e le cardiopatie su base

infettiva, quelle congenite e quelle dovute a grave ipertensione arteriosa, unitamente al diabete mellito: una vera epidemia. Alla base di tutto c'è, come sempre, l'estrema povertà. Spesso questi pazienti sono destinati a morire in assenza di possibilità di cure. L'Ospedale di Chinoyi è una struttura sanitaria pubblica che assicura assistenza ad un'area assai vasta, con circa 3 milioni di persone interessate, tra la zona del Mashonaland West e la regione di Harare, la capitale. Grazie ad un progetto trentino questo Ospedale è diventato, nell'ultimo anno, la prima ed unica struttura

pubblica dello Zimbabwe a possedere un ecocardiografo, due elettrocardiografi, due defibrillatori e una sala di terapia intensiva cardiologica con 10 posti letto monitorati. Una realtà, questa, nata dalla volontà del Dott. Carlo Spagnolli, medico roveretano da oltre 50 anni in Africa, sostenuto dall'Associazione Lifeline Dolomites della Valle di Fassa, con il contributo economico della Provincia Autonoma di Trento. Alla riuscita di questo progetto di collaborazione hanno inoltre concorso anche altre Associazioni, tra le quali quella dei cardiopatici trentini Almac. Nell'Ospedale provinciale di



Chinoyi oltre alle nuove attrezzature per la diagnostica cardiologica è presente anche personale specializzato dello Zimbabwe. Grazie a questo progetto un medico e due infermiere già operanti nell'Ospedale hanno potuto formarsi in Italia durante alcuni periodi di tirocinio presso i reparti di Cardiologia dell'Ospedale di Trento e Rovereto tra l'autunno scorso e quest'anno. I colleghi dello Zimbabwe hanno avuto l'opportunità di approfondire le loro conoscenze in ambito cardiologico frequentando i due Ospedali trentini ove, con la stretta collaborazione di medici ed infermieri, hanno migliorato le loro competenze diagnostiche e terapeutiche. Per allestire il reparto, organizzare il lavoro a Chinoyi e garantire un efficiente supporto agli operatori locali si sono alternate in Zimbabwe, a più riprese ed in piena sinergia, equipe di volontari dalle Cardiologie dell'Ospedale Santa Chiara di Trento e dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto. Dell'equipe di Trento hanno fatto parte il primario Dott. Roberto Bonmassari, la Dott.ssa Prisca Zeni, le infermiere Roberta Iori e Sara Pellizzari men-

tre di quella di Rovereto il Dott. Domenico Catanzariti, l'ingegnere biomedico Lara Zago, le infermiere Ivonne Righi, Francesca Bandera, Nicoletta Bonora e Marcella Duni-triu. Durante i periodi di presenza i medici e le infermiere trentine hanno visitato oltre 300 pazienti eseguendo anche numerosi elettrocardiogrammi ed ecocardiogrammi. La voce dell'apertura dell'unità di terapia intensiva si è infatti diffusa velocemente in tutto il Paese. «I pazienti arrivano da tutto il Paese - racconta Bonmassari - anche da molto lontano. Spesso a piedi, in condizioni molto precarie, a volte in fin di vita. Bivaccano in Ospedale, attendono per ore ed anche per giorni senza mai lamentarsi. Per molti di loro quella nuova struttura è l'unica speranza di vita». All'inaugurazione del nuovo reparto di Cardiologia, a marzo 2014, hanno preso parte non solo le autorità sanitarie

locali, ma anche l'Ambasciatore d'Italia nello Zimbabwe, Dott. Enrico De Agostini, ed il Ministro per gli affari regionali Faber Chidarikire, che ha sottolineato il valore di questo progetto per l'Ospedale di Chinoyi, per l'intera provincia e per tutto il Paese. Il progetto di collaborazione prevede un periodo di ritorno delle equipe di Trento e Rovereto, con frequenza attualmente semestrale, per garantire un costante supporto agli operatori dell'Ospedale di Chinoyi e arricchire ulteriormente le capacità diagnostiche e terapeutiche della struttura. ♥





La Cardioncologia Una realtà anche in Puglia

DI FRANCESCA PIERRI, STEFANO OLIVA, PASQUALE CALDAROLA

La Cardioncologia si sta proponendo come una nuova branca della medicina “a cavallo” tra due discipline, quella cardiologica e quella oncologica. Nasce sulla base di quanto verificatosi negli ultimi 15 anni in cui, per il crescente numero di lungo sopravvissuti al cancro, è significativamente aumentata l'incidenza di patologie cardiovascolari con il manifestarsi, anche tardivo, degli esiti tossici della terapia antitumorale. Nonostante la ricerca scientifica in campo oncologico fornisca continuamente nuovi farmaci “intelligenti”, a bersaglio molecolare, che hanno migliorato la sopravvivenza dei malati oncologici che in alcuni casi possono guarire o vedere cronicizzare la patologia, sono di poco diminuite le complicanze cardiologiche. Se però le complicanze cardiache acute sono sostanzialmente note, stabili per quanto riguarda l'incidenza e di scarso significato

prognostico, la sfida della Cardioncologia moderna si basa sul riconoscimento precoce delle tossicità tardive (anche decine di anni dopo la fine della terapia), da trattare quanto prima per scongiurare l'insorgenza di scompenso cardiaco. I malati oncologici necessitano pertanto oltre che dell'oncologo anche del Cardiologo “dedicato” con specifiche competenze e con conoscenze di clinica e farmacologia oncologica.

Obiettivi della Cardioncologia sono quindi:

- comprendere i meccanismi della cardiotossicità;
- fornire definizioni uniformi e condivise della cardiotossicità;
- identificare dei percorsi di diagnosi e trattamento del paziente oncologico prima, durante e dopo le terapie antitumorali;
- proporre modelli organizzativi efficienti e sostenibili (Progetto speciale Cardioncologia 2011 - 2013).

L'ANMCO e l'AICO, che a livello nazionale hanno prodotto il Volume “Cardioncologia 2013”, utile strumento di consultazione e conoscenza delle problematiche specifiche, hanno in Puglia stretti rapporti di collaborazione, ponendosi come principale obiettivo quello di diffondere tra gli specialisti in Cardiologia, Oncologia, Ematologia e Radioterapia la cultura della multidisciplinarietà nella gestione del paziente oncologico quale presupposto del “prendersi cura” del paziente malato di cancro. Che la Puglia sia una regione attiva e sensibile al problema è dimostrato dal fatto che in alcune realtà ospedaliere si sono costituiti ambulatori dedicati di Cardioncologia. Bari è sede del primo fra tutti gli ambulatori di Cardioncologia, quello presente nell'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari, con responsabile il Dott. Stefano Oliva, che è punto di riferimento regionale e di parte del



Sud Italia. Di più recente costituzione quello presso l'Ospedale San Paolo di Bari, (sede di una Breast Unit, di una attiva chirurgia toracica e di un accreditato reparto di Oncologia Medica), con referenti il Dott. Massimo Ruggiero ed il Dott. Nicola Lamanna. La provincia di Brindisi vede impegnato il Dott. Francesco Loliva che presta la sua opera presso l'Ospedale di Fasano. Taranto, per l'elevata incidenza di patologia neoplastica nella città e nella provincia, si avvale di due realtà, una di riferimento per la provincia orientale e che vede nel Dott. Francesco Cocco il referente presso l'Ospedale di Manduria ed una di riferimento per la città di Taranto con sede presso l'Ospedale di Martina Franca, con referenti la Dott.ssa Francesca Pierri e la Dott.ssa Floriana Marino. In tutte queste strutture i "cardioncologi" che vi lavorano, sono impegnati a valutare pazienti oncologici prima dell'inizio delle terapie antitumorali con l'obiettivo principale di definire il "rischio cardioncologico", ovvero la probabilità che un evento tossico cardiologico possa manifestarsi in quel paziente, per quel trattamento e per quella patologia neoplastica. Per una ottimale stratificazione del

rischio ci si avvale di ausili strumentali come l'ecocardiografia e del monitoraggio dei biomarker più utilizzati (troponine e peptidi natriuretici). Una volta stratificato il rischio, i pazienti vengono avviati ad un programma di controlli cardioncologici periodici più o meno intensivo o, se necessario, a trattamenti farmacologici preventivi o, in accordo con gli oncologi, a trattamenti antitumorali meno cardiotossici. Al termine del trattamento oncologico i malati vengono avviati ad un follow-up periodico da eseguirsi con programmi differenti e sempre finalizzato alla precoce identificazione dei primi segni di scompenso cardiaco. Agli scriventi non sono ad oggi note altre realtà cardioncologiche pugliesi formalizzate, pur essendo consapevoli che ogni centro oncologico ha Cardiologi di riferimento che quotidianamente affrontano queste problematiche. Scopo del presente articolo è proprio quello di sensibilizzare alle problematiche della Cardioncologia ed incentivare i Cardiologi pugliesi all'approfondimento di questa nuova branca della Cardiologia clinica particolarmente affascinante e in continua evoluzione.



Non solo il Consiglio Direttivo Regionale,
ma tutti i Soci attori e protagonisti nell'attività associativa

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia: tra continuità e innovazione

Programma e attività del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia nel biennio
2014 - 2016

DI GIACOMO CHIARANDÀ, ANDREA COLLETTI, NICOLA GIUNTA, GIUSEPPE LEONARDI,
ANTONINO NICOSIA, GIUSEPPE PALEOLOGO, GIOVANNI MARIA POLIZZI

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia, eletto il 12 aprile 2014 nell'ambito del Congresso Regionale ANMCO Sicilia, è costituito da Giacomo Chiarandà (Caltagirone), quale Presidente, e dai Consiglieri: Andrea Colletti (Sciaccia), Nicola Giunta (Palermo), Giuseppe Leonardì (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa), Giuseppe Paleologo (Messina), Segretario, e Giovanni Maria Polizzi (Partinico). Come componenti dell'attuale Consiglio Direttivo, siamo lieti in primo luogo di esprimere al Presidente e a tutti i Consiglieri del Direttivo uscente la nostra stima e gratitudine per tutto il lavoro profuso negli anni precedenti. Siamo consapevoli che i numerosi traguardi da Loro raggiunti sono frutto di un impegno non indifferente, che solo un vero spirito

di squadra ha permesso di ottenere. Continuando nella scia di questa solida tradizione e ricordando che le Sezioni Regionali rappresentano il tessuto connettivo e la forza operativa dell'ANMCO, il nuovo Consiglio Direttivo si sta adoperando per elaborare, nell'ambito della nostra regione, un programma innovativo e sostenibile e promuovere un allargamento delle varie attività alla base dei Soci che, attraverso la nuova organizzazione, saranno coinvolti in modo attivo e inseriti in prima persona nell'attività associativa. Accanto all'impegno relativo all'organizzazione del futuro Congresso Regionale ANMCO, che si terrà il 2 - 3 ottobre 2015 a Trapani presso la splendida sede della Tonnara di Bonagia, abbiamo elaborato, ufficializzato ed avviato dei Gruppi di Lavoro, formati da un board di 5 - 6

Medici guidati da un Coordinatore, che dovrebbero realizzare progetti (formativi, organizzativi, educazionali, di ricerca) per la promozione e sviluppo di vari campi cardiologici di particolare interesse:

- Emergenza - Urgenza, con peculiare attenzione alla Rete regionale dell'Infarto, già attiva in alcune province, valutando la possibilità di creare anche una rete per il NSTEMI, in particolare per i casi a rischio e per i pazienti in shock cardiogeno. Tale gruppo è anche chiamato ad organizzare la Convention delle UTIC.
- Scompenso Cardiaco, per la creazione di una rete per lo scompenso cardiaco acuto e cronico regolata da percorsi diagnostico - terapeutici condivisi.
- Cardiologia Pediatrica, per l'elaborazione di proposte relative ad una



migliore articolazione della rete regionale in atto definita.

- Prevenzione Cardiovascolare, per la diffusione di una cultura della prevenzione secondo le Linee Guida e per promuovere la nascita di ambulatori dedicati. Particolare attenzione sarà rivolta alla diffusione delle tematiche della prevenzione

paziente da avviare a chirurgia non cardiaca, nel trattamento dell'arresto cardiaco ospedaliero, nella richiesta degli esami strumentali, nella gestione del follow up della Cardiopatia ischemica cronica stabile e delle cardiopatie valvolari e nella diffusione di Protocolli Terapeutici condivisi (per esempio sulla

- Sport, per la prevenzione della morte improvvisa negli sportivi, sia facendo leva sulla tradizionale esperienza dei corsi di BLS che promuovendo l'acquisto di defibrillatori semiautomatici (Giornata Regionale per la sicurezza nello Sport).

Il nuovo Consiglio Direttivo ha inoltre a cuore di implementare il lavoro già iniziato negli anni precedenti dai Gruppi di Lavoro su Cardiocirurgia, Cardionursing e Circolo polmonare e di promuovere la nascita di altri gruppi di lavoro sulla cardio - geriatria e su Volontariato - Associazionismo, con attenzione speciale alla collaborazione con le Associazioni di Volontariato e di Cardiopatici senza cui è difficile realizzare le misure di continuità assistenziale e gestione integrata delle patologie cardiovascolari croniche. Stiamo procedendo ad un censimento delle strutture cardiologiche siciliane, per una migliore conoscenza ed articolazione dei vari Centri cardiologici, e abbiamo inviato a tutti i Soci una Lettera di indagine, "L'ANMCO come piace a me", sui bisogni formativi e sulle loro proposte di partecipazione ai gruppi di lavoro. Già realizzata, dall'inizio dell'attività del nuovo Consiglio Direttivo, l'annuale Convention delle UTIC che ha visto la partecipazione quasi plenaria delle UTIC siciliane finalizzata all'acquisizione delle conoscenze necessarie ad un moderno Cardiologo intensivista per l'utilizzo delle nuove tecnologie (sono state discusse, tra l'altro, da una ampia platea di esperti

L'ANMCO Sicilia può e deve giocare un ruolo di leadership nella crescita della cultura e dell'organizzazione cardiologica siciliana, essere attrattiva nei confronti dei giovani Cardiologi e coinvolgere in modo diretto i Soci nelle attività associative

al mondo laico, organizzando incontri nelle scuole (anche con una Giornata Regionale della Prevenzione) o portando le scolaresche in Ospedale per brevi corsi sulla prevenzione dell'obesità infantile e delle malattie cardiovascolari, riprendendo così una tradizione caratteristica dell'ANMCO.

- Cardio - Oncologia: per l'implementazione di una cultura cardio - oncologica efficace e moderna con definizione di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi.

- Management e Qualità, per giungere all'elaborazione di documenti regionali condivisi che superino l'inappropriatezza tuttora esistente, nonostante la presenza di Linee Guida, nella preparazione del

gestione della terapia insulinica e della doppia terapia antiaggregante nelle procedure chirurgiche, endoscopiche, odontoiatriche).

- "High Technology Assesment", per un'adeguata gestione delle nuove tecnologie (TC coronarica, RM).

- ANMCO e territorio, per promuovere proposte inerenti adeguate strategie di continuità assistenziale Ospedale - Territorio. In particolare si tratta di favorire e governare, anche attraverso il dialogo costruttivo già da tempo attuato con le Istituzioni regionali, lo sviluppo della Rete della Riabilitazione del cardiopatico (gruppo di lavoro ad hoc) che, al momento, non trova ancora una chiara linea di programmazione.



responsabili delle UTIC, la NIV, il trattamento dello storm aritmico, il trattamento percutaneo delle valvulopatie). Un altro appuntamento, che ha visto un'ampia partecipazione, è stato l'evento "Meteoriti", promosso dall'ANMCO a livello nazionale, sull'impiego dei nuovi anticoagulanti orali. Continua la proficua collaborazione con le Istituzioni sanitarie regionali. Abbiamo già elaborato e definito vari Corsi di aggiornamento presso il CEFPAS, in collaborazione con l'Assessorato per la Salute, per l'acquisizione dei "privileges" (interpretazione delle aritmie in elettrocardiografia dina-

per l'elaborazione di Documenti di Appropriatazza sugli esami Ecocardiografici e di Medicina Nucleare (già in via di pubblicazione). Nel prossimo futuro è nostra intenzione proporre all'Assessorato regionale la costituzione di nuove Commissioni sul dolore toracico, sulla sincope (con attenzione alla nascita e diffusione della Sincope Unit), sulla corretta gestione e la sostenibilità economica dei nuovi anticoagulanti, sulla consulenza cardiologica preoperatoria e sugli orientamenti da seguire nel caso di indicazione "con zone grigie" all'impianto di defibrillatori per la prevenzione della

con le altre Società Scientifiche cardiologiche presenti nella regione al fine di elaborare protocolli diagnostici - terapeutici condivisi su aspetti cardiologici di comune interesse. Ancora un particolare interesse in questi anni sarà rivolto ai giovani Cardiologi che saranno coinvolti in modo rilevante nei vari eventi dell'ANMCO regionale; per essi stiamo organizzando un "Premio Giovane Cardiologo" per il miglior poster presentato al Congresso regionale o per la migliore pubblicazione scientifica. Uno dei compiti prioritari del nuovo Consiglio Direttivo sarà anche quello di rinsaldare il legame tra la sessione regionale siciliana e l'ANMCO nazionale favorendo la collaborazione di quanti più Soci con le varie aree e promuovendo la presentazione di relazioni, poster e comunicazioni al Congresso Nazionale (anche a tal fine è stato creato un ulteriore gruppo permanente di lavoro per l'attività scientifica). Infine, è nostro proposito cercare di risvegliare l'orgoglio di appartenere a una Società Scientifica Cardiologica di tradizione e prestigio come l'ANMCO attraverso una campagna di tesseramento per reclutare nuovi Soci, allo scopo di essere sempre più numerosi e giocare un peso maggiore e da protagonisti nell'universo cardiologico regionale e nazionale. ♥

Oltre il Direttivo: progettualità, lavoro ed impegno da parte dei Soci

Più impegno sul Territorio e con i cittadini e le associazioni di volontariato

mica, corsi BLS ed ACLS, NIV ed EGA, ecografia vascolare ed ecocardiografia trans-esofagea). Ancora, anche grazie alla collaborazione con l'ANMCO Sicilia è stato già pubblicato il Decreto Assessoriale sulle "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per un evento cardiologico", che sarà oggetto di un approfondimento su questo numero di "Cardiologia negli Ospedali". Stiamo inoltre collaborando con l'Assessorato Regionale con Commissioni regionali

morte improvvisa. Abbiamo anche definito la creazione di un programma editoriale nell'ambito del sito web ANMCO regionale per la diffusione di Linee Guida, score prognostici di rischio, interviste con esperti su temi di ampio respiro, casi clinici inusuali, comunicazioni su attività congressuali, articoli scientifici rilevanti e documenti elaborati in sede assessoriale. Le notizie sul sito saranno precedute da una newsletter del Presidente a tutti i Soci. Il Consiglio Direttivo si propone anche una collaborazione attiva e congiunta



Le raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico

Prosegue in Sicilia la fruttuosa collaborazione tra Società Scientifiche e Assessorato della Salute

DI MAURIZIO G. ABRIGNANI, GIACOMO CHIARANDÀ, GIOVANNI DE LUCA, MICHELE GABRIELE, ERNESTO MOSSUTI

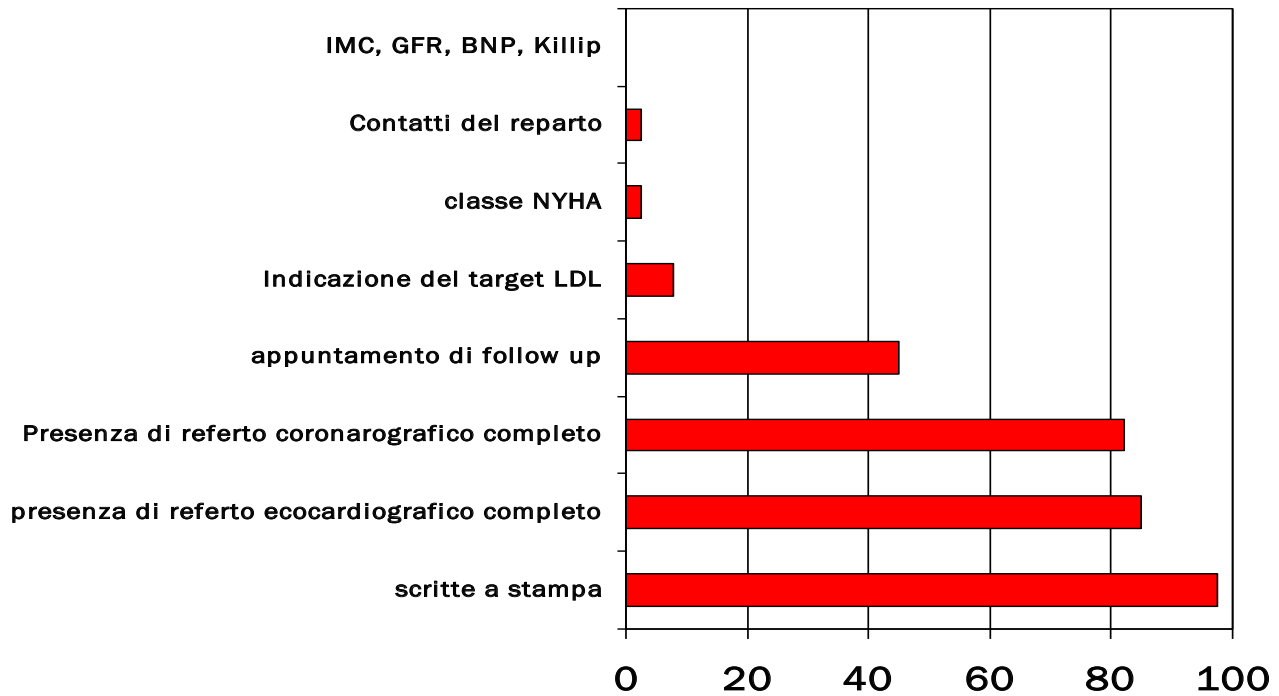
A fronte della considerevole riduzione della mortalità intraospedaliera dopo un evento cardiovascolare acuto ottenuta negli ultimi anni, la mortalità e il tasso di reospedalizzazioni nel periodo immediatamente successivo al ricovero restano elevate. Si tratta di migliaia di eventi cardiovascolari potenzialmente evitabili, con altissime conseguenze in termini di vite umane, sofferenze personali, costi sociali ed economici. Quali sono le cause di questo fenomeno? Sicuramente tante e diverse: i pazienti dimessi sono sempre più anziani, complessi e portatori di patologie multiple; la breve durata della degenza, per le dure necessità di un accentuato turnover, spes-

so non consente un'adeguata stratificazione del rischio e una corretta impostazione dei percorsi del follow up successivo; una non adeguata comunicazione sulla propria patologia porta in breve tempo molti pazienti a interrompere le terapie cardiologiche raccomandate dalle Linee Guida in quanto associate a una significativa riduzione del rischio, nonché a riprendere scorretti stili di vita, come ad esempio l'abitudine tabagica. Nel momento della dimissione e nel periodo immediatamente successivo ha quindi massima importanza la comunicazione tra il Cardiologo ospedaliero e le altre figure che prenderanno in cura il paziente. La lettera di dimissione è il mezzo di

trasferimento delle notizie sul ricovero e risulta quindi il principale, se non l'unico, strumento informativo tra Ospedale e Territorio. Chiarezza e completezza dei suoi contenuti sono indispensabili per la prevenzione del rischio di nuovi eventi in un momento in cui il paziente, nel passaggio tra successivi momenti di cura, è a rischio elevato. Istituzioni come la Joint Commission International hanno identificato le caratteristiche salienti della lettera di dimissione, citata anche nei Piani Sanitari Nazionali come strumento di continuità assistenziale e definita nel recente documento di consenso ANMCO/GICR/GISE la chiave di accensione dei successivi percorsi di follow up. Per sua natura però, la



Lettere di dimissione Regione Sicilia 2013



lettera di dimissione non può essere contemporaneamente lo strumento di comunicazione col paziente, poiché è rivolta ad un medico ed è caratterizzata dai contenuti propri della relazione tra professionisti della salute. I giorni immediatamente successivi all'evento, e soprattutto la dimissione dall'Ospedale, sono invece cruciali per il coinvolgimento del malato e per garantirgli le cure ottimali di cui ha bisogno. La carenza di comunicazione alla dimissione può incidere in maniera determinante sulla qualità dell'aderenza alla terapia e sulla trasmissione delle norme comportamentali da avviare per un percorso virtuoso di prevenzione. In tal senso, il momento della dimissione costituisce, sia per il

paziente sia per il Sistema Sanitario, una potenziale criticità e una significativa condizione di vulnerabilità, in sostanza un "difetto organizzativo" del programma di cura. Tale definizione include sia la non pianificazione di un follow up adeguato e personalizzato alle caratteristiche del soggetto e dell'evento malattia, sia la mancata predisposizione di un programma di prevenzione secondaria strutturato, in particolare nei soggetti con maggiore concentrazione di fattori di rischio. In atto il passaggio tra degenza ospedaliera e rientro a domicilio sembra quindi contrastare con l'efficacia dell'organizzazione nella fase acuta, in quanto non è altrettanto strutturato sotto il profilo qualitativo. Se la

dimissione non viene inclusa tra le attività "strategiche" del percorso di cura, il trattamento in acuto, per il quale sono state impegnate considerevoli risorse umane ed economiche, rischia di produrre un effetto circoscritto all'immediatezza, senza consolidarsi in risultati duraturi. È pertanto indispensabile dedicare tempo e risorse al "momento dimissione", creando una vera e propria "cultura della dimissione". Dalle pagine di questa rivista Ilio Faggiano, Francesco Fattirolli, Gian Francesco Mureddu e altri amici dell'Area Prevenzione Cardiovascolare hanno già affrontato in modo chiaro e completo tutte queste criticità ("Informazione alla dimissione dopo sindrome coro-

Allegato A: Modello di lettera di dimissione strutturata e suoi contenuti standard

Numero item	Item	Campo	Note
1	Reparto ospedaliero	Intestazione completa del reparto e dell'ospedale	
2	Identificativo paziente	Nome e cognome, data di nascita	
3	Data di ammissione	Data	
4	Data di dimissione	Data	
5	cartella clinica	Numero di cartella clinica	
6	Diagnosi principale	Testo	Motivo principale del ricovero del paziente. Evitare acronimi e abbreviazioni
6	Diagnosi secondarie	Testo	Patologie associate e complicanze. Evitare acronimi e abbreviazioni
7	Motivo del ricovero	Testo	Sintomatologia che ha motivato il ricovero
8	Modalità di ammissione	Elettiva/emergenza/ trasferimento	
9	Anamnesi	Testo	Descrizione sintetica degli elementi anamnestici significativi. È consigliabile un'articolazione cronologica per "punti essenziali". Evitare acronimi e abbreviazioni.
10	Esami praticati	Testo	Indicare la data dell'esame.
10 bis	Nel caso di ricovero per scompenso cardiaco e eventualmente per IMA: BNP e NT-proBNP	Indicare i livelli di BNP e NT-proBNP all'ingresso e alla dimissione	Nota esplicitiva da inserire: BNP < 250 pg/ml o NT-proBNP < 1000 Basso rischio BNP 250-500 pg/ml o NT-proBNP 1000-5000 Medio rischio BNP > 500 pg/ml o NT-proBNP > 5000 Alto rischio
10 ter	Funzionalità renale	indicare eGFR (MDRD o CKD-EPI) ml/min	Nota esplicitiva: stadiazione dell'insufficienza renale
10 quater	ecocardiogramma	Disfunzione sistolica VS: Assente Lieve (FE 40-50%) Moderata (FE 30-40%) Severa (FE < 30%) Disfunzione diastolica VS: Assente Grado I (Alterato rilasciamento) Grado II (Pattern pseudonormale) Grado III (Pattern restrittivo) PAPS Insufficienza mitralica > 1 (si/no) Alto score di asinergia e ventricolo non dilatato (si/no) NB è sufficiente che i suddetti dati siano indicati in referto eco allegato	



narica acuta: si può fare di più e meglio?”, CNO 188; “Non basta una buona lettera di dimissione”, CNO 198). Noi Cardiologi abbiamo però sempre lamentato la distanza delle Istituzioni dai percorsi clinico - organizzativi consigliati dalle evidenze scientifiche. Tuttavia nella nostra Regione, da alcuni anni, si sta assistendo a un percorso virtuoso di collaborazione tra un lungimirante Assessorato della Salute e le associazioni scientifiche, che ha già contribuito all’adozione di vari Decreti Assessoriali, come ad esempio quello sulla Rete della Cardiologia Riabilitativa, frutto del lavoro di qualificati esperti designati dalle Società Scientifiche e non più, come in passato, di “amici degli amici”. L’Assessorato della Salute della Regione Sicilia, ha pertanto istituito, nel febbraio 2013, un gruppo di lavoro ad hoc, allo scopo di elaborare le “Raccomandazioni regionali per

la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico”, cui ha invitato a partecipare l’ANMCO insieme a diverse altre società cardiologiche e della Medicina Generale, essendo la lettera di dimissione e la comunicazione snodi fondamentali della continuità assistenziale in ambito cardiologico. La prima attività del gruppo è stata una ricognizione dell’attuale modalità di dimissione cardiologica, richiedendo ai singoli presidi ospedalieri regionali una copia anonima della prima lettera di dimissione consegnata nel 2013. I risultati di questa survey, illustrati nel grafico, non sono stati in verità molto incoraggianti, ma hanno nel contempo evidenziato la necessità di lavorare su questo tema; inoltre, nell’ottica di vedere il bicchiere mezzo pieno, è plausibile aspettarsi, in una successiva survey programmata dopo un adeguato margine

temporale dalla pubblicazione del documento, un considerevole margine di miglioramento. Nel corso dei lavori è stata peraltro pubblicata la già citata Consensus ANMCO/GICR/GISE, i cui contenuti sono stati ampiamente integrati nel documento finale, oggetto di uno specifico Decreto Assessoriale, già pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (supplemento ordinario n. 2, p. 1, n. 36 del 29 agosto 2014) e scaricabile dal sito dell’Assessorato alla pagina http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_RaccomandazioneDopoRicoveroPerUnEventoCardiologico. Dopo una premessa iniziale, che riprende le considerazioni fatte nella prima parte di questo articolo, sono stati identificati l’obiettivo (migliorare la qualità della dimissione dei pazienti

E' opportuno far ruotare i vari secondi nell'arco della settimana come segue:

- 2 volte a settimana carne magra (lelele, manzo, maiale magro, coniglio, tacchino, agnello, pollo).
- 4 volte o più pesce (fresco o surgelato).
- 2 volte legumi (fave, ceci, piselli, ecc.).
- 2 volte formaggi (magri, preferibilmente a pasta molle: ricotta, tuma, scamorza, crescenza, mozzarella, formaggi cremosi).
- Limitare i formaggi stagionati (come pecorino, emmenthal, parmigiano).
- 2 volte il prosciutto crudo magro e la bresaola.
- 2 volte l'uovo.

Una volta alla settimana si può sostituire un intero pasto con una pizza (margherita, rianata), seguita da una porzione di frutta e ridistribuire l'apporto dei cereali degli altri piatti del giorno.

Bere acqua minerale naturale o acqua di rubinetto potabile (almeno 1 litro e mezzo durante il giorno) e non bevande gassate e zuccherate.

E' consentito il bicchiere di vino a basso grado alcolico a pranzo e a cena.

Ricordarsi di non eccedere nei condimenti. L'olio, preferibilmente extravergine di oliva, va usato con moderazione (non più di un cucchiaino da tavolo a pasto) e sempre a crudo.

Preferire i seguenti metodi di cottura: alla griglia, al vapore, al forno, al umido e lessato.

Usare preferibilmente tegame antiodore e/o carta forno nel corso di cottura in padella (evitare il più possibile le fritture).

Limitare l'assunzione di sale: per insaporire le vivande utilizzare i comuni aromi da cucina quali limone, aceto, prezzemolo, basilico, rosmarino, salsa, timo, ecc. Usare con moderazione burro, panza, senape, dadi da brodo e ketchup.



Altri consigli per i pazienti in sovrappeso o obesi

Perdere peso è possibile solo se si definisce un obiettivo, un programma preciso per raggiungerlo e un impegno con se stessi. Inoltre una dieta è semplice, difficile è mantenerla nel tempo. Ma i risultati si ottengono solo con questa perseveranza.

Specificare vuol dire quindi stabilire un accordo con il medico:

- Un obiettivo di peso da raggiungere
- Un tempo entro cui raggiungere l'obiettivo
- Una dieta quotidiana misurata e personalizzata
- Una verifica e un'analisi dei risultati raggiunti

La linea guida, sostenere il programma

- 1) Cercare le motivazioni al proprio interno. Le motivazioni fornite da altri servono a poco. Nel caso specifico dello scompenso cardiaco, è particolarmente essenziale per far ripartire un cuore affaticato. Bisogna avere il giusto rispetto per il nostro cuore, ciò significa evitare di richiederlo di lavorare più del necessario, caricarlo "sulle spalle" (10/20 chilogrammi di troppo).
- 2) Applicare con serietà la dieta concordata. Un modo di mangiare è un'abitudine mentale che può essere modificata, così come sono modificabili i gusti e i modi per raggiungere la salute.

Altri piccoli accorgimenti sono:

- Alzarsi a non pensare ai cibi fuori dagli orari classici dei pasti
- Evitare le situazioni che "inducono tentazioni" (TV, frigo, ecc.)
- Partecipare di questa situazione i familiari che possono aiutare a contrastare il desiderio e a rispettare la dieta
- Collegare il cibo ricco di calorie al danno per la salute

E) SCHEDA ESERCIZIO FISICO

E' importante che Lei, adesso che è stato dimesso, si renda conto che l'attività fisica può agire come un farmaco perché incide sui principali fattori di rischio cardiovascolare modificabili: l'ipertensione, la dislipidemia, l'obesità, la sedentarietà e il diabete. Una costante attività fisica, in particolare, riduce i livelli di colesterolo-LDL (il colesterolo " cattivo"), aumenta i livelli di colesterolo HDL (il colesterolo "buono") e riduce il valore dei trigliceridi, della glicemia. Inoltre, riducendo pressione arteriosa e frequenza cardiaca consente un risparmio di energia da parte del cuore. Altri aspetti positivi sono la riduzione delle catecolamine circolanti (adrenalina, noradrenalina) e del numero e della capacità di aggregazione delle piastrine (cellule del sangue coinvolte nella formazione del coagulo sanguigno) nonché l'attenuazione del sistema fibrinolitico (proteine del sangue dedicate allo scioglimento dei coaguli). Infine, va ricordata che l'esercizio fisico contribuisce a mantenere il peso forma evitando quindi condizioni particolarmente dannose come sovrappeso o obesità.

Consigli generali

Molte persone colpite da attacco cardiaco possono svolgere un'attività fisica non stressante come camminare o nuotare. Tutti sanno che l'esercizio fisico più naturale per l'uomo è semplicemente camminare: occorre però saperlo fare e certe volte è necessario reimparare a farlo. Si dovrebbe camminare a passo svelto, almeno 30 minuti al giorno, anche frazionando ma per periodi non inferiori a 15 minuti. Si comincia di un convegno; l'obiettivo, consigliato è di fare 10.000. Camminare con la continuità indicata sopra, regolando il passo secondo il proprio respiro, a tutti gli effetti un'attività fisica. Passaggio con un amico, se l'attività fisica è divertente, sarà più piacevole praticarla. Ciò aumenta la motivazione e quindi la continuità. Un abbigliamento comodo ed equo fittava almeno tre ore dopo i pasti principali (due ore dopo la prima colazione); il periodo migliore è a metà mattina o pomeriggio (comunque prima di pranzo o cena). Anche una ginnastica dolce a corpo libero è consigliabile a tutti.

Renda inoltre il suo stile di vita più attivo.

AL LAVORO: Usi la scala invece dell'ascensore; se il luogo di lavoro si trova a un piano troppo alto salga in ascensore ma si fermi almeno due piani prima e poi prosegua a piedi: fare le scale è uno degli esercizi più efficaci per migliorare il proprio stato di salute. Se si sta seduti molto ore, sollevare più volte le braccia e il corpo facendo forza sulla sedia.

CAVA: Riduca anche il consumo di energia elettrica usando i propri muscoli per mescolare il cibo, lavare i piatti, faticare il prato, tagliare la siepe, lavare la propria auto. Passi meno tempo possibile davanti al televisore o al computer.

NEGLI SPORTEMENTI: Usi l'automobile il meno possibile; usi, quando possibile, la bicicletta o vada a piedi. Se si fanno parcheggi a distanza dal luogo di lavoro.

Seguendo quotidianamente questi consigli i benefici non tarderanno a manifestarsi sia in termini di benessere soggettivo che di miglioramento dei parametri ematologici.

Nella svolgere l'attività fisica è importante che Lei controlli la propria frequenza, al polso o mediante l'uso del cardioregistratore. Una formula abbastanza semplice indica la frequenza cardiaca massima: 220 - età. Avendo ... anni, la sua frequenza massima teorica è di ... e quindi non dovrà superare la frequenza cardiaca di ... battiti al minuto.

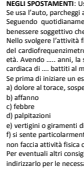
Se prima di iniziare un esercizio fisico o durante questo accusa:

- dolore al torace, sospetto o già precedentemente identificato come angina
- affanno
- febbre
- palpitazioni
- vertigini o giramenti di testa

si sente particolarmente affaticato.

Non faccia attività fisica o la sospensione se ha già iniziato ed informi il suo medico.

Per eventuali altri consigli e/o suggerimenti si rivolga al suo medico che saprà consigliarlo o eventualmente indirizzarlo per le necessarie valutazioni a



F) SCHEDA FUMO

E' importante che Lei, adesso che è stato dimesso, si renda conto che continuare a fumare la espone al rischio di nuovi problemi cardiaci, che potrebbero rendere necessario un nuovo ricovero, danneggiare ancora di più il suo cuore e addirittura essere fatali.

Tutti sanno che il fumo è pericoloso per la vita, per il cuore e per altri organi (però il cancro del polmone), ma nel suo caso specifico il rischio è ancora più grande avendo già avuto un problema cardiaco e più facile che possa soffrire ancora di cuore in futuro.

Viene suggerito bene che chi riesce a smettere di fumare vive meglio e di più di quelli che continuano. Ridurre soltanto il numero delle sigarette è poco utile, perché a poco a poco tonterebbe alla sua quantità abituale.

Smettere di fumare non è facile, ma col suo impegno e la sua volontà ce la può fare, come tanti altri prima di Lei.

In particolare è importante sfruttare questo momento in cui lei ha già dovuto rinunciare al fumo durante il ricovero, perché si trova già a buon punto e non deve iniziare da zero.

Se però, nonostante la sua convulsione che sa importante e necessario smettere non dovesse riuscire, le consigliamo di rivolgersi, per un aiuto concreto, a:

Indicare il nome di uno specialista interessato al problema o ancor meglio i recapiti di un Centro Antitabacco.



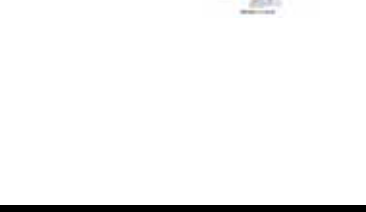
G. SCHEDA STRESS

Lo stress è una reazione dell'organismo alle sollecitazioni e ai cambiamenti imposti dall'ambiente (agenti stressanti); i sintomi dello stress sono: affaticamento, ansia, eccessivo appetito o inappetenza, bruciore di stomaco, insonnia, sudorazione, depressione, eccessivo uso di alcool, bassa autostima, aumento del fumo, eccessivo preoccupazione, problemi intestinali, ostinazione, accettazione passiva degli incidenti. Lo stress ha un ruolo importante nelle malattie cardiache. Aumenta la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la glicemia ed è direttamente responsabile dei danni alla parete dei vasi.

Tuttavia lo stress non è inevitabile ed è possibile controllarlo; la chiave di volta è prima riconoscere gli agenti stressanti, che sono numerosi e diversi da persona a persona, poi cambiare le modalità di risposta. Può essere possibile modificare gli orari della propria giornata e rifiutare gli impegni non necessari (ho veramente esigenze di trovarmi in questa situazione? E evitabili? Qualcun altro può sostituirmi? Se non modificabili, gli agenti stressanti possono però essere considerati e accettati. Occorre modificare il modo di pensare e riflettere su essi; in altre parole si può accettare ciò che non si può cambiare. Vanno inoltre evitate tutte le cose buone e positive della propria vita.

Tecniche di auto-controllo e di prevenzione

- La respirazione profonda è la tecnica più comune per ridurre lo stress. E' utile applicarla per pochi minuti al giorno.
- L'esercizio fisico quotidiano, rilassante, piacevole e confortevole, è una seconda misura efficace.
- Individuare una fase della giornata da dedicare al relax.
- Dedicare al sonno un buon numero di ore.



H. SCHEDA ATTIVITA' LAVORATIVA

La maggior parte delle persone colpite da infarto o da altri eventi cardiaci ritorna a lavorare entro 2/3 mesi. Naturalmente vanno tenuti presenti sia l'importanza del danno cardiaco sia il tipo di lavoro.

Nel suo caso specifico si consiglia un periodo di riposo di

Il cardiologo che riprende il proprio attività lavoro deve:

- programmare l'attività da svolgere valutando sempre il tempo a disposizione, preferendo un limite "fisiologico" alla durata dell'impiego lavorativo.
- programmare brevi pause, applicando in caso di bisogno semplici tecniche di rilassamento.
- imparare a dire "no" a richieste di lavoro improvvise e/o eccessive.
- suddividere in piccole attività il compito da svolgere.
- evitare l'eccessivo perfezionismo; imparare ad avere più pazienza.
- delegare parte delle responsabilità valorizzando eventualmente i collaboratori.



I) SCHEDA ATTIVITA' SESSUALE

La maggior parte dei pazienti può mantenere le sue normali abitudini nell'attività sessuale.

Un normale rapporto sessuale con il partner abituale, in un setting familiare, senza stress aggiuntivi, lontano da un pasto abbondante o dall'assunzione di alcool implica uno sforzo pari a salire un piano di scale o lavare del pavimento.

Se siete in grado di compiere queste attività, potete compiere un atto sessuale.

Sono invece più pericolose le situazioni ad alto coinvolgimento emotivo (come le relazioni extraconiugali).

Se il sesso è un problema che ci crea ansia o se durante l'atto sessuale avvertite dolore toracico o altri sintomi parlatene con il vostro medico che vi aiuterà a trovare una soluzione.

Possibilità di utilizzo di inibitori della PDE-5 come sildenafil, tadalafil o vardenafil:

- consentita
- sconsigliata
- controindicata (terapia con nitrati)



L) SCHEDA GUIDA AUTOVEICOLI

La possibilità di guida di auto e motorveicoli dipende dalle sue condizioni cardiache e dal suo tipo di paziente.

E' prudente che Lei si attinga dalla guida di autoveicoli per:

- 2 settimane (patente AB)
- Tre mesi (patente CDE)
- Permanentemente.

Il suo medico le fornirà ulteriori indicazioni sulle procedure da seguire al momento del rinnovo della patente.



M) SUGGERIMENTI PER PARTNER E FAMILIARI

- Non assumete frequenti atteggiamenti di critica e/o di rimprovero.
- Evitate momenti conflittuali. Il miglior comportamento è quello collaborativo, senza però cedere verso la condiscendenza.
- Evitate premure eccessive e atteggiamenti (iperprotettivi), non create insicurezza.
- Appaite sereni e ottimisti. Il cardiopatico merita fiducia!
- Preparate pasti leggeri, digeribili, variati, graditi anche agli altri familiari, evitando alimenti differenziati (non viene avvertita come situazione discriminataria).
- Abolite il fumo o evitate di fumare in sua presenza.
- I rapporti sessuali sono consentiti in presenza di stabilità clinica.
- La privazione e gli eccessi possono nuocere, e non solo ai cuori!





cardiologici) e i destinatari (operatori delle UU.OO. di Cardiologia, delle strutture territoriali di Cardiologia Riabilitativa e degli ambulatori di prevenzione secondaria, medici di Medicina Generale e Direzioni Aziendali) del documento. Vengono poi esposti i requisiti minimi essenziali della lettera di dimissione cardiologica e della comunicazione col paziente. Per rendere il documento concreto, e non una mera dichiarazione d'intenti, delle "raccomandazioni" fanno parte integrante:

- Un modello strutturato di lettera di dimissioni, da utilizzare in tutte le strutture cardiologiche regionali, scaricabile in formato word in modo tale da poter essere personalizzabile. Ovviamente le U.O. che preferiranno mantenere una struttura discorsiva non sono obbligate ad adottare il modello strutturato, che contiene però le informazioni minime essenziali da riportare. È importante sottolineare che nel modello sono inclusi tutti i parametri che caratterizzano i pazienti ad alto rischio clinico, ad alto rischio trombotico e basso rischio secondo la Consensus ANMCO/GICR/GISE; in tale maniera è anche possibile identificare e consigliare i percorsi di follow up più appropriati. Particolare attenzione è stata posta

anche alla "Medication Reconciliation" e alla identificazione dei target dei trattamenti.

- Un Kit educativo, da unire alla lettera, costituito da diverse schede (informazioni generali sulle malattie cardiache, sui fattori di rischio, sul riconoscimento dei sintomi, su quando rivolgersi al curante o al DEA, sul calendario dei controlli di follow up, sui farmaci prescritti, sulla loro importanza, sugli eventuali effetti collaterali, sulla necessità di non interrompere il trattamento, su dieta, esercizio fisico, fumo, stress, attività lavorativa, guida autoveicoli ed altro). Anche queste schede, da consegnare ai pazienti in relazione al caso clinico, sono scaricabili in formato word e quindi personalizzabili.

- Una check - list sulle informazioni fornite al paziente e ai caregiver che, debitamente compilata, costituirà parte integrante della cartella clinica del paziente ricoverato per un evento cardiologico; la sua presenza in cartella sarà oggetto di controllo analitico da parte dei NOC aziendali a partire dal prossimo dicembre. L'Assessorato in collaborazione con l'Area Nursing dell'ANMCO, ha anche in programma di coinvolgere nell'immediato futuro le figure infermieristiche, essenziali per la

comunicazione con il paziente, in un tavolo tecnico per l'elaborazione di uno specifico progetto formativo. Infine l'Assessorato ha definito un Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale "Comunicazione e continuità assistenziale per il paziente cardiologico", volto alla concreta attuazione dei contenuti del documento, in fase di avvio.

Le "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per evento cardiologico" rappresentano, in conclusione, la realizzazione pratica della proficua collaborazione tra Società Scientifiche e Istituzioni politico-amministrative che si è realizzata in Sicilia, che sta riscuotendo ammirazione e consenso anche in altre regioni; esse costituiscono il primo anello di congiunzione tra Ospedale e Territorio e rappresentano uno strumento essenziale per attivare una valida continuità assistenziale, migliorando la comunicazione tra Cardiologo ospedaliero, Cardiologo del territorio, medici di medicina generale e pazienti. ♥

Integrazione e continuità assistenziale Ospedale - Territorio
 si realizza nel Laboratorio Digitale Centralizzato di Ecocardiografia a Lecce

Ecocardiografia digitale integrata tra Ospedale e Territorio

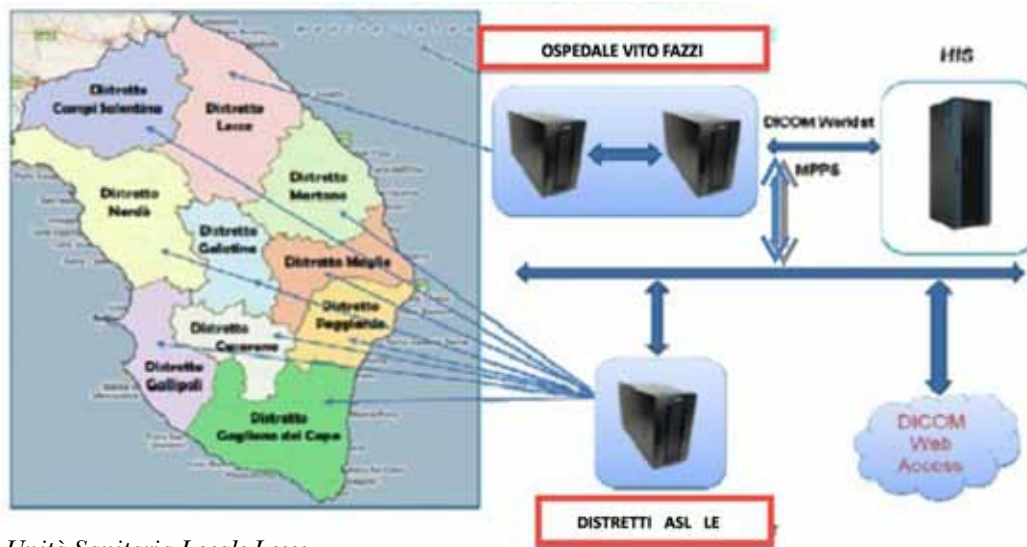
Un laboratorio digitale di ecocardiografia per ogni ambulatorio cardiologico distrettuale della ASL di Lecce

DI COSIMO A. GRECO E ANTONIO F. AMICO

Partendo dalla necessità di dotare ciascun ambulatorio cardiologico distrettuale della ASL di Lecce (Cardiologo responsabile di distretto Dott. M. Trianni) di un laboratorio di ecocardiografia di I livello, si è ritenuto necessario che ciascuno di questi fosse provvisto di un sistema digitale per l'archiviazione e refertazione degli esami. Sull'esempio del laboratorio centralizzato di ecocardiografia digitale dell'Ospedale "V. Fazzi" (responsabile Dott. C.A. Greco) si è progettato di realizzare una rete per l'ecocardiografia estesa all'intero territorio della ASL di Lecce, così da condividere le immagini ecocardiografiche inviate in un archivio unico presso un server centrale. Il progetto, che è stato interamente finanziato con fondi europei per la ricerca e lo sviluppo, intende realizzare una Rete Ecocardiografica Integrata tra il laboratorio centralizzato di ecocardiografia dell'Ospedale di riferimento "Vito Fazzi" e gli ambulatori di Cardiologia dell'intero territorio dell'Azienda Sanitaria

Locale di Lecce, in grado di far fronte, con una soluzione innovativa, alle esigenze cliniche e funzionali di comunicazione ed assistenza del territorio e dell'Ospedale. Si configura essenzialmente come una rete formata da strutture informatiche interconnesse tra loro tramite la rete geografica e la rete aziendale della ASL. Allo scopo sono previsti un server PACS centrale, specifico software, le postazioni telematiche di elaborazione e refertazione, e le apparecchiature ecocardiografiche, tra loro interconnessi a formare un sistema integrato di gestione delle immagini e dei dati prodotti dalle diagnostiche territoriali, e interfacciato ai sistemi informativi automatizzati già esistenti. Il Laboratorio centralizzato di ecocardiografia dell'Ospedale "V. Fazzi" di Lecce assumerà un ruolo "centrale" nell'ambito della rete in quanto, già dotato di postazioni di elaborazione e refertazione multiple, svolgerà funzione di second opinion e teleconsulting, per l'indicazione ad esami di secondo livello (ecocardiografia

transesofagea, eco-contrastografia, valutazione ecocardiografica di dissincronia per CRT) o indicazione ad intervento di cardiocirurgia. In tale modello di lavoro il paziente (attraverso i suoi esami) potrà essere riferito dal territorio all'Ospedale e potrà tornare dall'Ospedale al territorio salvaguardando il principio della continuità assistenziale attraverso un flusso di informazioni che scorrono a doppio senso. Il fine di tale sistema sarà quello di consentire una migliore gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti attraverso la creazione di un archivio condiviso per referti ed immagini ecocardiografiche, ottimizzando al contempo i flussi di lavoro tra territorio e Ospedali, riducendo le inapproprietezze di esami e ricoveri oltre alle liste d'attesa. La soluzione proposta è di tipo modulare e consente in prospettiva l'espansione e la scalabilità in relazione alle dinamiche evolutive della Sanità territoriale ed ospedaliera. Il sistema, pertanto, dovendo essere "aperto" a possibili evolu-



Unità Sanitaria Locale Lecce

zioni future, si prefigge di essere altamente capace di dialogare con tutti i sistemi diagnostici esistenti, integrandosi ad essi e completandoli, garantendo così il raggiungimento di importanti obiettivi in termini di qualità ed economici, innovando le caratteristiche e le potenzialità dei sistemi ecocardiografici di diagnostica per immagini dell'azienda. Tutto ciò potrà inoltre apportare, quale valore aggiunto, l'erogazione di servizi di telemedicina e teleconsulto, attraverso la possibilità di interconnettere tale rete territoriale, con altre strutture cardiologiche ospedaliere.

La struttura del sistema

Il sistema è costituito da un server centrale PACS (Picture Archiving and Communication System), interfacciato con il sistema informatico esistente, che comunicherà con gli archivi locali sincronizzati posti presso le postazioni periferiche dei laboratori di ecocardiografia, e che sarà accessibile e consultabile via WEB e su una rete virtuale privata (VPN -Virtual Private Network). Le sorgenti di alimentazione del PACS saranno costituite dalle apparecchiature ecocardiografiche dotate dei moduli atti a realizzare delle postazioni DICOM, rendendo così

possibile ed affidabile la comunicazione tra ciascuna postazione e l'archivio PACS centrale. Tale comunicazione dovrà essere inoltre assolutamente bidirezionale per consentire l'integrazione e la sinergia con i sistemi di Anagrafica Regionali e Aziendali e con i sistemi CUP di gestione delle prenotazioni; in tal modo sarà possibile ricevere, in ciascuna postazione, la lista delle prenotazioni dei pazienti e restituire i risultati di ciascun esame effettuato.

Workflow

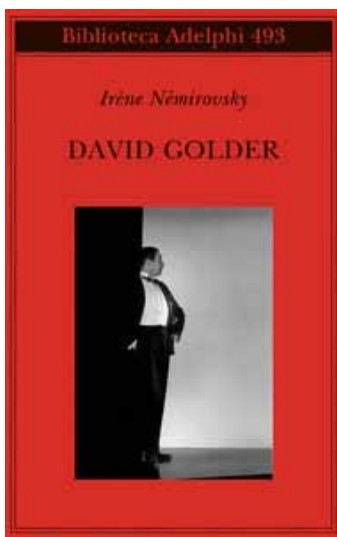
Le postazioni periferiche dotate di ecocardiografi costituiranno i front-end del sistema dove avverrà l'acquisizione: gli ecocardiografi invieranno le immagini/clip acquisiti, attraverso la LAN della struttura ambulatoriale, alla workstation locale di elaborazione e refertazione utilizzando i protocolli DICOM. Su tutte le workstation locali dovranno essere presenti: un buffer di storage tale da consentire la memorizzazione locale di tutti gli esami effettuati in loco (immagini e misure effettuate a bordo dell'ecografo), in grado di agire dunque da mini-server locale. Su tali postazioni dovrà infatti essere possibile rivedere l'esame, analizzarlo (effettuare ulteriori mi-

sure e calcoli o verifiche su misure prese precedentemente) e generare un referto completo. L'archivio sulla postazione locale avrà l'importante ruolo di consentire al distretto di lavorare autonomamente, anche in caso di mancato o rallentato funzionamento della rete, consentendo di non interrompere il servizio ambulatoriale a causa di eventuali problemi tecnici di trasmissione. Inoltre ciò dovrà consentire di precaricare dal server centrale o dall'archivio locale, in base alle liste di lavoro fornite di volta in volta dal CUP, esami precedentemente effettuati dai pazienti prenotati, dando modo così, sia di assicurare una continuità assistenziale sull'intero territorio, sia di evitare la ripetizione di esami già effettuati. Il sistema consentirà, inoltre, tramite web service, anche la visualizzazione di tutte le immagini contenute sul server da qualsiasi PC dotato degli opportuni certificati e credenziali di autenticazione, e a qualunque soggetto dotato delle autorizzazioni necessarie, il tutto al fine di favorire processi di second opinion, anche al di fuori della rete territoriale.



C'era una volta l'infarto

DI MARCO BOBBIO



Irène Némirovsky (Kiev 1904 - Auschwitz 1942) è una scrittrice straordinaria, riscoperta negli anni '90, in seguito alla pubblicazione, a oltre sessant'anni dalla morte, di "Suite francese", salvato rocambolescamente dalla due figlie bambine, in fuga nella Francia occupata dai nazisti. "David Golder" è uscito nel 1929. Romanzo di esordio, profondo, tragico, maturo. Una spietata descrizione del mondo del padre, ricco e potentissimo banchiere russo, costretto all'esilio dalla rivoluzione d'ottobre.

David Golder è un uomo di più di sessant'anni. Non abbiamo bisogno, per motivi di privacy, di mascherarne l'identità, indicandolo con le sue iniziali. Si tratta del protagonista di un affascinante romanzo di Irène Némirovsky. Ha un fisico corpulento, un viso bianco, livido, smorto, in cui spiccano gonfie occhiaie viola, arti grassi e flaccidi. Forte fumatore di sigari (viene spesso colto da una tosse nervosa da asmatico, rauca, sibilante che gli imporpora i tratti del volto), non svolge alcuna attività fisica, ma un lavoro stressante: è un grande finanziere, venuto dal nulla, che investe in petrolio russo, crea e disfa società, investe grandi capitali

in imprese a rischio. È già stato sull'orlo del fallimento alcune volte. È in vagone letto diretto da Parigi a Biarritz. La giornata è stata faticosa. Ha assistito ai funerali di un suo ex-socio che si è suicidato: il giorno prima gli aveva cinicamente negato la compartecipazione a un grande investimento, che l'avrebbe fatto risalire da una bancarotta economica. Non riesce a prendere sonno. "Si rigirò lentamente, si sdraiò sulla schiena, poi di nuovo su un fianco, si appoggiò a un gomito. Tossì, questa volta di proposito, più forte, per liberarsi da una sensazione di fastidio intollerabile nella parte alta del petto e in gola, che però non accennava ad andarsene, anzi. Cominciò a sbadigliare, ma per gli spasmi lo sbadiglio si bloccò a metà, tramutandosi in un rantolo breve e doloroso. Protese il collo, mosse le labbra. Forse era coricato con il capo troppo in basso? Afferrò il soprabito, lo arrotolò, lo infilò sotto il cuscino, poi si tirò su e si mise a sedere. Era ancora peggio. I polmoni sembravano intasati. E... strano... Sentiva un dolore... Sì... un dolore nel petto... alla spalla... dalla parte del cuore... Un brivido improvviso dalla nuca gli guizzò per la schiena «Che cosa mi succede?» bisbigliò a un tratto. Poi a mezza voce, per farsi coraggio, disse:



«Non è niente, passerà subito... non è niente...» e si avvide che stava parlando a voce alta. Inarcò tutto il corpo, nel vano e furioso tentativo di aspirare aria. No, l'aria non passava. Aveva la sensazione che un peso invisibile gli schiacciasse il petto».

Si toglie le coperte, si sbottona la camicia, cerca di accendere la luce, ma *“il dolore alla spalla si faceva più lancinante, sordo, profondo... pareva ancora torbido, ancora mezzo assopito, strisciava in lui, da qualche parte, nell'intimo del suo organismo, alle radici stesse dell'essere, il cuore... in attesa soltanto, per esplodere, di uno sforzo, di un movimento”*. Gli rivengono in mente le immagini della mattina, il cimitero sotto la pioggia, la fossa scavata nell'argilla. *“Distese d'impeto il braccio e un dolore folgorante, insieme acuto e profondo, come una coltellata, come una pallottola, gli trapassò il petto e parve affondare, penetrare fino al cuore. Ebbe il tempo di pensare: «Muio», di sentire che veniva sospinto, precipitato in una sorta di voragine, di imbuto, opprimente, angusto come una tomba”*. Il dolore diventa sempre più acuto, insopportabile. Golder ha una sincope, istanti tremendi, e poi lentamente si riprende. *“La sofferenza acuta era passata. Ma avvertiva in tutto il corpo una sensazione di indolenzimento, come se le sue ossa fossero spezzate, stritolate da pesanti ruote”*. Non ha ancora la forza di chiamare aiuto, non riesce a capire quanto tempo sia passato e quando debba attendere perché arrivi l'alba. *“«Che cos'è? Il cuore». Ma aveva mai avuto noie al cuore?, mai”*. Il treno continua

a correre nella notte. *“Golder gemette. Non sperava più. Non pensava più. Soltanto «Ho paura, ho paura, ho paura» e il cuore gli batteva al galoppo”*. Comincia a intravedere un debole barlume di luce. Piano piano avanza l'alba. *“I battiti tuttavia erano strani, irregolari”*. Ripensa all'amico suicida. In modo sprezzante ritiene di non aver rimorsi e finalmente si addormenta. Si risveglia come se nulla fosse successo. Non confida a nessuno dell'affanno di quella notte in vagone letto, ma ridimensiona i suoi progetti di viaggi. Nei giorni successivi cerca di riposarsi nella sua lussuosa villa, tormentato però da una moglie avida e da una figlia vanesia e spendacciona. Ha un'altra crisi di dolore al petto dopo una notte trascorsa a giocare forti somme alle carte. Al medico, che lo visita il giorno successivo, la moglie sminuisce il fatto.

“«È una cosa da nulla, vero? Mio marito è così impressionabile, nervoso, non può immaginarselo... Se sapesse che notte spaventosa mi ha fatto passare!...». Il dottore alzò solennemente la mano bianca, piccola e tornita e, con voce mutata, esordì *«Devo interromperla subito, signora! La mia prima, in-de-ro-ga-bi-le regola è quella di non permettere che i miei pazienti nutrano il benché minimo sospetto sulla natura del loro male, nel caso in cui comporti un pericolo... certo... Ma, ahimé, ai parenti io sono tenuto a dire la verità, e la mia seconda regola è proprio quella di non celarla mai ai familiari dei miei pazienti... Mai!»* ripeté con forza. *«E quindi? Sta per morire?»* Il dottore le

diede un'occhiata sorpresa, maliziosa, che significava piuttosto chiaramente: «A quanto pare, non servono giri di parole...». Si sedette, accavallò le gambe, rovesciò leggermente la testa all'indietro e rispose con noncuranza: *«Non subito, cara signora...», «Che cos'ha?»*. *«An-gor pectoris» scandì le sillabe latine con evidente piacere.”*

Ritroviamo Golder parecchi mesi dopo su un piroscampo greco che è salpato nel cuore di una notte gelida e tempestosa da un misero porto del Mar Nero, da dove lui stesso era partito quarantotto anni prima, in cerca di fortuna. È arrivato il giorno precedente, dopo un lungo viaggio da Mosca, dove ha sostenuto un'estenuante trattativa di affari. All'improvviso gli pare che il cuore perda un colpo e poi inizi a battere troppo in fretta, accompagnato da un dolore folgorante alla spalla destra. Il dolore cede rapidamente “non è niente. È passato” si rassicura Golder. Esce a prendere una boccata d'aria sul ponte spazzato dal vento e dalle onde che si abbattono sulla nave. Si mette a chiacchierare con un ragazzo che, come lui molti anni prima, emigra, sognando a occhi aperti una vita di lusso e di successi in occidente.

“Di nuovo quel dolore tormentoso all'incavo della spalla, e l'angoscia del cuore che sembrava cessare di battere...”

« Non si sente bene?... È il mal di mare?» «No», risponde Golder con voce fioca, incesplicando nella parole *«no... sono malato di cuore... il mal di mare... sai»*. All'improvviso sentì la voce spaventata del ragazzo chiamare aiuto. Si



alzò in piedi, barcollò violentemente, poi, a braccia tese, annaspò e crollò a terra”. Si ritrova nella cabina con il ragazzo ebreo accanto. Fa chiamare il capitano per chiedergli di farlo arrivare il più presto possibile sulla terra ferma, ma questo, impreca, si dilegua. *“In quell’istante il ragazzo capì che il vecchio Golder stava morendo. Dal suo petto straziato salì, per la prima volta, il rantolo sordo della morte. Passò quasi un’ora. Il ragazzo tremava. Eppure non se ne andava. Ascoltava l’aria che passava nella gola del moribondo con un brontolio profondo e roco, con una forza misteriosa, come se già una vita estranea ne abitasse il corpo”*. A un certo punto Golder si riprende, farfuglia in russo e in yiddish. Riesce a dire al ragazzo il nome di un notaio di Parigi a cui consegnare le carte che ha nella cartella. Firma approssimativamente l’incerto appunto annotato dal ragazzo. *“Sul viso di Golder passò una contrazione improvvisa, un fiotto di sangue sgorgò dagli angoli della bocca, gli bagnò le mani. Il rantolo cessò. Con voce sconvolta il ragazzo gridò «Mi sente ancora, signore?»”* e fugge. Golder è ancora lucido, gli passano le immagini *“sempre più labili e più pallide”* della figlia, del socio suicida, di una via della sua infanzia:

“«David, David...» udì chiamare una voce soffocata, una voce esile, che si perdeva e spezzava di colpo, come trascinata via da una curva della strada. Fu l’ultimo suono terrestre a penetrare fino a lui”.

Commento

Una descrizione insolita e accuratissima di un attacco cardiaco (magari i pazienti ci raccontassero i loro sintomi, con analogo dovizia di particolari e di riflessioni) che ci mostrano la drammaticità e l’angoscia di un dolore stenocardico. Un uomo solo di fronte a un dolore che lacera il petto, grava il respiro, assorbe ogni pensiero, impedisce qualunque movimento, fa tumultare il cuore, sopisce i sensi fino a farli perdere del tutto per pochi istanti. Dapprima David Golder prova a sdrammatizzare, a derubricare il dolore come dovuto a qualcosa di irrilevante; poi viene assalito dal senso della morte incombente, degli ultimi respiri, della speranza che svanisce. Negli anni ‘20 non ci sono elettrocardiogrammi, unità coronariche, enzimi cardiaci, trombolisi, angioplastiche. Il paziente con un attacco cardiaco è abbandonato a se stesso, al suo destino, alla “storia naturale” che non sappiamo più come si svolga. Nessun farmaco, nessuna stratificazione del rischio, nessuna prevenzione secondaria, solo qualche consiglio generico a riguardarsi: in balia di un altro attacco. Per Némirovsky l’attacco cardiaco è una sorta di punizione, di nemesi autopunitiva, la metafora di un comportamento immorale che va espiato: il cinismo di lasciare alla deriva del suicidio un amico, come se quell’episodio stressante fosse l’unica causa del male. Colesterolo, fumo, ipertensione, sedentarietà dovranno ancora venire. ♥



Notte “petripalisa” stellata

DI ANGELO MINGRONE



Presentazione del libro “Dizionario dialettale di Pietrapaola”

Ha ancora senso oggi, nel 2014, in un mondo completamente globalizzato, parlare di tradizioni culturali, di amore per le proprie origini e per il proprio passato, per il dialetto che quasi ognuno di noi da bambino ha parlato e di cui si è nutrito? Riveste ancora significato - persino in Calabria, dove ormai in quasi tutte le famiglie ci si esprime in italiano, e i nostri figli hanno molta più familiarità con anglicismi quali tweet, facebook, taggare, outing e

altro, che con l’idioma nostro e dei nostri padri - coinvolgere le nuove generazioni nella ricerca delle proprie radici e nella riscoperta della tradizione contadina della civiltà cui apparteniamo? Pongo questi interrogativi al lettore, dopo avere trascorso insieme ad alcuni miei amici una splendida serata nel centro storico di Pietrapaola (CS), dove si è svolta la terza edizione della notte “Petripalisa”, ideata per presentare il dizionario del dialetto di Pietrapaola, per celebrare le

tradizioni di un piccolo borgo in Calabria, posto sulle colline prospicienti lo Jonio, e per rivivere con parole ed immagini fatti e luoghi del tempo andato, e scoprire al tempo stesso quanto diversi e quanto uguali siamo rispetto a come prima eravamo. La smania di arrivare per tempo in Paese, percorrendo la strada, piena di tornanti, di 12 Km che dalla Marina porta al Borgo e che purtroppo versa nelle stesse condizioni di diversi anni fa, a parte alcuni rattoppi, ci ha



persino fatto dimenticare di fare rifornimento di carburante, facendoci rischiare di rimanere a secco per strada, e di aggiungere al danno per il rischio del blocco dell'automobile, la beffa di non poter partecipare alla manifestazione. Ma arrivati finalmente in Paese (io e il mio amico Peppino), l'ansia ha ceduto il posto all'eccitazione e alla voglia di coinvolgimento e partecipazione. Prima tappa della festa, Piazza Dema. Visitata l'ultima volta non ricordo quanto tempo fa, ma che è rimasta immutata e del tutto simile a come era nei decenni passati: una piazzetta di paese non troppo vasta (per quanto, come spesso capita quando si fa riferimento a reminiscenze infantili, me la ricordassi assai più grande), circondata da abitazioni di colori diversi e non sempre intonati tra loro, con le mura delle abitazioni qua è là scrostate, ma dall'aspetto antico, pulito e dignitoso. In una delle casette che circonda la piazzetta è nato l'autore del libro presentato nel corso della serata, dando alla scelta del luogo un motivo di ulteriore suggestione e nostalgia. La Piazza era addobbata a festa per l'occasione, con tanta gente del posto e dei paesi confinanti. Ho potuto incontrare molti amici e paesani, ma anche persone che vivono lontano, al Nord Italia, o addirittura all'estero in Germania, Stati Uniti, Canada, Argentina e altrove: il dentista affermato, ex compagno di scuola, che ritorna a Pietrapaola dopo 20 anni, non

resistendo oltre al richiamo del paese natale, o un altro paesano immigrato in Canada da diversi decenni, che racconta con nostalgia dei tempi in cui frequentava la bottega del calzolaio Mastro Relio (Maestro Aurelio), che chiede con insistenza di aiutarlo a cercare i figli del suo maestro, perché ha intenzione di farsi fotografare con il camice che utilizzava per il suo apprendistato, nella bottega da lui frequentata per tanto tempo da bambino. O ancora il nostro anziano sacerdote a riposo, Don Alfonso Cosentino, coriglianese di nascita, ma pietropaolese a tutti gli effetti, per 54 anni alla guida della Curia del Paese del quale rappresenta una delle più importanti memorie storiche, e che per nulla al mondo rinuncerebbe a partecipare a eventi simili. Dopo la presentazione del libro, su cui tornerò, la festa si è trasferita in Piazza Rio - dove del resto si è svolta anche negli altri anni - una piazza assai più grande e spaziosa, capace di ospitare il palco da dove si è esibita la banda musicale del paese, con accanto lo schermo utilizzato per la proiezione da computer di immagini e filmati relativi a luoghi e personaggi e avvenimenti passati a partire dagli anni '50 del secolo scorso. E capace di ospitare anche gli stand gastronomici, gettonatissimi, dove ognuno di noi, senza battere ciglio, si è sobbarcato minuti e minuti di fila pur di poter gustare i deliziosi Cullurelli, dalla ricetta assolutamente identica a quella utilizzata in casa, ma inspiegabil-

mente assai più buoni e gustosi, o la mozzarella preparata sul posto dal massaro della contrada vicina, o la strazzata, sorta di pizza condita con grasso di maiale, per stomaci forti, o altri manicaretti e ghiottonerie. Mentre la banda si esibiva intonando le note del Nabucco di Verdi, sul grande schermo, posto accanto al palco, scorrevano le immagini di piazze, strade viuzze e vicoli, di personaggi umili, ma per noi mitici, di feste e ricorrenze che dagli anni 50, in chiave purtroppo sempre minore, si sono succeduti regolarmente fino ad oggi. Tanti i ricordi e suggestioni durante la proiezione: la Timpa, cioè la roccia che sovrasta il paese e attorno a cui tutto il paese è abbarbicato, da noi pomposamente chiamata Castello, che suscita apprensione nei forestieri perché non osano pensare che cosa ne sarebbe del paese se un frammento di essa precipitasse verso il basso, ma che noi pietrapaolesi consideriamo il nostro grande e buon fratello, custode della nostra memoria, dei pregi e difetti di ognuno, che veglia e protegge i paesani, dovunque essi siano nel mondo; le immagini della processione del giorno di San Domenico, con la statua del Santo portato per le strade del paese e seguita da gente vestita del suo meglio per il giorno di festa; e poi le facce di tante persone note, personaggi per noi mitici, molti dei quali non più tra noi, ma sempre vivi nei nostri ricordi, come il fu maestro di incanti Talarico che dal palco, con grande maestria ed esperienza



Pietrapaola Centro (Cosenza)

gestiva gli incanti, cercando di far lievitare il più possibile i prezzi degli oggetti messi all'asta per cercare di raggranellare qualcosa in più per la festa. E altro e altro ancora. Mentre scorrono le immagini, insieme a amici e conoscenti, facciamo a gara a chi riconosce facce non più viste da decenni, e mi monta un senso di invidia nei confronti di un compagno d'infanzia, perché assai meglio di me ricorda vicoli e facce sfuocate dalla memoria e dalla qualità inevitabilmente non ottimale delle immagini. Quest'anno il piatto forte della manifestazione è stata la presentazione dell'ultimo libro di Nicola Chiarelli: "Dizionario dialettale di Pietrapaola". La presentazione del libro è avvenuta, in Piazza Dema, davanti a tanta gente egualmente incuriosita ed interessata, a cura dell'autore del libro, del Sindaco, del prof. Michele De Luca, esperto a livello nazionale di dialetti calabresi, e di altri personaggi autorevoli del posto. Il volume di poco meno di 500 pagine è stato realizzato dopo anni e anni di lavoro, coinvolgendo tanta gente

alla ricerca di quanto di più interessante potesse venire scritto e ricordato da Nicola Chiarelli, che in età molto giovane è emigrato in Germania, (dove, dopo oltre 50 anni dalla sua partenza, continua a vivere, e dove ha anche insegnato italiano nelle scuole tedesche), in segno di amore e attaccamento al paese che gli ha dato i natali. Contiene circa 11 mila vocaboli tradotti in italiano, ma sono tantissime le parole che non vengono semplicemente tradotte, e che invece danno spunto all'autore per ricordare modi di dire del paese, fatti e personaggi, che quel particolare lemma suggerisce. Così viene fuori un'opera che non è solamente una traduzione dal dialetto all'italiano, ma qualcosa di mezzo tra un almanacco ed una enciclopedia, che apre una finestra, uno spaccato su come eravamo sino a non moltissimi anni fa. L'autore, partendo per la Germania circa 50 anni fa, ha portato con sé, e conservato per come era, quasi come se fosse custodito in uno scrigno, un dialetto assai più genuino ed autentico, rispetto a quello che

viene parlato oggi, soprattutto alla Marina, dove risente inevitabilmente delle influenze linguistiche dei paesi vicini: quello in cui moltissimi di noi si riconoscono, e di cui sono gelosi custodi. Un dialetto, privo di dittonghi, e metaforesi, ma pieno di geminazioni e di "a" turbate, e di altre caratteristiche fonetiche e morfologiche, che tanto lo differenziano dai dialetti dei paesi circostanti e lo rendono immediatamente riconoscibile dai paesani anche a molto lontano di Pietrapaola. Queste caratteristiche linguistiche sono state illustrate assai bene dal prof. Michele De Luca, esperto di dialetti della Calabria, il quale ha spiegato che esse dipendono dal relativo isolamento che per tanto tempo ha caratterizzato Pietrapaola e i suoi abitanti, isolamento tale da giustificare il termine "parrata" al posto di dialetto, per indicare diversità anche assai marcati con i paesi confinanti. Molto apprezzato l'intervento del preside Luciano Crescente, il quale ha approfittato dell'occasione per ricordare che in piazza Dema, hanno vissuto anche i suoi bisnonni oltre ai genitori di Chiarelli, che il libro racconta come eravamo, come erano i nostri genitori, e come portassero avanti, seppure in condizioni di notevoli difficoltà economiche, una cultura del lavoro, del sacrificio, del sudore, e dell'onesta, che è poi quella che ha potuto consentire, a livello nazionale, il miracolo economico e



la rinascita della nostra Nazione. Oggi questa cultura rischia di essere non superata, ma sopraffatta da un'altra assai meno positiva: quella di pretendere tutto e subito, di non commisurare le richieste con le possibilità, quella di dar per scontato che ogni desiderio sia un ordine, anche se così non è. L'autore, infine, commosso ed emozionato per la realizzazione della sua opera e per il successo della presentazione, ha ricordato come l'amore per il dialetto travalica anche i confini della nostra nazione: sua figlia nata in Germania, lo parla correttamente, e ben lo intende la moglie tedesca. Parlare il dialetto significa rompere le barriere di una lingua libresca e imparata a scuola, significa parlare al cuore alla gente e sentirla più vicina. Poi alla fine ha deliziato l'uditorio leggendo una delle sue ultime inedite poesie: "A mmasciata", cioè la dichiarazione d'amore di un giovane verso una giovane (senza alcuna possibilità che qualche generazione fa avvenisse il contrario) fatta non direttamente, ma attraverso i buoni uffici di terze persone:

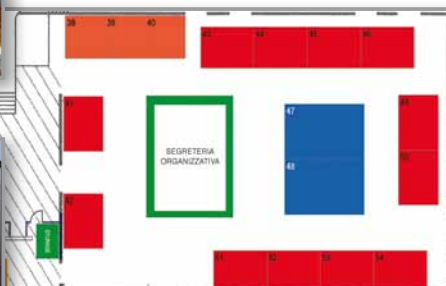
"Quannu s'è fatta zzita a mamma mia/U patre meu ere zappaturu/Avije 28 già finiti/Ntra banda avije sonatu a Calivitu/Nu jurnu, pije e sconte a Teresina/-Oji Teresì, m'he fare na mmasciata!/Sta arrivannu u tempu e mi nsurare/ a fijja ranna e Za Nunziata/comu mujjera mi vojju pijare/A mamma tannu avije 26 anni/ormai a

chine avije d'aspettare?/Assai li piciaje ssu Giovanni/L'ha dittu sinì senza ci pensare".

(Quando si è fidanzata mia mamma/ mio padre faceva lo zappatore/ aveva 28 anni già compiuti/aveva suonato con la banda di Caloveto/ Un giorno prende e incontra Teresina:/ Ohi Teresina devi farmi una imbasciata –una commissione-!/ Sta arrivando il tempo di sposarmi/ la figlia grande di Zia Annunziata/ come moglie vorrei prendere./ Mamma allora aveva 28anni/ormai chi doveva più aspettare?/molto gli piaceva questo Giovanni/Gli ha detto sì senza pensarci affatto). Credo di poter dire che dono più prezioso per il paese non si potesse avere, e che tutta la popolazione del nostro piccolo borgo saprà dimostrare per sempre riconoscenza all'autore. Torno quindi all'interrogativo di partenza: ha senso riscoprire dialetti e tradizioni, forse non più attuali? Ha sicuramente molto senso. Non tanto per la scoperta del dialetto e di quanto sia bello parlarlo: ogni paese in Calabria ha il suo dialetto, sono state pubblicati oltre 150 dizionari di dialetti calabresi, e in ogni paese ognuno ritiene che il suo sia il migliore e ride di quelli degli altri. Ma la scoperta del dialetto e della civiltà di cui è espressione, soprattutto da parte dei giovani è un passaggio storico obbligato, che dà senso e sostanza alle loro esistenze, e che rafforza le radici della civiltà contadina che

ci appartiene. Personalmente, non desidererei affatto che i miei e i figli degli altri ritornassero a vivere in un contesto di indigenza, e di povertà, in un ambiente isolato o quasi dal resto del mondo, dover per spostarsi bisognava svegliarsi presto alla mattina, e attendere che il motore diesel della corriera si scaldasse per mezzora prima di poter partire. E non pretenderei mai che le nuove generazioni, il cui benessere però dipende dai sacrifici delle passate, vivessero in case umide e senza servizi igienici. Senza tema di essere eccessivamente moralista in un periodo di feste e di spensieratezza diffuse, sono certo però che lo spirito di sacrificio e di abnegazione, e di lavoro estenuante per assicurare a figli e nipoti benessere e comodità vada riscoperto e apprezzato. E a questo proposito mi piace citare Aleksandr Isaevi Solženicyn che, di ritorno in Russia dopo l'esilio forzato in USA, diceva che è sventurato quel paese che non ha memoria di sé, o per stare più vicino ai giovani mi piace ricordare le parole di Roberto Baggio, grande campione e talento indiscusso, il quale diceva che senza sacrifici e abnegazione non si arriva da alcuna parte. Ma vedo che molti giovani, diversamente da come sembrerebbe, oggi ne sono consapevoli, e questo mi rende ottimista e mi riempie di fiducia e orgoglio. Un saluto a tutti i colleghi Cardiologi, ma anche ad amici e paesani. ♥

- H East e West Village:** due sale multimediali attrezzate, prospicienti il foyer congressuale, che ospiteranno le sessioni Focus, Forum, Hands-on e Meet the Expert, riservate a un massimo di 50 partecipanti e delimitate da due ampi led wall a proiezione dinamica di 11 x 3 m ciascuno
- H e-Poster:** area dedicata all'esposizione e presentazione dei poster di ricerca in formato elettronico e in modalità interattiva su singoli widescreen posizionati in area espositiva Le Baron
- H Aula Interattiva Multimediale:** 240 postazioni individuali. Ogni postazione individuale è dotata di iPad mini personale, PC monitor e widescreen di tavolo. Organizzate in 24 isole con postazione multimediale finalizzata alla partecipazione alle attività interattive in piccoli gruppi e singolarmente
- H My Congress App:** applicazione mobile per iPhone, iPad, smartphone e tablet Samsung per l'accesso al programma scientifico, alle informazioni e per la fruizione di tutti i servizi offerti al Congresso
- H Segreteria Organizzativa:** all'interno dell'area espositiva
- H Servizi per i Fellow:** lounge riservata e servizi dedicati
- H Congress News Daily:** quotidiano del Congresso in formato elettronico integrato anche nell'App My Congress





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

46°

Congresso Nazionale Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

2015

MILANO

4-6 Giugno 2015

Milan Marriott Hotel

