

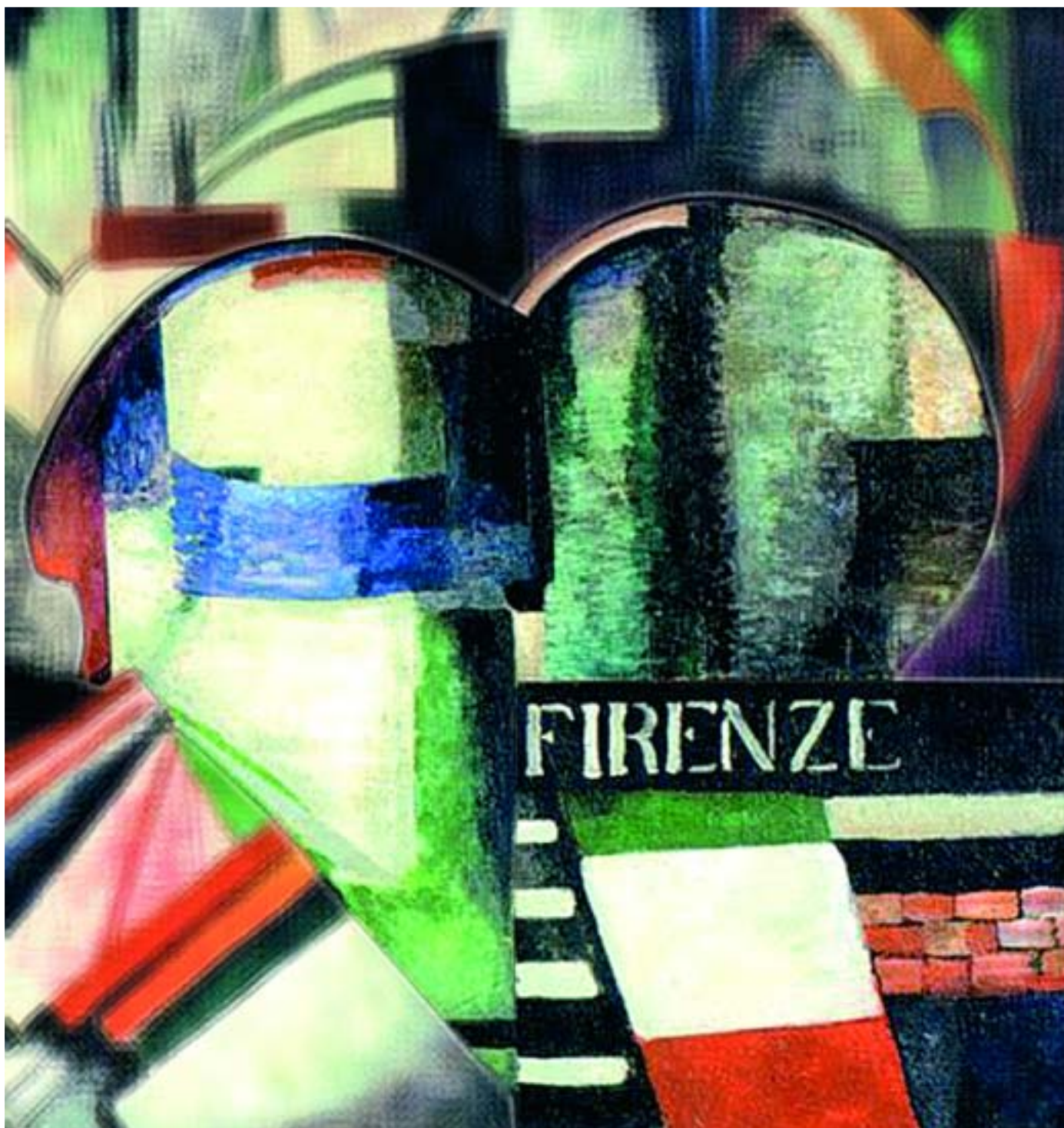


M A G G I O - G I U G N O N . 1 3 3



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDILOGI OSPEDALIERI - ANMCO

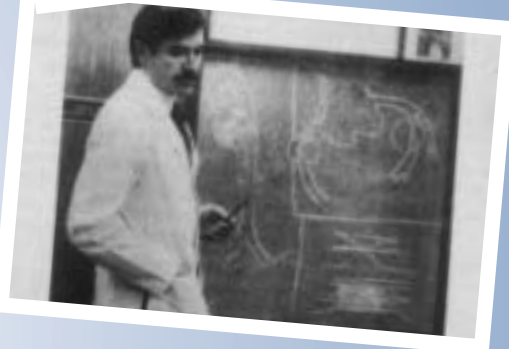


**A**MICI DELL'ANMCO

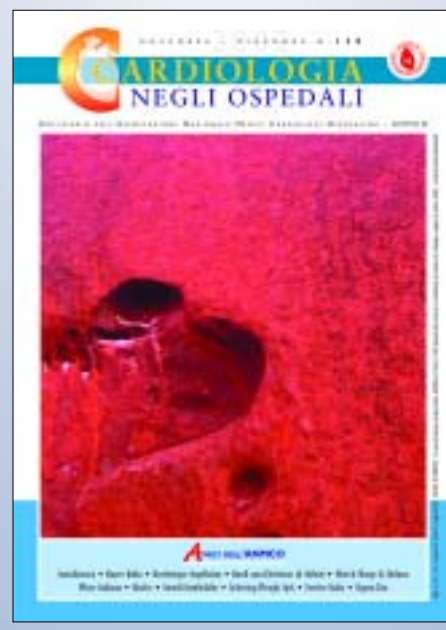
AstraZeneca • Aventis • Boehringer Ingelheim • Knoll una Divisione di Abbott • Merck Sharp & Dohme  
Pfizer Italiana • Roche • Sanofi-Synthelabo • Schering-Plough SpA • Servier Italia • Sigma-Tau

## ANMCO: "crescit eundo"

Pensare a 40 anni di storia dell'ANMCO significa pensare alla storia stessa del nostro lavoro. Una storia di progresso, di ricerca, di scoperte, che corre parallela all'evoluzione civile, sociale ed economica del nostro Paese nella quale tutti, nessuno escluso, ci sentiamo in parte artefici e in parte testimoni. L'ANMCO nacque negli anni della modernizzazione dell'Italia, oggi senza dubbio rappresenta un'espressione viva di questa realtà grazie all'opera dei suoi Associati, alla novità delle sue idee, alla qualità delle sue ricerche, alle nuove strategie di comunicazione e formazione.



## "Il futuro è nel passato"



Si deve attendere un pezzo prima che la cronaca si camuffi in storia  
solo allora il volo di una formica  
(il solo che interessi) sarà d'aquila  
solo allora il fischio del pipistrello  
sarà la tromba del Giudizio...

EUGENIO MONTALE

## IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL PRESIDENTE
- 6 DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA
- 12 DALL'AMERICAN HEART ASSOCIATION
- 21 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 23 DAL CENTRO FORMAZIONE ANMCO
- 26 DAL GISSI
- 28 DAL CENTRO STUDI
- 30 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 41 DALLE AREE  
Aritmie - Emergenza-Urgenza  
Informatica  
Malattie del Circolo Polmonare  
Nursing - Prevenzione - Scompenso
- 60 DALLE REGIONI  
Lombardia - Molise
- 65 FORUM
- 69 CUORI ALLO SPECCHIO
- 73 VIAGGIO INTORNO AL CUORE

## INDICE:

- 2 LA MACCHINA VA (ATTRAVERSO LE STAGIONI)  
*di Alessandro Boccanelli*
- 6 IL DOCUMENTO DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA SU "STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA"  
*di Gian Luigi Nicolosi*
- 11 LETTERA DALL'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
- 12 LETTERA DAL PRESIDENTE DELL'AMERICAN HEART ASSOCIATION
- 13 LA DIFFICILE SFIDA DEL SAPER BILANCIARE LA RICERCA SCIENTIFICA CON LA SUA DIFFUSIONE (THE CHALLENGE OF BALANCING SCIENTIFIC DISCOVERY AND TRASLATION)  
*di Robert O. Bonow*
- 21 "DAL TESORIERE"  
*di Francesco Bovenzi*
- 23 LA "CASCATA FORMATIVA": I CORSI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE DI BASE ED AVANZATA  
*a cura dei Coordinatori del Comitato Scientifico per i Corsi BLS-D, ACLS*
- 26 IL GISSI HA CAMBIATO IL MODO DI FARE RICERCA IN CARDIOLOGIA. E NON SOLO IN ITALIA  
*di M.G. Franzosi, G. Tognoni, A.P. Maggioni, F. Mauri*
- 28 DALL'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY RISULTATI INCORAGGIANTI PER LE NOSTRE RICERCHE  
*di Aldo Pietro Maggioni*
- 30 NOVITÀ DA HEART CARE FOUNDATION  
*di Franco Valagussa*
- 34 FELLOWSHIP ANMCO
- 42 AIAC E ANMCO: RUOLI DIVERSI E INTERRELAZIONI IN FAVORE DELLO SVILUPPO DELLA ARITMOLOGIA ITALIANA  
*di Pietro Delise*
- 44 AMPIA ADESIONE DELLA CARDIOLOGIA ITALIANA AL BLITZ-2  
*di Francesco Chiarella e Leonardo Bolognese*
- 46 GLI SVILUPPI DEL G8-CARDIO ANMCO  
*a cura del Comitato di Coordinamento*
- 49 ORIGINI, NASCITA E PROGRAMMI DELLA NUOVA AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE  
*a cura del Comitato di Coordinamento*
- 51 UNO SGUARDO... AL FUTURO!  
*di Domenico Miceli*
- 55 LE INIZIATIVE EDITORIALI PER IL 2003  
*di Pompilio Faggiano e Massimo Uguccione*
- 57 SCOMPENSO CARDIACO, DISFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA E DIABETE MELLITO  
*di Andrea Di Lenarda, Luigi Tarantini, e Pompilio Faggiano*
- 60 SPESA SANITARIA, DRGS, APPROPRIATEZZA  
*di Antonio Vincenti*
- 63 L'ANMCO MOLISE È IN FIBRILLAZIONE  
*di Vanda Mazza*
- 65 ANCORA A PROPOSITO DELLA CARDIOLOGIA GERIATRICA  
*di Carlo Bonacci*
- 66 I CARDIOLOGI E LA SARS  
*di Carlo D'Agostino e Francesco Bovenzi*
- 68 GIORNALISTI/CARDIOLOGI: FACCIAMO GOAL NELLA STESSA PORTA  
*di Carla Massi*
- 69 L'INTERVISTA A LUIGI COLONNA SCRITTA NEL LIBRO DEI SOGNI  
*di Francesco Bovenzi*
- 73 IL VALORE DELL'AMICIZIA DA ARISTOTELE AL CRISTIANESIMO  
*di Luigi Colonna*



In copertina particolare dell'opera:

"Firenze", di Alexandra Exter, Moscow, State Tretyakov Gallery esposta al MART (Museo di Arte Moderna e Contemporanea di Trento e Rovereto)



## LA MACCHINA VA (ATTRAVERSO LE STAGIONI)

**L**a macchina va. Quella bella automobile che ci è stata affidata da giugno del 2002 ha percorso molta strada, abbiamo tirato il motore, ci siamo dovuti fermare più di una volta ai box per un po' di manutenzione, qualche volta l'abbiamo trattata come un fuoristrada per esplorare strade insolite e non ancora percorse. Azioni e reazioni formano l'esperienza e la conoscenza: abbiamo imparato che cosa è il nostro mondo ANMCO provocandolo e studiandone le risposte; abbiamo cercato rapporti con il mondo esterno all'ANMCO per misurare la nostra forza e per darci una immagine obiettiva di chi siamo nel panorama della nostra società. Di conseguenza, in questa fase matura del nostro mandato, la creatività della fase iniziale può essere meglio incanalata su obiettivi realistici e meno sfocati di quanto apparissero all'inizio. Ripercorriamoli brevemente, questi obiettivi, e vediamo quali commenti si possono fare.

### UNITÀ DELLA CARDIOLOGIA, RAPPORTI CON LA FEDERAZIONE E LE ISTITUZIONI

Lo strumento – documento “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” è pronto. Questo risultato si è ottenuto soprattutto grazie all'impegno di Gian Luigi Nicolosi. È stata coinvolta la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), si sono attivate 6 commissioni miste ANMCO-SIC (coordinatore per la SIC Angelo Branzi), è stata richiesta e ottenuta la fattiva collaborazione degli economisti sanitari della scuola di Federico Spandonaro e ne è nato un documento molto buono, che è arrivato sul tavolo del Consiglio Direttivo dell'ANMCO il 9 maggio ed è stato consegnato per la discussione ai nostri Presidenti Regionali nel Consiglio Nazionale del 10 maggio. Il documento verrà illustrato nel Simposio FIC che precede l'apertura del XXXIV Congresso ANMCO in presenza del Ministro della Salute e di molte Autorità Sanitarie. È un documento realistico e moderno, che, attraverso il concetto di “reti integrate” ben si adatta a realtà diverse come quelle che scaturiscono dalla regionalizzazione della sanità. È lo strumento con cui i nostri Presidenti Regionali potranno porsi come interlocutori esperti nelle proprie realtà regionali.

È stato ottenuto in molte regioni, in accordo con i colleghi della SIC, un ottimo rapporto con le Istituzioni per la collaborazione alla stesura dei piani sanitari regionali per la Cardiologia. Un possibile ostacolo a questo processo può essere rappresentato dal disaccordo locale tra le diverse società scientifiche: ai nostri Presidenti Regionali viene raccomandata costantemente la correttezza ed il rispetto delle diverse componenti della Cardiologia e la ricerca di collaborazione in ambito di ricerca e formazione, poiché lo spendere energie per faide interne alla Cardiologia distrae dal problema di fondo rappresentato dal rischio di smembramento della Cardiologia ospedaliera. L'obiettivo politico principale dell'ANMCO è quello di difendere l'Unità della Cardiologia e questo si fa soltanto con la elaborazione di argomenti forti a difesa dell'interesse centrale del paziente con cardiopatia, costruendogli intorno un sistema cardiologico unitario. Per-



N. 133 - maggio/giugno 2003

Bollettino ufficiale dell'Associazione  
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

**Francesco Boncompagni**

Co-Editor:

**Francesco Bovenzi**

Comitato di Redazione:

**Antonio Mafri, Giuseppe Vergara**

Segreteria di Redazione:

**Simonetta Ricci**

Segreteria Nazionale:

**ANMCO**

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

E-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

**Pier Filippo Fazzini**

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74

E.C.O. srl Edizioni

Cardiologiche Ospedaliere

Stampa: Tipografia Kleine Schnel

Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze



404 008  
LOW EMISSIONS DURING  
PRODUCTION



**Pablo Picasso, *Donne corrono sulla sabbia***

dere tempo con diatribe intersocietarie è pura follia, che si combatte solo con la pazienza, la modestia, il dialogo, il riconoscimento reciproco dei ruoli. In questo senso, in attesa che maturi il progetto federativo (che Luigi Tavazzi sta perseguendo con grande e paziente impegno) l'ANMCO ha stabilito rapporti di collaborazione in ambito formativo e di ricerca con tutte le società cardiologiche.

### **L'ACCORDO CON L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

Il 21 gennaio 2003 è stato firmato un accordo triennale tra l'Istituto Superiore di Sanità e ANMCO-Heart Care Foundation (HCF) grazie al quale l'Istituto e la Società Scientifica collaborano per programmi di rilevazione epidemiologica, progetti di educazione sanitaria, verifica degli esiti delle cure in Cardiologia. Questo accordo, che già aveva portato allo sviluppo

dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, ha in gestazione progetti ambiziosi. Verrà presentato al nostro XXXIV Congresso l'Atlante del Cuore ed è di questi giorni la stesura di un protocollo di verifica della qualità delle cure dell'infarto miocardico in collaborazione con la nostra Area Emergenza-Urgenza. Questa esperienza nazionale avrà una ricaduta regionale sui processi di accreditamento delle strutture cardiologiche, di cui stiamo costruendo gli indicatori attraverso il documento FIC e l'accordo con l'Istituto.

È in corso di elaborazione da parte di HCF un progetto educativo e di ricerca sul ritardo evitabile. Per questi progetti è stato costituito un Comitato Scientifico congiunto ANMCO-HCF-Istituto di Sanità rappresentato, per l'ANMCO-HCF dai Presidenti di ANMCO e di HCF oltre che da Diego Vannuzzo e, per l'Istituto Superiore di Sanità, da Donato Greco, Simona Giampaoli e Gino Tarchi.

### **LA RICERCA E I FONDI**

In questo ambito ci sono da fare alcune riflessioni. Abbiamo attivato un meccanismo di "chiamata alle armi" delle nostre Aree e dei singoli per la elaborazione di progetti di ricerca. Ne sono venuti a maturazione molti, di cui si ha notizia nella brochure edita a cura del Centro Studi. Un Comitato Scientifico eccellente, guidato da Giuseppe Steffenino, ha valutato con grande perizia i protocolli di studio e, grazie agli emendamenti proposti, sono arrivati sul tavolo del Consiglio Direttivo progetti di ricerca ineccepibili.

Il problema nasce nel momento in cui, dopo che il Centro Studi ha valutato i costi, occorre trovare il finanziamento: sono sorte difficoltà per il Registro delle Cardiomiopatie Eredo-Familiari, per lo Studio Epidemiologico sulla Morte Improvvisa, per lo studio genetico sulla Fibrillazione Atriale come per altri importanti studi. Gli sponsor tradizionali, ovvero le Aziende Farmaceutiche o Elettromedicali, intervengono (logicamente) solo laddove riconoscano un proprio interesse in termini di possibile ricaduta economica. I fondi pubblici sono scarsi e di difficile accesso, la Heart Care Foundation, che ha come obiettivo la ricerca di fondi, non ha ancora una forza contrattuale tale da riuscire bene in questo scopo. La ricerca di "fonti alternative di energia", ovvero la creazione di un Centro Servizi dell'ANMCO capace di mettere a frutto economico le capacità intellettuali della Società Scientifica, incontra al nostro interno forti resistenze, legate al concetto che una Società Scientifica non può "scadere di tono" dedicandosi anche ad attività commerciali. In realtà, queste attività commerciali noi le

facciamo già, e il farle solo con l'Industria Farmaceutica è imprudente perché, quando venisse a mancare questa fonte di energia, non ne avremmo altre pronte per sostituirla. Insisteremo sul dibattito relativo al Centro Servizi.

Un'altra fonte di finanziamento è l'accesso a Fondi Europei: questo è un percorso da fare, che passa attraverso la internazionalizzazione della nostra ricerca, poiché i Fondi Europei vengono erogati a progetti che vedano coinvolti più Paesi o Istituzioni della Comunità Europea. Ci muoveremo, d'accordo con il Centro Studi, per perseguire con maggiore efficacia questo obiettivo.

Mancano progetti di ricerca di base: questo è nella natura delle cose, in quanto gli Ospedali non fanno questo tipo di attività. Alcuni Centri di eccellenza, comunque, sono identificati e vanno ricercati e perseguiti progetti di collaborazione con Istituti Universitari.

Quello della ricerca non vuole essere il solito lamento: la creatività e la progettualità non mancano, vogliamo trovare i fondi per non deluderle e in qualche modo, anche parziale, ci riusciremo.

## LA FORMAZIONE E IL CONGRESSO

Abbiamo investito molto nella formazione, uno dei compiti istituzionali dell'ANMCO. È stato istituito il Centro di Formazione ANMCO, la cui conduzione è stata affidata al Vicepresidente per le Attività Culturali Marino Scherillo, con personale di Segreteria dedicato. Ne è emerso un programma molto folto, con 137 corsi residenziali, Consensus Conference, Campagne Educazionali Nazionali.

La professionalizzazione in questo settore è uno degli obiettivi che ci siamo posti, attraverso istruzioni rigorose per la preparazione del materiale didattico, la formazione di tutor, lo snellimento delle procedure di accreditamento. Sono stati condotti esperimenti di formazione a distanza che ci fanno essere pronti per il momento in cui questa modalità di apprendimento sarà accreditabile. Presso la Sede ANMCO è in costruzione una biblioteca multimediale che verrà messa a disposizione degli Associati per eventi formativi locali, che nasce dalla collaborazione di tutti.

Anche il Congresso, quest'anno, è un esperimento. Sono stati proposti 50 eventi seminari di 1 ora a numero chiuso, ad alto impatto didattico attraverso la interattività. In base a questa esperienza potremo nelle prossime edizioni aggiustare il tiro. Altre novità sono le sessioni plenarie, che sono state portate a 5. Apriremo, dopo il Congresso, sul Sito ANMCO, una linea di commento per ricevere i suggerimenti degli Associati.

## I NETWORK ED I REGISTRI

Uno dei punti di forza dell'ANMCO è la capacità di lavorare come rete. Questo rende possibile la raccolta di dati epidemiologici in modo rapido ed efficiente e, di conseguenza, disegnare strategie di intervento. C'è stato molto dibattito relativo alle vie di modernizzazione dei nostri sistemi di collegamento. È per il momento accantonata l'idea di un Intranet della Cardiologia, che è apparsa eccessivamente costosa e ben sostituibile dalla utilizzazione di Internet con adeguati sistemi di sicurezza. Grazie alla integrazione del lavoro dell'Area Informatica con quello dell'Area Emergenza-Urgenza è finalmente pronto il "Minimal Data Set" per la costruzione del Registro delle Sindromi Coronariche Acute, che si andrà ad affiancare a quello dello Scompensamento Cardiaco. Lo studio Blitz 2, oggi in corso, vuole essere la premessa per testare la connessione attraverso Internet delle strutture cardiologiche mediante la trasmissione di molti dati contenuti all'interno del "Minimal Data Set", delle SCA.



Le quattro stagioni, miniatura, 1490-1495



**Ambrogio Lorenzetti, Fede, Speranza e Carità intorno al Bene Comune**

Il progetto G8-Cardio ANMCO è stato oggetto di un faticoso riadattamento: hanno coinciso la cessazione del contratto con Philips e la maturazione dell'esigenza di portare su sistema web il progetto. Finalmente abbiamo sul tavolo 4 offerte di sviluppo e l'assegnazione dell'incarico verrà fatta nel corso del Congresso con la consulenza dell'Area informatica. Il G8-Cardio ANMCO continuerà a vedere la collaborazione di ANMCO, SIEC (Società Italiana di Ecocardiografia Cardiovascolare), GISE (Società Italiana di Cardiologia Invasiva), AIAC (Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione), GICR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa) e GICN (Gruppo Italiano di Cardiologia Nucleare). Verrà data la precedenza allo sviluppo della Rete della Prevenzione, che è la più pronta ad utilizzare il software.

Il progetto generale, quindi, è quello di arrivare, entro un anno, ad avere, funzionanti, accanto al Registro dello Scopenso Cardiaco, quello delle Sindromi Coronariche Acute e quello della Prevenzione.

### **LE ATTIVITÀ REGIONALI**

Il collegamento tra il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale è attivo e costante: questo consente un continuo aggiustamento di rotta reciproco. Le attività regionali sono vivaci, sia in ambito di ricerca che di formazione; vengono monitorati costantemente, perché possano essere trasferite le esperienze ad altre regioni, i rapporti con le Autorità Sanitarie regionali.

### **L'IMMAGINE DELL'ANMCO**

L'ufficio stampa dell'ANMCO sta funzionando bene e costituisce una buona cassa di risonanza per le attività centrali e locali. Ad oggi dal settembre 2002 sono stati pubblicati 103 articoli su quotidiani, 43 su riviste con 32 passaggi radiotelevisivi in cui si è parlato del lavoro dell'ANMCO e della Heart Care Foundation.

Le cose da dire e raccontare sarebbero tante, ma mi devo fermare perché l'obbligo è di non parlare o scrivere troppo.

Non mancheranno comunque le occasioni di comunicazione e l'Assemblea Generale del prossimo Congresso sarà la prima in ordine di tempo una sola annata: quest'anno l'ANMCO compie quaranta anni, epoca in cui, si dice, comincia la vita. È vero, la nostra Associazione si sta rivelando quanto mai vivace e con voglia di fare: Auguri, ANMCO!

***Il Congresso Nazionale rappresenta un momento focale di altissimo rilievo per la nostra Associazione. Sarebbe utile avere un parere sulla manifestazione da parte di chi vi ha partecipato, per poter migliorare la qualità dell'evento.***

***A tal fine è possibile esprimere le proprie valutazioni accedendo al "newsgroup" dell'ANMCO (sul sito [www.anmco.it](http://www.anmco.it)). Vi rammento che l'accesso al newsgroup è consentito ai soli Soci, tramite login e password forniti dalla Segreteria ANMCO. In alternativa è possibile scrivere all'indirizzo di posta elettronica [congresso@anmco.it](mailto:congresso@anmco.it).***

***Per ovi motivi saranno prese in considerazione esclusivamente le note provenienti da utenti che si identifichino con il proprio nome, cognome e ruolo istituzionale.***

**Carlo D'Agostino**  
COORDINATORE SITO WEB ANMCO

## IL DOCUMENTO DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA SU “STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA”



**L**a Società Italiana di Cardiologia (SIC) e l'ANMCO, non ancora federate nella Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), avevano compiuto nel 1996 uno sforzo strategico comune altamente significativo con la produzione del primo documento congiunto su “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” (Figura 1).

Da allora molte cose sono cambiate, e non solo in Sanità. È riemersa quindi forte l'esigenza di una nuova revisione, o meglio di una nuova stesura del documento, che tenesse conto di un obiettivo non facilmente raggiungibile, e quasi mai raggiunto in precedenza: quello di arrivare a un prodotto fruibile, leggibile e soprattutto utile e utilizzabile da parte del decisore e del programmatore pubblico e istituzionale, sia a livello nazionale, che regionale e locale.

Il primo punto programmatico del Consiglio Direttivo ANMCO che si è insediato nel giugno 2002 è stato quello di cercare di fornire ai Cardiologi italiani uno strumento con cui poter dialogare in un contesto di organizzazione sanitaria in forte movimento evolutivo.

Di conseguenza, è stato richiesto alla Federazione Italiana di Cardiologia di farsi promotrice, coinvolgendo la Società Italiana di Cardiologia, della realizzazione del documento. La FIC ha accolto l'invito e questo ha portato all'incarico formale da parte della FIC a due Referenti, uno ANMCO (il sottoscritto) e uno SIC (il Prof. Angelo Branzi) perché avviassero l'iniziativa.

La prima riunione per avviare la preparazione del progetto si è tenuta a Berlino, nell'ambito del Congresso della Società Europea di Cardiologia, il 1° settembre 2002.

Sul numero 130 di *Cardiologia negli Ospedali* (novembre-dicembre 2002) è stata pubblicata a pagina 15 la prima bozza architettuale del documento stesso, condivisa e approfondita in accordo fra SIC, ANMCO e FIC.

Il piano di lavoro prevedeva sei grandi capitoli affidati a sei corrispondenti Commissioni miste ANMCO, SIC,



**Fig. 1**





**Piero Della Francesca, Veduta della città ideale**

coordinate da tre Soci ANMCO e tre Soci SIC, identificati dai Direttivi delle rispettive Società, così come tutti i componenti delle singole Commissioni.

Il mandato per ogni Commissione, anch'esso condiviso e concordato fra i Direttivi delle Società coinvolte, era quello di partire dalla base logica del documento del 1996, sviluppando il rationale che viene riportato di seguito per ogni singola Commissione.

#### **A. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELL'EMERGENZA CARDIOLOGICA**

L'assistenza al paziente cardiopatico acuto e la rete integrata dell'emergenza secondo bacini d'utenza (area vasta, provincia, area metropolitana, area rurale, ecc.), concentrandosi su sindromi coronariche acute, aritmie maggiori e arresto cardiaco: collaborazione con il 118.

Vanno definiti i percorsi diagnostico terapeutici e la centralità referenziale della Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) in tale contesto.

Va definita la relazione organizzativa con la Cardiocirurgia.

*P.A. RAVAZZI (Coordinatore)*

L. BOLOGNESE, E. HOFFMANN, M. MARZEGALLI, G. MELANDRI,  
M. SANTOMAURO, C. VALFRÉ, C. VASSANELLI, R. VERGASSOLA

#### **B. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DEL PAZIENTE CRONICO**

L'assistenza al paziente cardiopatico cronico fra prevenzione e riabilitazione secondo bacini d'utenza (area vasta, provincia, area metropolitana, area rurale, ecc.), concentrandosi su scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica cronica, polipatologie dell'anziano, ecc., attraverso un modello di rete integrata con le altre specialità coinvolte (medicina interna, pneumologia, nefrologia, diabetologia, medicina d'Urgenza, Medicina Generale, cardiologi del territorio, ecc.).

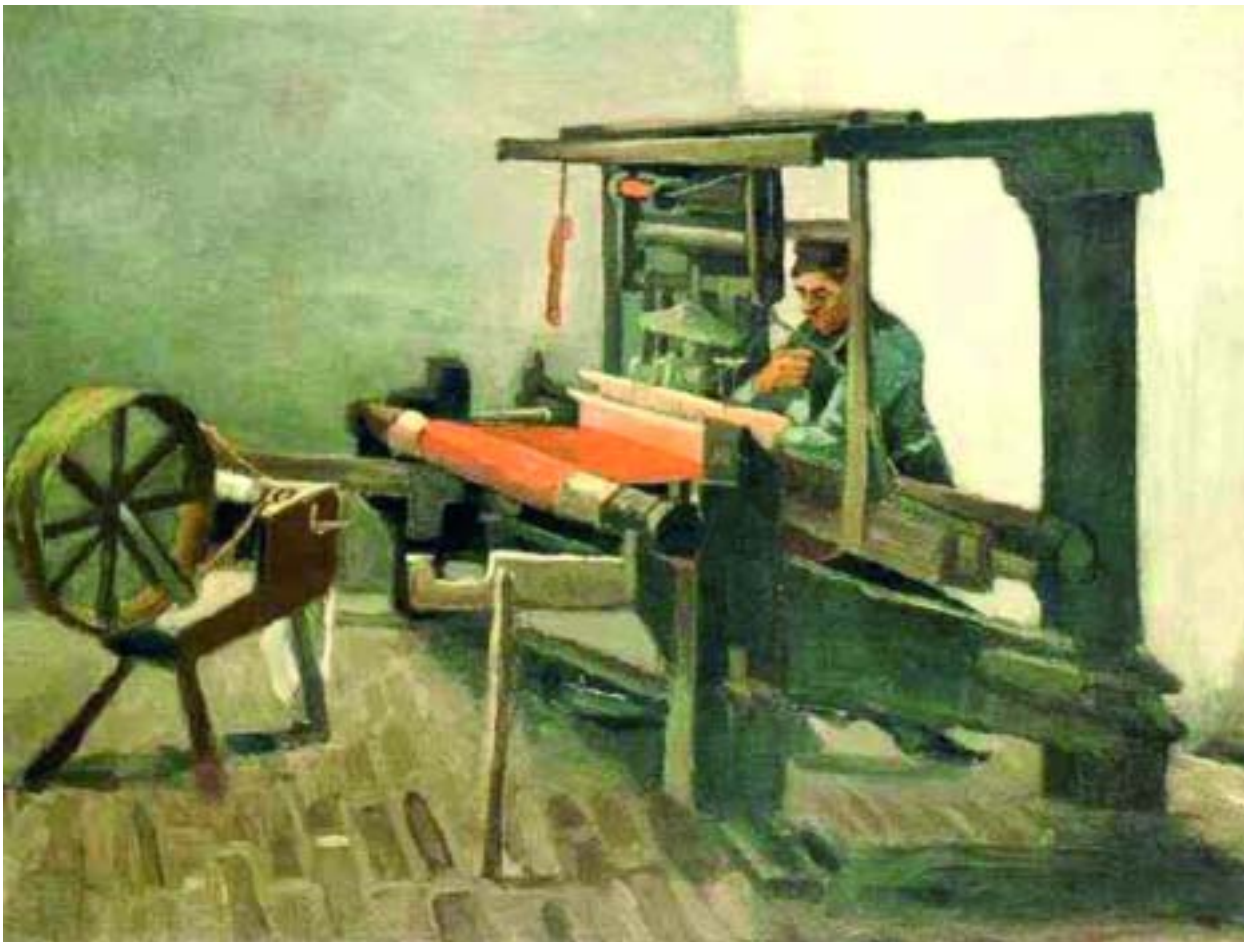
Vanno definiti percorsi diagnostico terapeutici e la centralità referenziale della degenza cardiologica (Reparto) in tale contesto, in rapporto anche con la prevenzione secondaria e la riabilitazione cardiologica.

*C. RAPEZZI (Coordinatore)*

P.G. AGOSTONI, C. CHIEFFO, A. DI LENARDA, M. METRA,  
C. OPASICH, A. PENTA DE PEPPA, L. ZANOLLA

#### **C. EPIDEMIOLOGIA NAZIONALE E REGIONALE**

La realtà cardiologica italiana e il "total cardiovascular burden" sul Servizio Sanitario Nazionale (dati dal Censimento ANMCO-SIC delle strutture cardiologiche, anno 2000 e dati di morbilità e mortalità da ricavare dal Mini-



Vincent Van Gogh, *Il tessitore*

stero della Salute, dalle schede SDO, dall'ISTAT, ecc.): come coniugare la realtà nazionale con il processo di regionalizzazione (analisi nazionale e per aree nord, centro e sud).

A. GANAU (*Coordinatore*)

S. GIAMPAOLI, R. MARIOTTI, R. RAZZOLINI, F. VALAGUSSA,  
D. VANUZZO

#### **D. APPROPRIATEZZA CLINICA STRUMENTALE E STRUTTURALE**

Come definire il costo del disease-management e dei percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici (economia sanitaria tra tariffe e costi reali).

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la regionalizzazione: differenti modelli organizzativi e applicativi (dalle legislazioni nazionali e regionali e dal PSN).

Quale Cardiologia per oggi e per domani: fra disgregazione e superspecializzazione: come recuperare la specificità cardiologica e la continuità assistenziale per il cittadino attraverso modelli di rete cardiologica integrata, superando l'organizzazione dipartimentale, per il mantenimento continuo della qualità.

Quale cardiologo e quale infermiere per la Cardiologia di oggi e di domani (dalla identità in evoluzione alla formazione continua e all'accreditamento sul campo).

U. GUIDUCCI (*Coordinatore*)

P. ASSENNATO, M. CICCONE, G. DI EUSANIO, A. MAFRICI,  
F. PISCIONE, C. SCHWEIGER, I. TRITTO, G. VERGARA

## **E. LISTE DI ATTESA**

Il problema delle liste di attesa in Cardiologia: risposte per il Servizio Sanitario Nazionale fra consumismo sanitario e appropriatezza.

*G. PINELLI (Coordinatore)*

P. MARINO, G. MARIOTTI, G.L. NICOLOSI, S. NODARI

## **F. CARDIOPATIE CONGENITE IN ETÀ PEDIATRICA E ADULTA**

La rete assistenziale per le cardiopatie congenite in età pediatrica e adulta e le malattie cardiovascolari pediatriche.

*R. CALABRÒ (Coordinatore)*

L. BALLERINI, M. CARMINATI, L. DALIENTO, I. DE LUCA,

S. FAVILLI, F.M. PICCHIO, G. STELLIN

Un aspetto particolarmente innovativo di questo progetto è stato quello di inserire nell'ambito di ogni singola Commissione Economisti esperti della Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata, coordinati dal Prof. Federico Spandonaro. Le loro professionalità ed esperienze ci hanno consentito di modificare il taglio e lo stile degli elaborati delle singole Commissioni e del Documento completo assemblato in Bozza, così da renderlo consono alle esigenze del decisore e programmatore pubblico cui lo stesso sarà destinato.

In questi mesi è stato compiuto un lavoro veramente notevole ed encomiabile da parte di tutte le Commissioni e di tutte le professionalità coinvolte: è quindi ormai prossima la scadenza della consegna ai Direttivi ANMCO, SIC e FIC della prima BOZZA completa del Documento per la dovuta disamina che porterà, attraverso tutte le possibili correzioni e miglioramenti ritenuti utili e opportuni, all'approvazione finale prima della presentazione del Documento stesso alla comunità cardiologica e alcuni rappresentanti di politici e amministratori del mondo della salute.

Tale presentazione verrà effettuata prima dell'apertura del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO a Firenze il 31 maggio 2003 alle ore 16.30 presso l'Auditorium del Palazzo dei Congressi.

Ha assicurato la sua presenza anche il Ministro della Salute Girolamo Sirchia.

Quale può essere il significato di questo documento per l'ANMCO in particolare e per la Cardiologia Italiana in generale?

È questo il tempo in cui si sta concretizzando nelle diverse Regioni la realtà della "regionalizzazione della Sanità". Il tutto non si è verificato in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale e ancora il processo non è a regime, neppure nelle realtà più avanzate. È chiaro però che questa è una direzione senza ritorno ed un processo per il quale siamo tutti ancora un po' troppo spettatori e troppo poco attori.

È facile trovare ampie giustificazioni. Il decisore pubblico non ci interpella in maniera sistematica, avremmo piacere che qualcun altro proponesse progetti e soluzioni, magari da criticare e osteggiare, forse non abbiamo ancora tutti imparato che anche in questo ambito "l'unione fa la forza".

I fatti dicono invece che vengono ancora qua e là privilegiate competizioni e disarmonie, spesso incentrate sulla apertura di questo o quel laboratorio, che trova magari una replica a pochi chilometri di distanza. Forse non siamo ancora convinti che sarebbe meglio accordarsi prima, dividerci i compiti in maniera concordata, e andare poi dal decisore pubblico con progetti di ampio respiro, che coinvolgano magari più cardiologie, sia piccole e periferiche, che di maggiori dimensioni, in organizzazioni a rete per ogni definita area geografica di ri-

ferimento. Tali progetti avrebbero anche la potenzialità, coinvolgendo possibilmente più Aziende, di presentarsi agli amministratori molto positivamente dal punto di vista dei costi.

I risparmi sarebbero infatti consistenti e dimostrabili, se i progetti fossero incentrati sulla riduzione dei ricoveri ripetuti, delle prestazioni inappropriate, della centralizzazione esasperata per quanto invece è risolvibile, in termini di risposta di salute, anche a livello più periferico.

Credo dobbiamo quindi scoprirci per il futuro ancora più attivi di quanto lo siamo stati, per diventare sempre di più propositori e sostenitori di soluzioni strategiche in rete, organizzate per bacini di utenza (province, aree vaste, aree metropolitane), quali propugnatori della continuità assistenziale per il paziente, piuttosto che, pericolosamente, cedere alla lusinga di diventare soltanto fornitori di prestazioni, anche se di altissima tecnologia e sofisticazione.

Anche a livello internazionale sta crescendo il pensiero e la discussione su come e chi sarà il cardiologo di domani. È importante che in questo percorso di crescita collettiva e individuale non ci dividiamo ancora sulle barricate delle nostre diverse superspecializzazioni ipertecnologiche.

Credo che in realtà ci sia “posto” per tutti, per i clinici, purché non troppo “puri”, per gli interventisti, purché non troppo “duri”, per i preventivologi, purché non troppo “aristocratici”, per i riabilitatori, purché non troppo “accentratori”. Dovrebbero anche finire, se possibile, il delirio di onnipotenza di qualche “super centro” di riferimento, talora inaccessibile, ma anche la frustrazione lamentosa e sistematica di molti piccoli centri, per i quali può risultare più facile percorrere la strada dell'autocommiserazione e della critica aprioristica, invece che cercare di produrre progetti che possano far caratterizzare il proprio ambulatorio oltre e al disopra del continuo, reiterato, abitudinario e autoindotto follow-up di patologia cronica stabile o di ipertensione arteriosa non complicata, gestibile e gestita in altre realtà dal Medico di Medicina Generale.

Credo che la produzione di questo Documento congiunto ANMCO, SIC, su “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” sia una grande opportunità che ci è fornita dalla normativa che cambia, ma non c'è più tempo da perdere per una doverosa autocritica a tutti i livelli e per una riscoperta del ruolo del Cardiologo, in qualsiasi sede esso si trovi ad operare, in una prospettiva di organizzazione fra ospedale e territorio condiviso con le altre realtà sanitarie, innanzitutto cardiologiche, ma non solo, che incidono a vario titolo sullo stesso bacino di utenza e sulla stessa patologia.

Credo che gli anni avvenire saranno gli anni dell'“organizzazione”. Abbiamo finora subito spesso una razionalizzazione che aveva troppo i colori e i contorni del razionamento delle risorse. Sta a noi adesso (se non meglio “ieri”!) creare modelli organizzativi da proporre, tagliati su misura sulle diverse realtà locali, con l'alternativa realistica, di fronte ad un nostro eventuale ulteriore immobilismo, di doverci lasciare organizzare.

---

***La bozza del Documento “Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia” verrà presentato alla Comunità Cardiologica e alla stampa il 31 maggio 2003 alle ore 16.30 presso l'Auditorium del Palazzo dei Congressi di Firenze. Sarà presente il Ministro della Salute Girolamo Sirchia. Sono stati invitati gli Assessori Regionali alla Sanità e Rappresentanti delle Agenzie di Sanità Pubblica.***

---

# LETTERA DALL'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY



Heart House  
9111 Old Georgetown Rd.  
Bethesda, MD 20814-1699  
USA

301-897-5400  
800-253-4636  
Fax: 301-897-9745  
[www.acc.org](http://www.acc.org)

*President*  
W. Bruce Fye, MD, MA

*President-Elect*  
Carl J. Pepine, MD

*Immediate Past President*  
Douglas P. Zipes, MD

*Vice President*  
Michael J. Wolk, MD

*Secretary*  
Robert H. Jones, MD

*Treasurer*  
James T. Dove, MD

*Chair, Board of Governors*  
Robert H. Jones, MD

*Trustees*  
Mervan F. Aronoff, MD  
C. Noel Barry-Menz, MD  
George A. Beller, MD  
Robert G. Bonow, MD  
Alfred A. Bove, MD, PhD  
Ralph G. Brindis, MD, MPH  
Alan S. Brown, MD, ex officio  
Robert M. Califf, MD  
Michael H. Cransford, MD  
James T. Dove, MD  
Kim A. Eagle, MD  
W. Bruce Fye, MD, MA  
Arthur Garson, Jr., MD, MPH  
Raymond J. Gibbons, MD  
John W. Hirschfeld, Jr., MD  
Robert H. Jones, MD  
Gosta T. Lambrew, MD  
Marion C. Limacher, MD  
Bruce D. Lindsay, MD, ex officio  
Joseph V. Maser, MD  
Gerald V. Naccarelli, MD  
Carl J. Pepine, MD  
George W. Verrovo, MD  
I. Samuel Watts, MD  
W. Douglas Weaver, MD  
William S. Weirnsals, MD  
Roberta G. Williams, MD  
Michael J. Wolk, MD  
Douglas P. Zipes, MD  
William A. Zoghbi, MD

*Chief Executive Officer*  
Christine W. McEntee

March 24, 2003

Dear Colleague:

I am pleased to announce that the American College of Cardiology (ACC) has created a new membership category, International Associate (IA), for cardiologists residing outside North America. This important decision reflects our desire to enhance communication with our international colleagues and to facilitate access to the college's continuing education programs and products.

International Associate membership is offered to those individuals who have recently completed a minimum of two (2) years in a cardiovascular training program and who have attained peer recognition in their geographic area of professional activity. There is a one time non-refundable application fee of \$25 and annual dues of \$100 per year for this membership. Applicants for this category of membership will need access to the internet.

In addition to the reduced annual dues (\$100 compared to \$390 for full membership), benefits for the IA category of membership will include:

- ▶ electronic full-text access to The Journal of the American College of Cardiology (JACC) (a subscription to the printed version is available for an additional fee);
- ▶ basic member access to Cardiosource, (the College's all inclusive one-stop cardiology educational portal
- ▶ discounted fees on products and programs, and
- ▶ the eligibility to serve on ACC working groups.

Although this new membership category does **not** allow the IA members to use the letters FACC or other ACC designations after their name, it represents a pathway that might eventually lead to Fellowship in the College, depending on the member's career accomplishments.

By sending you this letter, we hope you will help us reach individuals that might be interested in joining the College as an International Associate. Several international cardiologists have expressed interest in developing a formal relationship with the College, and we developed this new membership category to address concerns about not being able to meet criteria for full Fellowship. With the implementation of the International Associate membership, we hope to make several of our educational programs and products more available to international cardiovascular specialists and to provide them with additional opportunities to participate in the American College of Cardiology.

Sincerely,

W. Bruce Fye, MD, MA, FACC

WBF:cmd

*The mission of the American College of Cardiology is to foster optimal cardiovascular care and disease prevention through professional education, promotion of research, leadership in the development of standards and guidelines and the formulation of health care policy.*

**Chairman of the Board**  
Craig T. Beam, CRE

**President**  
Robert O. Bonow, MD, FAHA

**Chairman-Elect**  
Coletta Barrett, RN, MHA, FAHA

**President-Elect**  
Augustus O. Grant, MD, PhD, FAHA

**Immediate Past  
Chairman of the Board**  
Lawrence B. Sadwin

**Immediate Past President**  
David P. Faxon, MD, FAHA

**Secretary-Treasurer**  
Robert L. Carson, Esq.

**Directors**  
Claire M. Bassett  
Andrew B. Buroker, Esq.  
Stephen D. Corman, CPA  
Lawrence H. Frame, MD  
George D. Giraud, MD, PhD  
Larry B. Goldstein, MD  
Susan Goodreds  
Richard M. Hodosh, MD  
Theresa M. Hottenroth, Esq.  
Forrest N. Jenkins, BSE  
Christopher Leggett, MD  
John C. Longhurst, MD, PhD, FAHA  
Karen Murray  
M. Benjamin Perryman, PhD  
Gary R. Saslaw, Esq.  
James Weyhenmeyer, PhD  
Gayle Whitman, PhD, RN, FAHA  
Gail R. Wilensky, PhD  
Benjamin A. Willingham  
Clyde W. Yancy, MD

**Chief Executive Officer**  
M. Cass Wheeler

**Chief Administrative Officer**  
Nancy A. Brown

**Chief Operating Officer**  
Gordon L. McCullough

**Chief Science Officer**  
Sidney C. Smith Jr, MD, FAHA

**Executive Vice President  
Science Operations**  
Susan Barnett

**Executive Vice President  
Corporate Operations and CFO**  
Walter D. Bristol Jr, CPA

**Executive Vice President  
Advocacy**  
Katherine A. Krause

**Executive Vice President,  
Corporate Secretary & Counsel**  
David Wm. Livingston, Esq.

**Executive Vice President  
Development**  
Suzie Upton

**Executive Vice President  
Technology & Customer Strategies**  
Michae Wilson

**American Heart  
Association®** 

Fighting Heart Disease and Stroke

**National Center**  
7272 Greenville Avenue  
Dallas, Texas 75231-4596  
Tel 214.373.6300  
www.americanheart.org

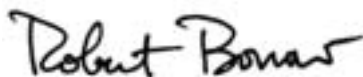
To the President and Members of ANMCO  
To Cardiologia negli Ospedali

14 May 2003

Dear Colleagues:

On the occasion of the XXXIV National Congress of Cardiology, I am pleased to send you greetings from the more than 30,000 members of the scientific councils of the American Heart Association. Our Association celebrated our 75th annual Scientific Sessions in November 2002, during which the theme of my presidential address was the need to balance the needs for further scientific discovery with the needs to more effectively translate these discoveries into improved patient outcomes. This address, which was published this spring in *Circulation* [*Circulation* 2003;107:358-362], is reproduced for *Cardiologia negli Ospedali*. Our health care systems share many common challenges and opportunities, and I believe that the issues discussed in this paper are as relevant to my cardiology colleagues in Italy as they are for cardiologists in the United States.

Best wishes,



Robert O. Bonow, M.D.  
President

Founding Member, World Heart Federation  
Please remember the American Heart Association in your will.

## LA DIFFICILE SFIDA DEL SAPER BILANCIARE LA RICERCA SCIENTIFICA CON LA SUA DIFFUSIONE (THE CHALLENGE OF BALANCING SCIENTIFIC DISCOVERY AND TRASLATION)



**Robert O. Bonow, M.D.**  
*Presidente della American Heart Association*

*Traduzione di:*  
"THE CHALLENGE OF BALANCING  
SCIENTIFIC DISCOVERY AND TRANSLATION"  
*Publicato su Circulation*  
[Circulation 2003;107:358-362]

*Tradotto da Paolo Colonna, MD.*  
*Divisione Ospedaliera di Cardiologia,*  
*Azienda Policlinico di Bari*

*Publicazione autorizzata dall'Editor di*  
*Circulation per "Cardiologia negli Ospedali"*

*Indirizzo per la corrispondenza:*

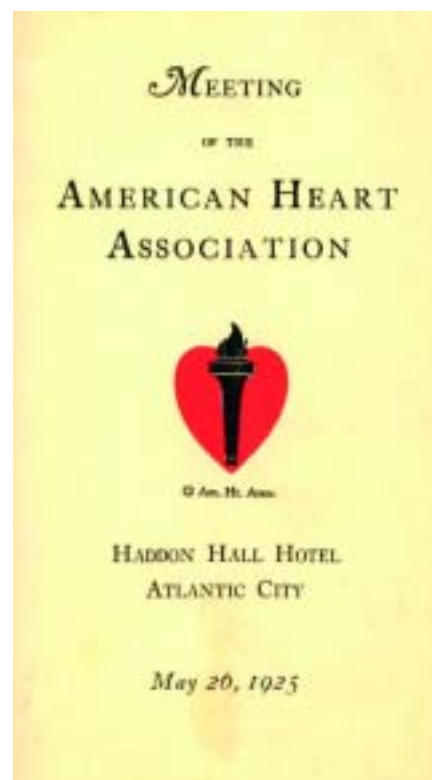
Robert O. Bonow, M.D.  
President, American Heart Association  
7272 Greenville Avenue  
Dallas, Texas 75231

**N**el novembre 2002 si è celebrato il settantacinquesimo compleanno del Congresso Scientifico della American Heart Association (AHA), un traguardo che ci permette di contemplare la ricca eredità ricevuta nei precedenti Congressi Scientifici della Association. Il primo Congresso Scientifico era stato organizzato da un piccolo gruppo di medici sognatori alla Haddon Hall di Atlantic City, nel New Jersey, il pomeriggio del 26 Maggio 1925 (Figura 1). La neonata AHA non aveva ancora compiuto un anno. Presiedevano il congresso i quattro membri del direttivo dell'Association: Lewis A. Conner, Robert Halsey, James B. Herrick e Paul Dudley White. Ciascuno di essi aveva sostenuto un importante ruolo nel fondare la AHA, e tutti ne avrebbero ricoperto la carica di presidente. Non avrebbero mai immaginato che il loro congresso di poche centinaia di persone sarebbe cresciuto fino a diventare – come è accaduto negli ultimi decenni – il più importante congresso nel campo cardiovascolare.

Le sfide scientifiche e nel campo della salute pubblica, che la Association avrebbe affrontato nella sua prima decade, furono enormi, come indicato nella prima edizione del trattato del 1931 "Heart Disease" del Dr. White [1]. Come notato dal Dr. W. Bruce Fye nella sua storia della cardiologia americana [2], il Dr. White scrisse che "il trattare la ipertensione è un impegno

difficile e quasi senza speranza;" che "non esiste una terapia specifica per la patologia coronarica;" e che "non esiste terapia per la patologia della valvola aortica" e "nessuna terapia specifica per la patologia della valvola mitralica". Chiaramente c'era ancora tanto lavoro da svolgere.

Gli straordinari passi avanti nella ricerca sperimentale, epidemiologia, tecniche diagnostiche, procedure chirurgiche e sviluppi farmacologici che sono avvenuti nelle ultime sette decadi ed il loro impatto sul risparmio di vite umane non hanno pari nella storia dell'umanità. Questi notevoli progressi sono stati ogni anno celebrati



**Figura 1**  
Copertina del primo programma del Congresso Scientifico dell'American Heart Association, nel maggio 1925

nei Congressi Scientifici e nelle pubblicazioni dell'AHA. I fondatori della nostra Association avrebbero difficilmente immaginato che un giorno avremmo decifrato il genoma umano ed usato questa scoperta per diagnosticare e trattare patologie cardiovascolari, o usato le cellule staminali per l'ingegneria genetica e la rigenerazione di organi. Ancora oggi, nonostante tali meravigliosi obiettivi, abbiamo diverse sfide davanti a noi. Il nostro lavoro è appena cominciato.

Ogni anno di questi Congressi Scientifici le patologie cardiovascolari sono state la principale causa di morte negli Stati Uniti. Oggi quasi 62 milioni di americani hanno una o più forme di patologia cardiovascolare (3). Più di 2.600 americani muoiono di patologie cardiovascolari ogni giorno, una media di uno ogni 33 secondi. Le patologie cardiovascolari costano alla nostra società circa 330 miliardi di dollari ogni anno. Questa è una crisi costante, di dimensioni simili ad una epidemia.

Inoltre, questa crisi non è circoscritta agli Stati Uniti. Le patologie cardiovascolari sono la principale causa di morte nel mondo (4,5). Sono responsabili di circa 17 milioni di morti ogni anno. Ciò significa il 30% di tutte le morti, e questo spettro è in crescita. Ben l'80% delle morti cardiovascolari avvengono in nazioni con un basso o medio prodotto economico interno. Le patologie cardiovascolari non sono quindi solo una patologia dei ceti benestanti. Il diabete colpisce oggi 150 milioni di pazienti nel mondo, e ci si attende che la sua prevalenza, specialmente fra le persone più giovani, si raddoppi nei prossimi 25 anni (6); 300 milioni di adulti sono obesi (7) e le vendite ed i consumi di tabacco sono in crescita ad un ritmo allarmante in molte regioni del mondo (8).

Nei confronti di questa epidemia cardiovascolare, la AHA nel 1998 ha stabilito un programma strategico per ridurre la patologia coronarica e l'ictus del 25% entro l'anno 2010 (9,10). Ora, quando siamo a più di metà strada verso l'anno 2010 – e l'orologio continua a battere il tempo – è il momento propizio per valutare le sfide e confrontarci per raggiungere il nostro obiettivo, migliorando la situazione delle patologie cardiovascolari nella nostra società e, quindi, nel mondo.

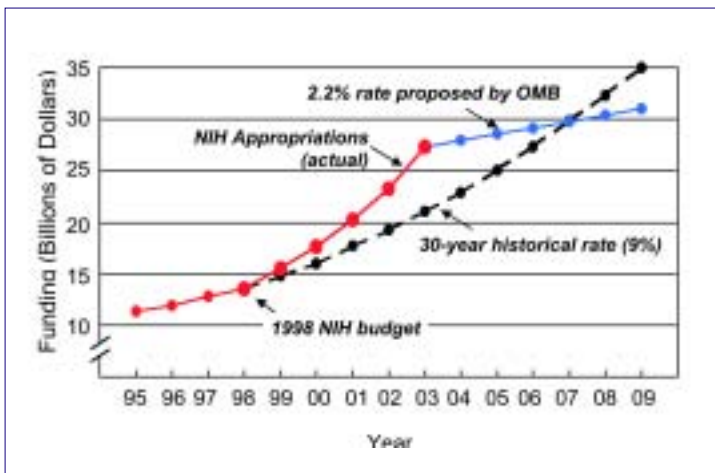
Ridurre il peso della patologia cardiovascolare si rappresenta sotto diverse sfide, ma due di queste sono le più critiche. La prima è di compiere nuove scoperte e la seconda è quella di trasferire con successo le conoscenze esistenti e quelle nuove agli altri – in poche parole ricerca e diffusione. Raggiungere il nostro obiettivo significa bilanciare le necessità del futuro verso quelle del presente. Sottostimare i costi della ricerca significa ritardare nuove scoperte e, quindi, quelle conoscenze che sono necessarie per il miglioramento delle terapie. Sottoutilizzare il trasferimento delle nuove conoscenze alla pratica clinica ed alla programmazione terapeutica significa aumentare la sofferenza, le invalidità e la mortalità. La collaborazione fra coloro che effettuano la ricerca e coloro che la diffondono è critica nel ridurre la epidemia cardiovascolare. Colui che compie la ricerca e colui che la diffonde sono i due lati della stessa lama e se noi dobbiamo sconfiggere la patologia cardiovascolare, dobbiamo mantenerli entrambi affiliati.

Questa doppia sfida merita una notevole attenzione da parte delle organizzazioni della salute, le organizzazioni governative e le comunità cliniche e scientifiche.

### **Scoperte scientifiche**

Per prima cosa, come è ovvio, bisogna incrementare i fondi per la ricerca. La AHA è fortemente indirizzata a fornire finanziamenti alla ricerca biomedica e creare opportunità per scoperte fondamentali. Infatti, in aggiunta al nostro sostanziale contributo economico diretto per la ricerca di più di 130 milioni di dollari l'anno, la nostra organizzazione si è adoperata enormemente perché si raddoppiassero i finanziamenti a favore del National Institutes of Health (11). Questa iniziativa, grazie alla lungimiranza dei responsabili del nostro congresso





**Figura 2**  
**Finanziamenti del National Institutes of Health, 1995-2003 (linea rossa), con le proiezioni oltre il 2003. Dopo aver raddoppiato il budget nel quinquennio 1998-2003, il tasso di crescita proposto dall' Office of Management and Budget (OMB) del 2.2%/annuo (linea blu) intersecherà nel 2007 la linea di crescita storica del 9% annuo (linea nera tratteggiata) che esisteva prima della iniziativa del raddoppio dei fondi. Modificata [13] con il permesso della American Association for the Advancement of Science.**

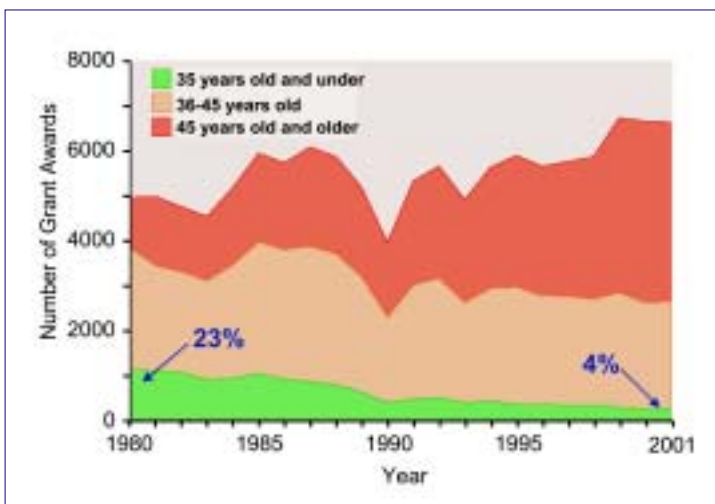
so, è stata notevolmente perseguita e dovrebbe arrivare all'obiettivo quest'anno. A cominciare con il budget del 1998, gli stanziamenti per il National Institutes of Health (NIH) sono aumentati di un 15% ogni anno, ponendoci sulla strada verso un reale raddoppio, atteso per l'anno fiscale 2003. Il passo finale di questo sforzo per il raddoppio è tuttavia oggi messo a rischio dalla mancanza di approvazione finale del budget del 2003 da parte del 107esimo Congresso e dai continui tagli che il governo federale sta operando [12]. Tuttavia, anche se il budget verrà raddoppiato il nostro lavoro non sarà finito. L'era del post-raddoppio è potenzialmente difficile. Il Ministro dell'Economia USA ha programmato un incremento percentuale annuale del 2.2% ai fondi del NIH negli anni successivi al 2003 [13]. Se questa programmazione non verrà modificata, questo incremento annuale di minime dimensioni renderà vani nei prossimi pochi anni i benefici ottenuti, e riporterà la crescita media complessiva annuale dei fondi dedicati al NIH ai valori storici degli ultimi 30

anni: il 9 % annuo (Figura 2). Ciò significa che per l'anno 2007 l'impatto dello sforzo di aver raddoppiato i fondi per l' NIH sarà virtualmente perso e con ogni anno successivo, torneremo indietro progressivamente. Un ben più alto tasso di crescita nell'era del post-raddoppio è essenziale a mantenere il nostro sviluppo. Al contrario, abbiamo plaudito la recente proposta del senatore Arlen Specter di

triplicare il budget dell'NIH nel prossimo decennio dal 1999 al 2008 [14].

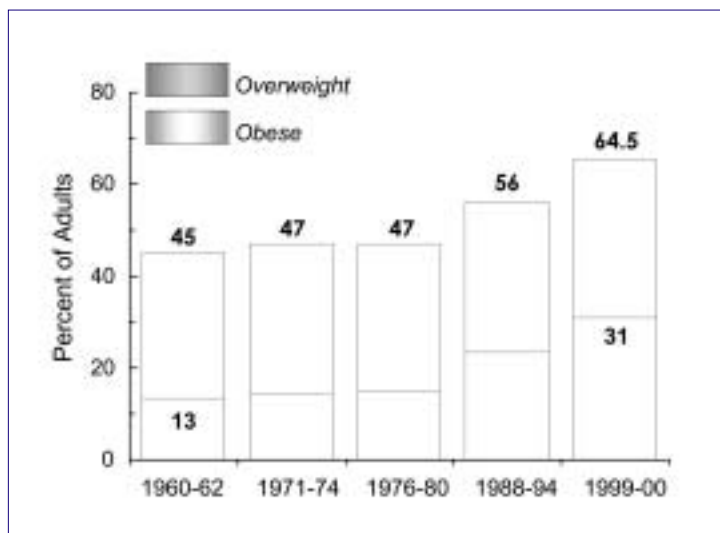
Il sostentamento dei finanziamenti per la ricerca dell'NIH è di importanza critica. Se improvvisamente tale sostentamento verrà ridotto, questo metterà a rischio o abolirà i progressi che abbiamo finora compiuto, fornendo fondi alle scoperte scientifiche e stimolando i giovani più brillanti a orientare la loro carriera verso la ricerca biomedica. Il trend attuale riguardante i giovani scienziati continua ad essere allarmante. C'è una notevole e preoccupante evidenza che il bacino dei giovani ricercatori si sta rapidamente e continuamente svuotando [15-17].

Questo punto è stato recentemente evidenziato da Goldman e Marshall [18], che hanno sottolineato che il numero di premi dell'NIH ricevuti da ricercatori di meno di 35 anni si sono ridotti stabilmente negli ultimi due decenni. Nel 1980 il 23% delle borse di studio erano assegnate a ricercatori in questa fascia di età (Figura 3). L'anno scorso questa percentuale è stata di un misero 4%. I premi per i ricercatori fra i 36 e 45 anni non sono aumentati. I beneficiari dell'aumento dei fondi per l'NIH sono stati ricercatori più anziani e con posizioni stabili. Mentre l'effetto di questo cambio sulle scoperte scientifiche può essere discusso, il suo effetto sul passaggio delle conoscenze è sicuramente dannoso. Abbiamo già perso una generazione di giovani ricercatori e, facendo ciò, abbiamo anche perso i tutor per la prossima generazione di ricercatori. Questi ultimi saranno gli scienziati sui quali si basa la nostra fiducia di raggiungere futuri obiettivi. La "Task Force on Young Investigators" ed il "Early Career Deve-



**Figura 3**  
**Borse di studio dell' NIH, 1980-2001. La percentuale di borse assegnate ai ricercatori di meno di 35 anni si è ridotta dal 23% nel 1980 al 4% nel 2001. Modificata [18] con il permesso della American Association for the Advancement of Science.**

lo, è stata notevolmente perseguita e dovrebbe arrivare all'obiettivo quest'anno. A cominciare con il budget del 1998, gli stanziamenti per il National Institutes of Health (NIH) sono aumentati di un 15% ogni anno, ponendoci sulla strada verso un reale raddoppio, atteso per l'anno fiscale 2003. Il passo finale di questo sforzo per il raddoppio è tuttavia oggi messo a rischio dalla mancanza di approvazione finale del budget del 2003 da parte del 107esimo Congresso e dai continui tagli che il governo federale sta operando [12]. Tuttavia, anche se il budget verrà raddoppiato il nostro lavoro non sarà finito. L'era del post-raddoppio è potenzialmente difficile. Il Ministro dell'Economia USA ha programmato un incremento percentuale annuale del 2.2% ai fondi del NIH negli anni successivi al 2003 [13]. Se questa programmazione non verrà modificata, questo incremento annuale di minime dimensioni renderà vani nei prossimi pochi anni i benefici ottenuti, e riporterà la crescita media complessiva annuale dei fondi dedicati al NIH ai valori storici degli ultimi 30



**Figura 4**  
**Prevalenza dell'obesità negli USA, 1960 - 2000, dal National Center for Health Statistics [19]. Nelle ultime 4 decadi è drasticamente aumentata la prevalenza degli individui obesi (indice di massa corporea >30 kg/m<sup>2</sup>) e di quelli obesi o sovrappeso (indice di massa corporea 25-29 kg/m<sup>2</sup>).**

lovement Forum” sono importanti tentativi da parte dell’AHA di invertire questa tendenza. Nuovi eccitanti meccanismi di finanziamenti per invogliare i ricercatori da parte dell’AHA e dell’NIH sono stati ipotizzati per stimolare lo sviluppo della propria carriera nella ricerca. La nostra futura sanità in campo cardiovascolare ci chiede di vincere questa battaglia.

Dobbiamo anche focalizzare i finanziamenti per la ricerca in aree strategiche dove si affacciano le più grosse minacce. Per esempio la minaccia emergente dell’obesità e del diabete sta mostrando una crescita esplosiva negli USA e nel mondo ed è divenuta un serbatoio che rifornisce la epidemia cardiovascolare. La AHA e le altre organizzazioni della sanità devono ricoprire il ruolo vitale di guida contro queste minacce.

Recenti studi hanno indicato che la prevalenza dell’obesità in america è peggiore che in passato, con un 65% degli adulti che sono oggi sovrappeso od obesi (19). Per decenni la prevalenza dell’obesità era al di sotto del 50%, ma dal 1988 c’è stata una crescita al-

larmate. La preoccupazione è ancora maggiore osservando che questi dati, basati su sovrappeso ed obesità, rappresentano una crescita di numero soprattutto dei soggetti francamente obesi (Figura 4). La prevalenza dell’obesità (come indice di massa corporea maggiore di 30 kg/m<sup>2</sup>), è passata dal 13% del 1960 al 31%. Come anticipato, il trend dell’obesità è ricalcato da un trend simile del diabete tipo 2 (20). Questi trend negli stati uniti sono, naturalmente, simili a quelli osservati anche nelle altre nazioni di tutto il mondo (6,7).

Chiaramente, queste sono aree che necessitano una notevole ricerca ed anche azioni dirette a livello di popolazione per focalizzare l’attenzione verso la dieta, l’attività fisica e lo stile di vita.

### Trasferimento di informazioni scientifiche

Da questa passiamo all’altra sfida che deve essere affrontata nella sanità cardiovascolare: il trasferimento delle informazioni scientifiche alla pratica clinica e verso la popolazione. Così come è necessario che la ricerca produca novità mediche, così non si può ignorare la responsabilità di alleviare la sofferenza umana con i mezzi attuali. Questo è il motivo per cui l’AHA ha stabilito il suo obiettivo per il 2010 e perché l’efficace trasferimento delle informazioni dalle scoperte scientifiche alla pratica clinica è tanto critico. Se noi non applichiamo effettivamente le scoperte scientifiche, ne deriva un fallimento dei nostri doveri verso i pazienti e la società. Oltretutto mettiamo a rischio ulteriori finanziamenti per la scienza, non riuscendo a dimostrare i benefici che la nostra ricerca può fornire.

Come sottolineato dal Dr. Claude Lenfant, Direttore del National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), la gran parte dei progressi del programma del NHLBI Specialized Centers of Research (SCOR), un programma specificamente disegnato per stimolare il passaggio da ricerche sperimentali a sperimentazioni cliniche, si è sviluppato prevalentemente nell’ambito della ricerca sperimentale, non risultando in una grossa e costante collaborazione fra scienziati sperimentali e ricercatori clinici (21). Il Dr Lenfant ha ulteriormente sottolineato che può essere osservata una scarsità di passaggio di scoperte sperimentali verso la pratica clinica. Le implicazioni di queste affermazioni sono preoccupanti per i pazienti e deleterie per la ricerca.

Il ricercatore clinico è una specie particolarmente a rischio (15-17) e bisogna mantenere e rinforzare i programmi per il passaggio della ricerca fra sperimen-

tale e clinica. Senza un numero adeguato di ricercatori clinici e programmi efficaci nel trasmettere la ricerca, non potremo avere la qualità di cura che tutti noi desideriamo e necessitiamo.

Ma, per raggiungere il nostro obiettivo del 2010, abbiamo bisogno di altro oltre che un incremento di ricercatori-clinici. Noi dobbiamo avere migliori sistemi per controllare che siano effettivamente applicate le terapie che si sono dimostrate efficaci. E' necessario che le strategie di prevenzione e cura dimostrate valide siano utilizzate in maniera più ampia e con maggior attenzione anche nelle strutture sanitarie del territorio, negli ambulatori dei medici di base e nella popolazione in generale. Un modo di far ciò è mediante l'utilizzo di linee guida cliniche, come quelle sviluppate congiuntamente dall' American College of Cardiology (ACC) e dall'AHA . Diverse ricerche hanno dimostrato che l'adesione alle linee guida migliora enormemente il trattamento dei pazienti (22, 23).

I medici sono di solito ben consci delle linee guida, ma esiste un intervallo fra ciò che noi sappiamo e ciò che mettiamo in pratica (24). Dati nazionali riguardo al tasso di aggiunta di farmaci per la prevenzione secondaria post-infartuale con aspirina, beta – bloccanti, ACE inibitori e farmaci ipolipemizzanti – così come l'indicazione a smettere di fumare- ci conferma ciò. Il tasso di somministrazione in pazienti che dovrebbero assumere tali terapie in aderenza alle linee guida è notevolmente al di sotto dello standard (22,25-27). Questa cosa è enormemente importante, dal momento che oggi è stato dimostrato che i pazienti trattati negli ospedali che aderiscono alle linee guida per il trattamento dell'infarto hanno una prognosi significativamente migliore dei pazienti trattati in ambienti con bassa aderenza a queste linee guida (23).

La American Heart Association ha lanciato il suo programma "Get With The Guidelines" (Aderisci alle Linee Guida) per colmare questa lacuna riguardo alle terapie. *Get With the Guidelines* è un programma prospettico di interventi intraospedalieri per migliorare l'aderenza alle linee guida di prevenzione secondaria della coronaropatia dopo la dimissione ospedaliera. (28). Il programma *Get With The Guidelines* si basa sulle linee guida dell' AHA/ACC e fornisce un pacchetto di informazioni ospedaliere basate su internet ed un altro pacchetto individualizzato per le caratteristiche proprie di ciascun paziente. Esso serve anche come programma per la Educazione Continua in Medicina per soggetti collegati alla sanità e fornisce i migliori esempi pratici per gli ospedali. Se il 75% dei pazienti con infarto miocardico acuto verranno arruolati nel programma *Get With The Guidelines*, con una percentuale di adesione alle linee guida alla dimissione del 85%, si stima che ogni anno potranno essere salvate circa 80.000 vite. Questo rappresenta un terzo del nostro obiettivo di ridurre le morti cardiovascolari del 25%.

Attraverso il programma *Get With The Guidelines*, la AHA ha mosso un importante passo, trasferendosi dallo sviluppo delle linee guida all'aiutare i medici ed i pazienti a metterle in atto.

Per raggiungere il nostro obiettivo del 2010, dobbiamo anche trasferire le nostre scoperte scientifiche ai pazienti. Il nuovo programma basato su internet "Heart Profiler" della American Heart Association, fornisce informazioni sulle linee guida ai medici di base ed ai pazienti. Il programma "Heart Profiler" è interattivo e fornisce informazioni facili e accurate scientificamente, basate sui trials clinici e sulle raccomandazioni delle linee guida, individualizzate per le caratteristiche cliniche di ogni paziente. Sono disponibili ben 5 "Heart Profiler": coronaropatie, scompenso cardiaco, ipercolesterolemia, ipertensione e fibrillazione atriale. Fornire informazioni affidabili al paziente aiuterà a rinforzare i collegamenti fra paziente, medico ed infermiere.

I programmi *Get With The Guidelines* e *Heart Profilers* aiutano il medico a migliorare il trattamento dei pazienti mediante le linee guida di prevenzione secondaria. Altrettanto importante è l'adesione al programma del National Cho-

lesterol Education Program's Advanced Treatment Panel (ATP) III ed alle linee guida dell'AHA di prevenzione primaria, che pongono nuova enfasi sulla prevenzione primaria di soggetti con fattori di rischio multipli (30,31). Non possiamo neppure perdere di vista i fattori di rischio nei nostri bambini, dal momento che senza una guida saranno loro a sopportare la prossima montata dell'epidemia cardiovascolare (32,33).

Il trasferimento effettivo delle conoscenze ed il loro inserimento nella società civile comporta anche la definizione di argomenti propri della popolazione a maggior rischio. Identificare e indirizzare trattamenti differenti è di importanza critica per raggiungere i nostri obiettivi del 2010 (34). Nell'anno 1999 il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e la West Virginia University hanno pubblicato "Women and Heart Disease", un atlante riguardante le differenze dovute alla razza ed al ceppo etnico [35]; due anni dopo è stato pubblicato un secondo volume "Men and Heart Disease" [36]. Questi volumi evidenziano le notevoli differenze che si ritrovano negli Stati Uniti a seconda del genere maschile / femminile, la razza, il ceppo etnico e la regione di origine.

In particolare, questi dati sottolineano in maniera cruda la peggior prognosi per i pazienti americani di colore, rispetto ai bianchi. Nel gruppo fra i 55 e 64 anni gli americani di colore hanno una percentuale di mortalità per cardiopatia doppia e per ictus cerebrale tripla rispetto ai bianchi (36). Esiste anche una imbarazzante evidenza di disparità razziale o etnica riguardo alle scelte terapeutiche. In 81 studi recentemente analizzati dalla Kaiser Family Foundation e dall'ACC, in 84% si evidenziò un ridotto numero di test diagnostici, procedure e terapie mediche nel gruppo di pazienti appartenenti a minoranze razziali o etniche (37). Il motivo di queste differenze è multiforme, e non riflette necessariamente un errore da parte del medico di base. Altri importanti fattori che contribuiscono sono i limiti delle coperture assicurative, le barriere linguistiche e culturali, la fiducia nel sistema sanitario nazionale. La AHA sta affiancandosi alla Kaiser Family Foundation, all'ACC, ed alla Association of Black Cardiologists, per meglio comprendere e trattare questo importante problema.

Un modo di risolvere questo problema delle disparità è utilizzare programmi diretti a gruppi specifici. Per raggiungere la popolazione di minoranze etniche con importanti informazioni sanitarie, la AHA ha creato il "Search Your Heart". Questo programma basato sulla fidelizzazione, si sviluppa dapprima nelle zone dove si ritrovano segmenti della popolazione peggio assistiti e ad alto rischio. Si indirizzano messaggi informativi importanti riguardanti la salute ed il sistema cardiovascolare attraverso i 5.000 punti di diffusione coinvolti in questo programma in tutta la nazione.

### **Bilanciare la ricerca scientifica e la sua diffusione**

Quali passaggi dobbiamo intraprendere per la ulteriore ricerca scientifica e per diffondere la scienza, onde ridurre questa epidemia di patologia cardiaca e vascolare? Sia la ricerca che la sua diffusione sono essenziali per ridurre la prevalenza di patologie cardiovascolari, la loro incidenza e la mortalità, e questo può essere ottenuto solo con un rafforzamento dell'intesa fra lo scienziato ricercatore ed il professionista del campo sanitario che ne cura la diffusione.

Nell'ottobre 2002, la the World Health Organization (WHO) ha pubblicato il *World Health Report 2002*, che mostra come la mortalità e morbilità cardiovascolari possono essere ridotte di più del 50% con la applicazione ben concertata di misure preventive prospettiche (38). I governi, le organizzazioni sanitarie e la popolazione devono porre un attento orecchio a questo messaggio di salute pubblica. La epidemia cardiovascolare globale può essere evitata solo mediante collaborazioni strategiche ben concertate ed a livello internazionale.

La AHA ha preparato un accordo con il U.S. Department of Health and Human Services (10) ed ha partecipato in maniera massiccia al processo iniziato dalla CDC per sviluppare il "Piano di Azione Nazionale per la Prevenzione della Pa-

tologia Cardiaca e dello Stroke”, pianificato per essere implementato il febbraio 2003. Mediante questo piano si spera di stimolare un numero maggiore di medici ed infermieri ad attivarsi per la prevenzione cardiovascolare negli ospedali, negli ambulatori e nel sociale. Infatti, questa preoccupazione colpiva quei medici ed infermieri lungimiranti che decisero di coordinare gli sforzi e confrontarsi sul campo clinico e societario negli USA nei primi decenni del 1900, e che si diedero da fare nel formare la AHA più di 75 anni or sono.

La AHA è a favore della ricerca e della comunicazione. Dobbiamo continuare i nostri impegni verso il duplice obiettivo di scoprire nuove conoscenze e trasmetterle alla pratica clinica ed alla comunità scientifica. E' necessario che medici, infermieri e personale sanitario stimolino la ricerca e richiedano un maggior numero di finanziamenti. Per stimolare la comunicazione, gli scienziati devono porre più attenzione ad un allargamento al sociale, ponendo attenzione alle disparità e agendo per combatterle ed eliminarle. I medici devono applicare le linee guida alla loro pratica clinica ed utilizzare programmi come il “*Get With The Guidelines*” per facilitare questo processo di applicazione. E tutti noi dobbiamo lavorare insieme per sviluppare e rinforzare le nostre strategie collaborative: con le organizzazioni che possono far sentire la loro voce per la ricerca e la qualità dell'assistenza, quali l'ACC e la American Diabetes Association; con collaborazioni nevralgiche come quella con la “AHA Pharmaceutical Roundtable” (“Tavola Rotonda Farmacologica dell'AHA”), con agenzie federali come NIH, CDC ed i Center for Medicare and Medicaid Services; con organizzazioni internazionali come l'OMS e le molte altre organizzazioni satelliti internazionali che partecipano ogni anno al Congresso Scientifico dell'AHA.

Come membri della comunità medica e scientifica internazionale, non siamo estranei alle sfide. Le fronteggiamo ogni giorno. Ma la storia ci ha anche dimostrato che nel fronteggiare queste enormi sfide noi scopriamo delle soluzioni innovative. Noi stiamo cercando soluzioni sin dal primo Congresso Scientifico del 1925 e possiamo trovare queste soluzioni ora. E' grazie ai nostri sforzi individuali e collettivi che noi vinceremo la sfida del saper ben bilanciare la ricerca scientifica e la sua diffusione e, facendo ciò, ci saremo attivati per ridurre il pedaggio da pagare all'epidemia globale cardiovascolare.

### Bibliografia

1. White PD, *Heart Disease*. New York: The MacMillan Company, 1931
2. Fye WB, *American Cardiology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996.
3. American Heart Association, *2002 Heart and Stroke Statistical Update*. Dallas: American Heart Association, 2001
4. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997;349:1269-1276.
5. Bonow RO, Smaha LA, Smith SC, Jr, Mensah GA, Lenfant C. The international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. *Circulation*. 2002;106:1602-1605.
6. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998;21:1414-1431.
7. World Heart Federation. [http://www.worldheart.org/introduction/call\\_to\\_action.html](http://www.worldheart.org/introduction/call_to_action.html)
8. Howson CP, Reddy KS, Ryan TJ, Bale JR, eds. *Control of Cardiovascular Disease in Developing Countries: Research, Development, and Institutional Strengthening*. Washington, DC: National Academy Press, 1998.
9. Fuster V, Smaha LA. AHA's new strategic impact goal designed to curb epidemic of cardiovascular disease and stroke. *Circulation*. 1999;99:2360.
10. Robertson RM. Partnerships for the health of the public. *Circulation*. 2001;103:2870-2872.
11. Fuster V. Epidemic of cardiovascular disease and stroke: the three main challenges. *Circulation*. 1999;99:1132-1137.
12. Weisman J. Spending bill delays crimp war on terror: Congress inaction slows domestic plans. *Washington Post*, November 19, 2002, page A1.
13. Korn D, Rich RR, Garrison HH, et al. The NIH budget in the “postdoubling” era. *Science*. 2002;296:1401-1402.

14. Specter A, U.S. Senator, Introductory remarks for Senate Resolution 347: Expressing the Sense of the Senate That in Order to Seize Unique Scientific Opportunities the Federal Commitment to Biomedical Research Should be Tripled Over a Ten Year Period Beginning in 1999. *Daily Congressional Record*, Vol. 148, Issue Number 137, October 17, 2002, pp. S10730-S10732.
15. Zemlo TR, Garrison HH, Partridge NC, et al. The physician scientist: career issues and challenges at the year 2000. *FASEB J*. 2000;14:221-230.
16. Lenfant C. Training the next generation of biomedical researchers: challenges and opportunities. *Circulation*. 2000;102:368-370.
17. Faxon DP. The chain of scientific discovery: the critical role of the physician scientist. *Circulation*. 2002;105:1857-1860.
18. Goldman E, Marshal E. NIH grantees: where have all the young ones gone? *Science*. 2002;298:40-41.
19. Flegal, KM, Carroll, MD, Ogden, CL, Johnson, CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002; 288:1723-1727.
20. Mokdad AH, Bowman BA, Ford ES, Vinicor F, Marks JS, MD, Koplan JP. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. *JAMA*. 2001;286:1195-1200.
21. Lenfant C. Strengthening commitment to clinical research: the National Heart, Lung, and Blood Institute's Specialized Centers of Research Program. *Circulation*. 2002;105:400-401.
22. Fonarow GC, Gawlinski A, Moughrabi s, et al. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a cardiac hospitalization atherosclerosis management program: CHAMP. *Am J Cardiol*. 2001;87:819-822.
23. Peterson ED, Parsons LS, Pollack CV, Newby LC, Littrell KA. Variation in AMI quality across 1085 US hospitals and its association with hospital mortality rates (abstr). *Circulation*. 2002;106 (suppl II):II-722.
24. Pearson TA, Laurora I, Chu H, Kafonek S. The Lipid Treatment Assessment Project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med*. 2000;160:459-467.
25. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Gurwitz JH, et al. Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1998;279:1358-1363.
26. Fonarow GC, French WJ, Parsons LS, Sun H, Malmgren JA; for the National Registry of Myocardial Infarction 3 Participants. Use of lipid-lowering medications at discharge in patients with acute myocardial infarction: data from the National Registry of Myocardial Infarction 3. *Circulation*. 2001;103:38-44.
27. Aronow HD, Topol EJ, Roe MT, et al. Effect of lipid-lowering therapy on early mortality after acute coronary syndromes: an observational study. *Lancet*. 2001;357:1063-1068.
28. American Heart Association. Get with the Guidelines. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1165>
29. American Heart Association. Heart Profilers. <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3000416>
30. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-2497.
31. Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, et al. AHA Guidelines for primary prevention of cardiovascular disease and stroke: 2002 update. *Circulation*. 2002;106:388-391.
32. Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, et al. Cardiovascular health in childhood. *Circulation*. 2002;106:143-160.
33. Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight and obesity among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA*. 2002;288:1728-1732.
34. Cooper R, Cutler J, Desvigne-Nickens P, et al. Trends and Disparities in coronary heart disease, stroke and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. *Circulation*. 2000;102:3137-3147.
35. Casper MI, Barnett E, Halverson JA, et al. *Women and Heart Disease: An Atlas of Racial and Ethnic Disparities in Mortality*. Office for Social Environmental and Health Research, West Virginia University, Morgantown WV: December 1999. ISBN 0-9665085-1-3.
36. Barnett E, Casper MI, Halverson JA, et al. *Men and Heart Disease: An Atlas of Racial and Ethnic Disparities in Mortality First Edition*. Office for Social Environmental and Health Research, West Virginia University, Morgantown WV: June 2001. ISBN 0-9665085-2-1.
37. Lillie-Blanton M, Rushing OE, Ruiz S, Mayberry R, Boone L. *Racial/Ethnic Differences in Cardiac Care: The Weight of the Evidence*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2002. (available at [www.kff.org](http://www.kff.org), publication #6040)
38. World Health Organization. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization, 2002.



**“DAL TESORIERE”**

Cari Amici,

come responsabile della corretta gestione economico-finanziaria dell'ANMCO, Vi anticipo qualche considerazione generale sui nostri ultimi bilanci d'esercizio. L'esame dettagliato sarà presentato, come da Statuto, durante l'Assemblea dei Soci in occasione del XXXIV Congresso Nazionale di Firenze e per maggior trasparenza, in linea a quanto fatto negli ultimi anni, il bilancio verrà presentato anche "consolidando" i risultati non solo di ANMCO ma anche della controllata ECO srl nonché della Fondazione HCF.

La lettura del Bilancio Consuntivo costituisce uno dei principali strumenti attraverso cui è permesso al Socio di valutare l'attività economica dell'Associazione e, conseguentemente, di decretare il saggio operato con l'approvazione in Assemblea.

La rappresentazione numerica dei risultati non dovrà essere letta come una pedissequa e asettica elencazione di dati, raggruppati secondo le varie voci e gli specifici capitoli di entrata e di uscita relativi rispettivamente: ad ANMCO (area attività istituzionali), ad ECO srl (area servizi per la gestione della formazione, dei congressi, per l'editoria e progetti informatici) e ad HCF (Fondazione per la ricerca scientifica e attività di formazione e divulgazione della cultura della prevenzione per i cittadini). Quei dati rappresentano, in definitiva, l'ultima delicata sintesi delle attività istituzionali svolte nell'anno.

Andando a commentare brevemente il 2002 questo, nel rispetto delle previsioni, registra un soddisfacente risultato d'esercizio: la nostra situazione e disponibilità finanziaria resta sana, così come da tradizione.

Questo positivo risultato è merito di tutti e, in particolare, di una gestione amministrativa attenta delle risorse di cui disponiamo e del loro accorto utilizzo: un'ottimale pianificazione finanziaria di ogni attività, una grande precisione nella contabilità generale, una particolare cura nella preparazione dei budget, una tempistica regolare nel pagamento delle imposte, un convincente e fattivo rapporto con le Banche, con le Aziende, con i Consulenti; infine, una ricerca costante dei migliori modelli di ottimizzazione del carico fiscale. Tutto ciò è possibile, grazie alla continua osmosi informativa tra la nostra vigile Amministrazione e l'esperto Studio legale di consulenza tributaria.

Non si può tuttavia non osservare che, in questi ultimi tempi, nel complesso mondo della Sanità tutti indistintamente abbiamo percepito segnali di difficoltà ed un clima generale di incertezza.

L'ANMCO, nell'attuale congiuntura e nel "domani", inevitabilmente ricercherà diversificate e nuove strategie di finanziamento, magari collegate alla realizzazione ed alla erogazione di servizi necessari ed innovativi. Su queste idee, proposte e future scelte, insieme tutti dovremmo cominciare a pensare e lavorare. Comunque avvalendosi della tradizionale determinazione di tutti i Soci, del con-



**Il Camerlengo e lo scrittore, Tavoletta della Biccherna (part.), Archivio di Stato di Siena**



Quentin Massys, *Il cambiavalute e sua moglie*

tributo e dello slancio di tanti, il Presidente ha proceduto all'organizzazione del XXXIV Congresso Nazionale di Firenze, quest'anno ampiamente rinnovato e sempre più teso a trasformarsi in "grande evento". Per questo, un sentito ringraziamento è dovuto a quanti hanno sostenuto la onerosa e complessa organizzazione.

Alle voci di spesa derivate dalla accresciuta attività ed all'aumento delle spese istituzionali si aggiungono altri numerosi costi dei quali registriamo un progressivo aumento. In particolare: quelli relativi all'editoria, con calo della vendita pubblicitaria, aumento delle spese di stampa e di spedizione (per le recenti normative che limitano le agevolazioni postali), quelli di gestione del sito Web, importante strumento di comunicazione, crescita e visibilità, quelli per la formazione, vitale e irrinunciabile, quelli di gestione delle tante attività amministrative, come spese correnti, segreteria, consulenza, promozione e programmazione.

Molto probabilmente, sempre a causa del momento economico generale sfavorevole, abbiamo visto diminuire rispetto agli anni precedenti, il numero di progetti di ricerca

finanziati, così come registriamo una riduzione del numero dei contributi di liberalità verso ANMCO, riduzione legata alle attuali normative fiscali (ricordo che l'ANMCO non svolge attività commerciale e non è riconosciuta giuridicamente). Queste diminuite disponibilità al momento non sembrano limitare il finanziamento delle molteplici attività regionali e di Area (conduzione di studi, convegni, progetti formativi ed editoriali).

Per tutte queste ragioni abbiamo preferito evitare esposizioni finanziarie consistenti, preferendo mettere in stand-by operazioni importanti quali, ad esempio, quelle relative all'acquisto di una nuova sede. L'obiettivo di avere spazi più grandi e più idonei alle diverse esigenze del nostro articolato lavoro (Segreteria, Amministrazione, HCF, Centro Studi, Centro Formazione) rimane comunque nei progetti dell'ANMCO; per questo, in futuro continueremo a valutare attentamente tutte le opportunità immobiliari che dovessero presentarsi.

Con unanime consenso, il Consiglio Direttivo ha deciso di proporre in Assemblea un ragionevole adeguamento dell'importo della quota associativa, con un aumento in vigore a partire dal 2004.

Negli ultimi quaranta anni dell'Associazione, con una scadenza grosso modo quadriennale, la quota associativa è stata sempre aggiornata. La sua ultima correzione risale all'ormai lontano 1996. Oggi diventa indispensabile proporre un adeguamento della quota che sia rispettoso: delle tante variabili economiche intervenute in questo lungo periodo, delle accresciute attività, dei servizi e dell'importante ruolo istituzionale che oggi l'Associazione riveste.

La voce di bilancio dell'ANMCO relativa alle quote sociali, per questi mancati adeguamenti, registra solo un lievissimo e incostante incremento verosimilmente legato alle nuove iscrizioni. Sentiamo di essere in forte ritardo sulla correzione di questa voce di Bilancio che ci deve indurre a lavorare insieme aumentando ciascuno la fidelizzazione verso l'Associazione.

Non dimentichiamo, al proposito, che l'Italian Heart Journal viene inviato a tutti i Soci in regola con le iscrizioni. Esso rappresenta una "bandiera" della nostra cultura cardiologica nazionale e, per questo, non possiamo ignorare i suoi attuali onerosi costi che si traducono per le Società Federate in un impegno economico consistente, ma al tempo stesso, irrinunciabile.

Mi auguro di aver fornito utili informazioni, commenti e proposte; Vi offro la mia personale disponibilità a ulteriori chiarimenti.

Ringrazio per il difficile e complesso lavoro svolto la Segreteria dell'ANMCO e in particolare, il suo competente, esemplare settore amministrativo.



## LA “CASCATA FORMATIVA”: I CORSI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE DI BASE ED AVANZATA

*Un bilancio dell'attività svolta ed uno sguardo ai progetti futuri*

L'Area Emergenza-Urgenza, alla fine del 2000, ha dato avvio ad un progetto educativo permanente nel campo della rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata, denominata “cascata formativa”, per la diffusione di Corsi BLS-D e ACLS.

Nella fase iniziale il progetto, avviato e sollecitato dal Dott. Francesco Chiarella, ha preso corpo intorno al lavoro di un ristretto gruppo di istruttori BLS-D e ACLS di varia estrazione e di ampia e comprovata esperienza, in gran parte Cardiologi Ospedalieri, coordinati dal Dott. Rossano Vergassola. Dall'analisi e

dal riesame delle Linee-Guida IL-COR (International Liaison Committee On Resuscitation) pubblicate nell'agosto 2000 su *Circulation* e su *Resuscitation* è stato prodotto **materiale didattico originale** e sono stati messi a punto i **nuovi Corsi BLS-D e ACLS ANMCO**. È stata inoltre attivata e organizzata la complessa ma indispensabile attività di **Segreteria**. ANMCO ha provveduto quindi ad acquistare 4 stazioni complete di BLS-D e 4 stazioni complete di ACLS (manichini, computer, defibrillatori, ecc.).

I Corsi, disponibili per quanti ne facciano richiesta, sono prioritariamente destinati ai Cardiologi Ospedalieri ed al restante personale che opera nelle Cardiologie ospedaliere; ricevono regolarmente l'accreditamento ECM e per venire incontro ai bisogni dei partecipanti vengono svolti nelle Regioni da cui provengono le richieste. Dal 2001 al 3 aprile 2003 sono stati **effettuati 130 Corsi: 100 di BLS-D** (18 nel 2001, 64 nel 2002 e 18 nel primo quadrimestre 2003) e **30 di ACLS** (6 nel 2001,



Honoré Daumier, *Consiglio ad un giovane artista*

18 nel 2002 e 6 nel primo quadrimestre 2003); sono stati formati 1651 provider: 1329 per BLS-D (199 nel 2001, 860 nel 2002 e 270 nel primo quadrimestre 2003) e 322 per ACLS (49 nel 2001, 205 nel 2002 e 68 nel primo quadrimestre 2003).

**Svolti 130 Corsi provider (100 BLS-D, 30 ACLS) con 1651 allievi (1329 BLS-D, 322 ACLS) e 7 Corsi istruttori (4 BLS-D, 3 ACLS) con 92 allievi (56 BLS-D, 36 ACLS)**

Nel 2003, in collaborazione con Laerdal Italia, è stato **pubblicato il Manuale BLS-D ANMCO**. Per l'ACLS è in fase di avanzato allestimento un CD multimediale contenente Linee-Guida, manuale, casi clinici, simulazioni, ecc.

Ma lo scopo del progetto era e rimane la diffusione più ampia e capillare possibile dei Corsi e della cultura dell'Emergenza: per tale motivo ad ogni Corso provider sono stati identificati i nuovi possibili istruttori che successivamente hanno partecipato a specifici corsi di formazione.

**Oltre ai Corsi BLS-D e ACLS provider e istruttori sono in programma Corsi PBLs, PALS, ACLS avanzato per esperti, BLS-D per laici e vari corsi di didattica**

I **Corsi Istruttori** hanno rappresentato un momento cruciale della "cascata formativa": sono stati progettati ponendo la massima attenzione all'aspetto didattico, avvalendosi dell'operato di uno specialista di didattica e comunicazione, il Dott. Francesco Muzzarelli, che in collaborazione con il nucleo iniziale degli istruttori, ha concorso a delineare uno "**stile ANMCO di docenza**" caratterizzato da un clima sereno e aperto, da una capacità didattica incentrata sui discenti e da una profonda conoscenza degli argomenti. Dal 2001 sono stati **svolti 7 Corsi Istruttori** (4 BLS-D e 3 ACLS) e sono stati formati 92 nuovi istruttori provenienti da varie Regioni (96



**Raffaello, La scuola di Atene**

*American Heart Association ha riconosciuto i nostri Corsi e la nostra organizzazione attribuendoci la qualifica di ITO (International Training Organization)*

per BLS-D e 36 per ACLS): ciascuno di essi ottiene il titolo di Istruttore ANMCO dopo aver partecipato ad un adeguato numero di Corsi come istruttore in "affiancamento". L'obiettivo finale è quello di rendere autonoma ciascuna Regione, con un numero adeguato di istruttori e di Direttori di Corso, collegati e coordinati fra loro.

Il compito del Comitato Scientifico, costituito da tutti i Direttori di Corso, rimane il controllo della qualità e dell'omogeneità della "cascata formativa", valutare l'andamento dell'attività didattica ed organizzativa, la revisione periodica del materiale didattico, la programmazione delle attività future.

Il livello qualitativo raggiunto dal progetto ha ricevuto sino ad ora adeguato riconoscimento: innanzitutto dai giudizi positivi di quanti hanno preso parte ai Corsi; dai commenti di altre Società Scientifiche che vedono nella nostra organizzazione un modello da seguire; dalle strutture sanitarie che continuano a richiedere i nostri Corsi; dal recente e prestigioso **riconoscimento dei nostri Corsi e della nostra organizzazione ottenuto da American Heart Association** con la qualifica di ITO (International Training Organization).

Ma se molto è stato fatto ancor di più è già in programma per il futuro. Innanzitutto la prosecuzione dello svolgimento nelle varie Regioni italiane dei **Corsi BLS-D e ACLS**. Per questi ultimi è in atto una sponsorizzazione della Boehringer che si è impegnata a far svolgere un corso ACLS in ogni Regione. Inoltre sono in avanzata fase di definizione i **Corsi PBLIS e PALS**, le cui date di svolgimento saranno presentate in occasione del prossimo Congresso Nazionale che si terrà a Firenze dal 31 maggio al 4 giugno 2003. È in programma poi la messa a punto di un **Corso ACLS avanzato per esperti** e di **Corsi BLS-D per laici**. Tutti i Corsi possono essere richiesti dai Presidenti regionali ANMCO, dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere o da qualsiasi altra istituzione interessata

utilizzando l'apposito form pubblicato sul "Piano Annuale Formativo ANMCO 2003" e su "Cardiologia negli Ospedali" oppure contattando direttamente la Segreteria. Le date e le sedi dei Corsi già programmati sono pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali". Un impegno costante continua ad essere rivolto alla formazione dei nostri istruttori per cui sono in programma ulteriori **Corsi di approfondimento sui temi della didattica**, diretti dal Dott. Muzzarelli.

Il progressivo incremento del numero di Corsi ha reso difficoltosa la gestione della "cascata formativa" nell'ambito dell'Area Emergenza-Urgenza e pertanto è stata trasferita al Centro Formazione, diretto dal Dott. Marino Scherillo. Il contemporaneo notevole aumento degli altri Corsi di Formazione ha reso necessario il ricorso ad un supporto segretariale esterno, individuato nella Società **I & C di Bologna**, con la quale è già stato iniziato un costante e proficuo rapporto di collaborazione che ha determinato un ulteriore miglioramento dell'attività organizzativa e segretariale, ed una peraltro necessaria revisione dell'assetto economico ed amministrativo.

Per la realizzazione di questi progetti è necessario un lavoro rilevante, sia sotto l'aspetto quantitativo che qualitativo, nei campi della didattica, della formazione e dell'organizzazione, che richiede un impegno costante e continuo di tutti coloro che operano per la "cascata formativa".

*Tutti i Corsi possono essere richiesti dai Presidenti regionali ANMCO, dalle Aziende Sanitarie o Ospedaliere o da qualsiasi altra istituzione interessata*

GRUPPO ITALIANO  
INFARTO MIOCARDICO  
SPERIMENTAZIONE  
STREPTOCHINASI



## IL GISSI HA CAMBIATO IL MODO DI FARE RICERCA IN CARDIOLOGIA. E NON SOLO IN ITALIA

*Vent'anni dall'avvio del GISSI-1*

Oggi sembra impossibile, ma è proprio così: vent'anni fa, prima del GISSI-1, e dell'ISIS-1, allora appena pubblicato<sup>1</sup>, non c'era un solo intervento farmacologico in campo cardiovascolare che fosse stato documentato in modo affidabile come in grado di salvare vite umane: fino ad allora gli endpoints surrogati l'avevano fatta da padrone e i farmaci disponibili davano pochi benefici e pochi rischi. Del resto neppure l'editorialista di Lancet commentando la pubblicazione dello studio<sup>2</sup>, ci credeva del tutto: pur riconoscendo grossi meriti alla Cardiologia Italiana, la sua cautela nell'accettare la riduzione di mortalità del 18% nella fase acuta dell'infarto determinata dalla streptochinasi è rimasta famosa, insieme all'ammonizione ai lettori a tenere presenti i risultati dello studio Western Washington, in cui l'apparente beneficio determinato dalla SK intracoronarica si era dissolto al follow-up ad un anno. Suona strano rileggere oggi affermazioni come: "... although the results of the GISSI trial are encouraging, it would be inappropriate for SK immediately to become routine treatment for patients with suspected myocardial infarction..." e ancora: "... although SK is cheaper than the new thrombolytic agents are likely to be, it is still expensive and should not be used wholesale until its effects have been clarified beyond doubt..." Altrettanto sorprendente è constatare che lo stesso editorialista aveva già colto allora che, al di là dei risultati, la forza del GISSI stava nella sua filosofia: "...the organization of this large study is an unparalleled achievement. 176 of the 200 coronary care units in Italy participated, indicating a degree of national cooperation never previously seen in a clinical trial. The period from conception of the idea to publication was less than three years, patients recruitment being completed in seventeen months...".

È vero. E a Fausto Rovelli va riconosciuto il merito di averlo percepito per primo, insieme ad Aldo Selvini e Antonio Lotto. La logica collaborativa del GISSI va considerata più importante dei risultati che ha prodotto: insieme all'ISIS, il GISSI ha dimostrato infatti che per valutare in modo affidabile l'impatto di interventi in pazienti acuti non solo era necessario avere grandi numeri, ma anche, e soprattutto, che questo poteva essere fatto<sup>3</sup>. Dall'ISIS aveva preso il metodo – prima di allora la Cardiologia Italiana non parlava il linguaggio dei megaltrial, fatto di rischi relativi ed assoluti, di intervalli di confidenza, di NNT, di endpoint combinati e via dicendo –, dell'ISIS aveva mantenuto la logica della semplicità. Questa, insieme all'acquisizione della metodologia, ha rappresentato un aspetto decisivo. Un'importante differenza ha fatto tuttavia l'aver dato molto più spazio agli aspetti clinici ed epidemiologici di quanto avessero fatto altri in precedenza. Attraverso una raccolta di dati semplice, ma allargata agli aspetti epidemiologici, il GISSI-1 (e successivamente gli altri studi GISSI), ha permesso la costruzione di database utilizzabili per l'impatto epidemiologico e



*Pietra miliare della via Traiana*

la valutazione prognostica di variabili fisiopatologiche e cliniche. Al GISSI-1 sono legate le prime storiche valutazioni dell'epidemiologia dello stroke dopo trombolisi, (imprescindibile punto di partenza per i confronti con gli effetti dei fibrinolitici successivi), così come le valutazioni dell'impatto dell'età, del sesso, del fumo rispetto alla mortalità dopo infarto, e l'impatto sulla prognosi di eventi clinici seri come la fibrillazione ventricolare e la pericardite. Si poteva in questo già intravedere l'evoluzione verso il GISSI-2, che avrebbe prodotto una delle prime "carte del rischio"<sup>4</sup>, divenute oggi routine dopo un trial: il paziente è stato (e rimane) il punto centrale della logica GISSI. La quasi inesistenza di criteri di esclusione nel GISSI-1, e in tutti gli studi GISSI, ha implicato la trasferibilità immediata alla routine quotidiana degli interventi che via via venivano documentati come efficaci. Così come la partecipazione di tutti i Cardiologi agli studi ha reso possibile costruire i risultati e ha reso automatico il loro trasferimento: a supporto di questo è il rapido incremento del numero di pazienti sottoposti a trombolisi verificatosi negli anni immediatamente successivi al GISSI-1. Il trial clinico diventa così una componente della pratica di routine. Ma solo se è un trial che pone una questione rilevante per la cura di pazienti reali e purtroppo trial con questi intenti sono oggi sempre più rari. Infine il monitoraggio essenziale dei dati ha dimostrato che è possibile ottenere risultati di alta qualità, mantenendo al minimo la burocrazia.

Dà infine una certa soddisfazione pensare che il GISSI è stato preso come modello dagli americani, che, si sa, in genere, amano poco le influenze esterne. Il GUSTO-1 ha fatto sua la logica dando il via a un "serial" di studi clinici di grandi dimensioni, anche se non sempre all'altezza del primo. Anche perché, almeno per quanto riguarda l'infarto acuto rispetto ai tempi del GISSI-1, siamo ora in un'altra era terapeutica, quella della ridondanza, ed è ovviamente sempre più difficile ottenere risultati.

Quale può essere il "take home message" di tutto ciò? Lasciamolo dire al più eccellente sostenitore del GISSI, Bob Califf, il quale, nel suo editoriale su *Circulation* dall'intrigante titolo "Ten years of benefit from a one-hour intervention" a commento dei risultati del follow-up a dieci anni del GISSI-1, così conclude: "...The spirit of the GISSI organization must be replicated to provide a mechanism that can deliver the evidence for the practice of evidence-based medicine...<sup>5</sup>".

Coraggio allora, e avanti con il GISSI-HF!



### Bibliografia preistorica

- 1 ISIS-1 (First International study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomized trial of intravenous atenolol among 16027 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-1. *Lancet* 1986; ii: 57-77.
- 2 Editorial. Streptokinase in acute myocardial infarction. *Lancet* 1986; i: 421-422.
- 3 Yusuf S, Collins R, Peto R. Why do we need some large, simple randomized trials? *Statistics in Medicine* 1984; 3: 409-420.
- 4 Volpi A, De Vita C, Franzosi MG, et al., and the Ad hoc working group of the Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico (GISSI)-2 Data base. Determinants of 6-month mortality in survivors of myocardial infarction after thrombolysis. Results of the GISSI-2 data base. *Circulation* 1993; 88: 416-429.
- 5 Califf RM. Ten years of benefit from a one-hour intervention. *Circulation* 1998; 98: 2649-2651.

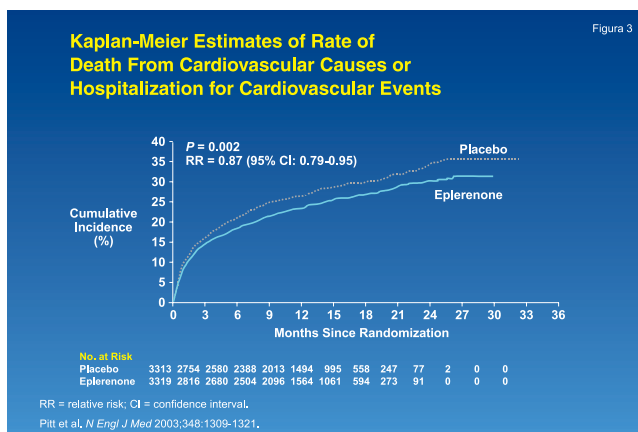
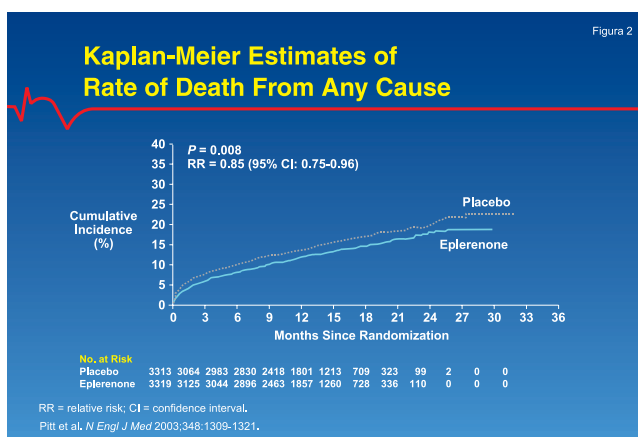
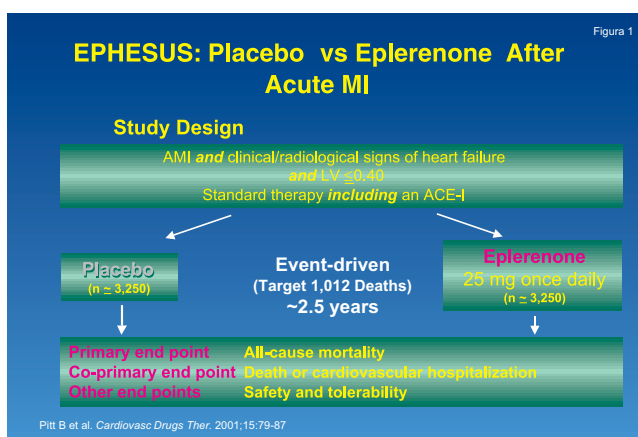
# DALL'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY RISULTATI INCORAGGIANTI PER LE NOSTRE RICERCHE

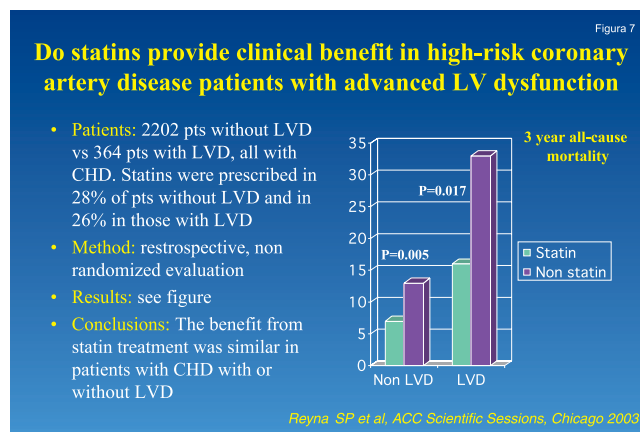
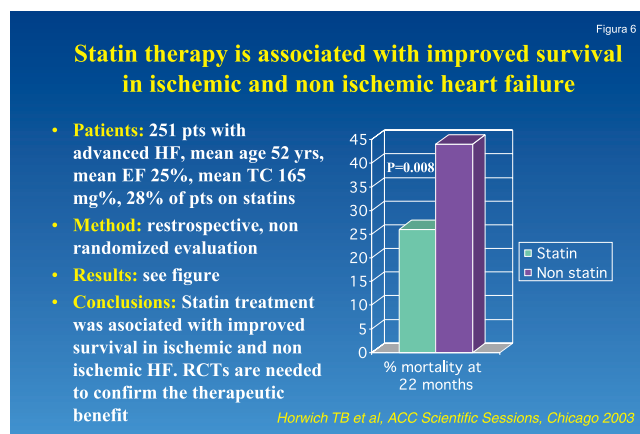
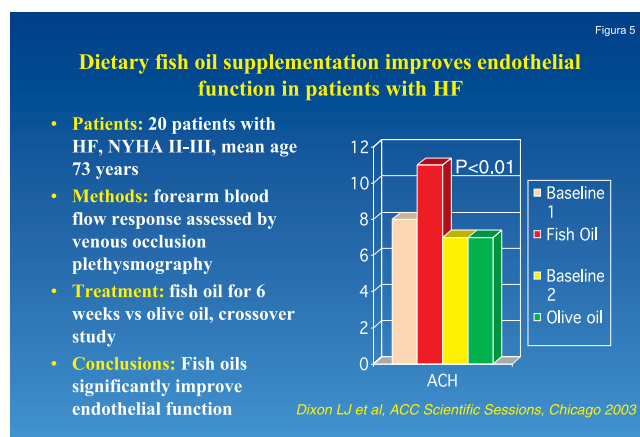
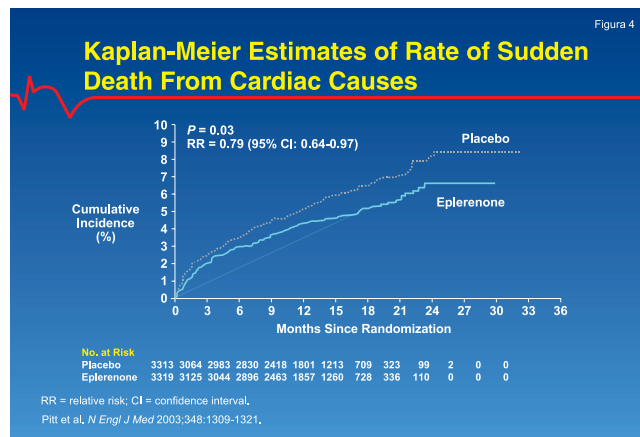


**N**el corso dell'ultimo Congresso dell'American College of Cardiology, tenutosi a Chicago dal 30 marzo al 2 aprile, sono stati presentati i risultati dello studio EPHEBUS (EPlerenonè neuroHormonal Efficacy and SURvival Study).

Questo studio aveva l'obiettivo di valutare in oltre 6.000 pazienti, il profilo di beneficio/rischio di un antagonista recettoriale dell'aldosterone, l'eplerenone, in pazienti con disfunzione ventricolare sinistra postinfartuale. Lo studio è stato pubblicato contemporaneamente sul New England Journal of Medicine. Le Figure 1-4 riportano i risultati principali.

Questi dati rafforzano il razionale dello studio AREA IN-CHF che si propone di valutare gli effetti sul remodelling ventricolare sinistro di un antagonista recettoriale dell'aldosterone, il canrenone, in pazienti con scompenso cardiaco di ogni eziologia in classe funzionale NYHA II. Dopo la dimostrazione di efficacia di questa classe di farmaci nei pazienti con scompenso cardiaco grave, è arrivata con l'EPHEBUS la dimostrazione di efficacia nella disfunzione del VS postinfartuale. Siamo però ancora del tutto privi di evidenze nell'ambito dei pazienti con scompenso lieve. Lo studio AREA IN-CHF ci darà in questo senso informazioni di grande rilievo scientifico.





Interessanti, anche se di minore rilevanza pratica, sono state le presentazioni di alcuni studi che hanno valutato n-3 PUFA e statine in pazienti con scompenso cardiaco.

La Figura 5 sintetizza protocollo e risultati di un piccolo studio, con n-3 PUFA vs placebo, che ha valutato l'effetto di questo supplemento alimentare in termini di miglioramento della funzione endoteliale in pazienti con scompenso.

I risultati favorevoli riscontrati con gli n-3 PUFA ci suggeriscono un altro meccanismo fisiopatologico attraverso il quale potrebbero essere ottenuti miglioramenti dell'outcome clinico di pazienti con scompenso di ogni eziologia.

Le Figure 6 e 7 riportano i risultati di due differenti analisi retrospettive di database nei quali viene confrontato l'effetto sulla mortalità di pazienti con scompenso cardiaco trattati oppure no con statine.

Dato che il confronto non è randomizzato, l'evidenza di beneficio non può essere considerata solida dal punto di vista metodologico nonostante l'applicazione di appropriate correzioni statistiche.

In ogni caso queste osservazioni non possono che essere considerate incoraggianti per l'ipotesi statine del GISSI-HF.

Il razionale del GISSI-HF ne esce sicuramente rafforzato ed ancora una volta ci troviamo nella condizione di testare, in maniera metodologicamente corretta e per primi al mondo, se questi dati incoraggianti, ma sicuramente non definitivi, troveranno conferma in termini di end-point rilevanti per i nostri malati con scompenso.



## NOVITÀ DA HEART CARE FOUNDATION

### I. PROGETTO "AMA IL TUO CUORE" CON LA REGIONE PIEMONTE

È iniziata l'azione con la scuola. Dopo un accordo formale con Assessorato alla Sanità e Direzione Scolastica Regionale, il 10 e 11 marzo si è svolto a Torino il **Corso Seminariale di Formazione dei Docenti**, che ha avuto per temi la promozione dello stile di vita "salvacuore" con focalizzazione sull'alimentazione, sul problema del fumo tra i giovani, sulla attività fisica e sulla psicomotricità.

Hanno partecipato 47 insegnanti, tra i quali diversi dirigenti scolastici in rappresentanza di 36 istituti scolastici o CSA dei quadranti di Torino, Alessandria, Cuneo e Novara. Hanno agito come docenti, in collaborazione con la Direzione Scolastica Regionale e gli esperti delle agenzie DoRS e Regola, le insegnanti Enrica Cazzaniga, autrice del progetto "Il Cuore per Amico", e Marzia Campioni, autrice del progetto "Io, il mio cuore e ...", nonché i cardiologi Brocchi, Comodo, Gattone, Sclavo. La Segreteria di HCF con Giulia ed Angela si è occupata degli aspetti organizzativi e di raccolta dati per la valutazione.

Nel maggio-giugno proseguirà l'attività con i corsi seminariali di un giorno per gli insegnanti dei quattro quadranti che inseriranno nel loro piano di offerta formativa per l'anno 2003-2004 uno dei progetti "Il cuore per amico" o "Io il mio cuore e ...".

### 2. CAMPAGNA "AMA IL TUO CUORE, USA IL CERVELLO"

La campagna "Ama il tuo cuore, usa il cervello" per l'anno 2002-2003, in collaborazione con la Fondazione Aventis e tramite l'agenzia di comunicazione Hill & Knowlton, si è conclusa con un'altra serie di nove Centri commerciali nei quali si è realizzata l'azione di sensibilizzazione alla valutazione del rischio cardiovascolare globale ed al successivo "counseling" cardiologica per coloro che riscontravano un rischio cardiovascolare globale elevato; costoro venivano poi avviati al proprio medico di medicina generale per il percorso successivo da intraprendere.

Come già nell'esperienza precedente sono stati coinvolti cardiologi e infermieri locali con buona ricaduta di interesse suscitato e di adesione della gente, come pure della stampa locale e nazionale che ha ribadito i messaggi dell'iniziativa.

Queste attività si sono svolte nel periodo febbraio-marzo 2003 e hanno avuto luogo in Puglia/Bari (referente G. Pettinati), in Veneto/Vicenza (referente C. Martines), in Lombardia/Milano (referente F. Corbelli), in Umbria/Perugia (referente G. Alunni), in Toscana/Firenze (referente M. Cordoni), in Friuli Venezia Giulia/Udine (referente T. Morgera), in Liguria/Savona (referente G. Gligli), in Calabria/Cosenza (referente P. Morea), in Sardegna/Cagliari (referente G. Scorcu).



È allo studio la possibilità di proseguire la collaborazione con la Fondazione Aventis sempre sul tema della sensibilizzazione alla valutazione del rischio cardiovascolare globale.

### 3. IN FASE DI REALIZZAZIONE IL SITO WEB DI HCF

Con la collaborazione di Saatchi&Saatchi e di Healthware sta prendendo corpo il nuovo doppio sito web di HCF, distinto in un sito istituzionale/[www.heartcarefound.org](http://www.heartcarefound.org) ed in uno prevalentemente per i cittadini/[www.tuttocuore.it](http://www.tuttocuore.it). Con il sottoscritto in funzione di responsabile editoriale temporaneo lavora a tutto campo un **nucleo operativo** attualmente costituito da cinque giovani cardiologi (Roberto Cemin, Anna Frisinghelli, David Mocini, Fabio Turazza (coordinatore), Laura Valagussa), da un "legato" della Segreteria (Lorenzo Pacifici) e da Michela D'Amelia di Healthware.

Il Consiglio di Amministrazione ha definitivamente approvato la "home page" dei due siti così pure la creazione di una "area professionale" collegata a [tuttocuore.it](http://tuttocuore.it), distinta per medici/MMG, infermieri, giornalisti, formatori/insegnanti, usufruibile tramite password.

Rispondendo ad un appello del Presidente Schweiger alcune aree, il centro studi ed il comitato scientifico educativo hanno indicato nominativi da aggiungere a quelli dei referenti HCF come "consultant" per la compilazione di schede e news per i due siti (vedi elenco in tabella).

L'albero del sito istituzionale [www.heartcarefound.org](http://www.heartcarefound.org) prevede: a) sezione istituzionale: chi siamo, l'esperienza (mission, il percorso), perché partecipare, HCF e il mondo, scripta manent, area riservata; b) agenda iniziative: news da HCF, archivio OL; c) sezione riconoscimenti.





L'architettura del sito [www.tuttocuore.it](http://www.tuttocuore.it) inizialmente è così proposta: a) cittadini: news (aggiornamento almeno mensile), a proposito di cuore/saperne di più; b) rubriche: storia della Cardiologia, andiamo a tavola, cuore e sport, primo soccorso; c) centri cardiologici, il cuore on-line. Le aree professionali saranno realizzate dopo la messa on-line del sito. È in via di definizione prioritaria l'area per i più piccoli (4-13 anni) ed i più giovani (over 14) che vedrà attivo il gruppo scuola.

#### 4. DUE IMPORTANTI RICONOSCIMENTI DAL MIUR

Due notizie che sono lieto di portare a conoscenza di tutti i Cardiologi ANMCO riguardano importanti riconoscimenti che HCF ha ottenuto dal MIUR (Ministero Istruzione Università e Ricerca). Infatti la Fondazione in data 1 aprile 2003 ha ottenuto l'accreditamento e la qualificazione come soggetto che offre formazione secondo DM 177/2000: ciò significa che la formazione realizzata nella scuola e con la scuola da HCF è ufficialmente riconosciuta e che anche insegnanti e giovani che collaborano o sono destinatari dell'azione formativa vedono riconosciuta l'attività formativa svolta.

Il 15 aprile 2003 è stato poi siglato un nuovo protocollo di intesa tra MIUR ed HCF della durata di tre anni e rinnovabile, che vede ufficializzate le iniziative a favore dei giovani e dei docenti delle scuole di ogni ordine e grado con "l'obiettivo di sensibilizzare alla prevenzione dell'insorgenza delle patologie cardiovascolari e all'importanza della ricerca scientifica e della bioetica quale fondamento dell'educazione alla salute".

Nel protocollo le azioni previste da parte del MIUR sono relative ad informare i CSA (Centri Servizi Amministrativi), a divulgare nelle scuole e favori-



Una farmacia, Issogne, Valle d'Aosta

re le iniziative previste dal protocollo, anche per genitori e docenti.

La fondazione è tenuta ad impegnarsi per potenziare il centro di documentazione on-line e di rete territoriale; progettare e realizzare corsi di formazione, attività di studio, ricerca e monitoraggio della realtà giovanile; produrre materiale per la formazione a distanza; istituire un Forum on-line per studenti, docenti e genitori.

L'attuazione del protocollo è demandata ad un gruppo di lavoro **nazionale** formato da due rappresentanti del MIUR e due rappresentanti della Fondazione designati dalle parti. Ora quindi la cornice per l'attività con la scuola è compiuta, tocca a tutti noi Cardiologi realizzare il quadro.

## COLLABORANO AL SITO

### GIÀ AL LAVORO

Coordinatore	FRANCO VALAGUSSA - tel. 335/374992 e-mail: valaguss@tin.it
	ROBERTO CEMIN - tel. 0471/909950-909985 e-mail: robcem2000@yahoo.it
	MICHELA D'AMELIA - tel. 089/3061411 e-mail: michela.damelia@healthware.it
	ANNA FRISINGHELLI - tel. 02/9323471-93169548 e-mail: annafris@tin.it

	DAVID MOCINI - tel. 06/51003804 e-mail: david.mocini@fastwebnet.it
	LORENZO PACIFICI - tel. 055/575661 e-mail: heartcarefound@heartcarefound.org
	FABIO TURAZZA - tel. 02/64442563 e-mail: turazza@marionegri.it cardio2trapianti@ospedaleniguarda.it
	LAURA VALAGUSSA - tel. 039/2333082 e-mail: lauraval@tiscalinet.it

### IN STAND BY

#### CONSULENTI

	FAUSTO AVANZINI - tel. 0362/383707 e-mail: fausto.avanzini@tin.it avanzini@marionegri.it
Area Chirurgia	CLAUDIO ZUSSA (Co-Chairman) - tel. 041/2608330 e-mail: zussaclaudio@libero.it
Area Nursing	DOMENICO MICELI (Chairman) - tel. 081/7062850 e-mail: micelidomenico@libero.it cardiologia.monaldi@tin.it
	QUINTO TOZZI (Co-Chairman) - tel. 06/51002910 e-mail: tozzi.quinto@iol.it
	CLAUDIO COLETTA - tel. 06/68352262 e-mail: cole.clau@libero.it
	COSIMO FULGIONE - tel. 081/2545111
	PAOLA DI GIULIO - tel. 011/6706584 e-mail: digiulio@marionegri.it
Area Prevenzione	MARIA GRAZIA SCLAVO - tel. 0165/543341 e-mail: mscl@libero.it
Area Scopenso	GIUSEPPE CACCIATORE (Chairman) - tel. 06/77055873 e-mail: gcacciatore@iol.it
	ANDREA DI LENARDA - tel. 040/399327 e-mail: dilenar@univ.ts.it
	GIANFRANCO MISURACA - tel. 0984/681370 e-mail: g.misuraca@tin.it
	MAURIZIO PORCU - tel. 070/539842 e-mail: porcu.m@tiscalinet.it

#### CENTRO STUDI

Direttore	ALDO MAGGIONI - tel. 055/583400 e-mail: maggioni@anmco.it centro_studi@anmco.it
	GIANNA FABBRI - tel. 055/583400 e-mail: centro_studi@anmco.it

#### REFERENTI PER LE REGIONI

Abruzzo	DOMENICO DI GREGORIO - cell. 333/1697582
Emilia Romagna	ANDREA POZZATI - tel. 051/6644589 e-mail: anpozza@tin.it
Liguria	Dott. GUIDO GIGLI - tel. 0185/6831 e-mail: ggigli@asl4.liguria.it
Marche	Marcello Manfrin - tel. 071/5965027 e-mail: manfrinmar@libero.it
Toscana	MARIO CORDONI - tel. 0565/67290 e-mail: mario.cordoni@tin.it
Umbria	GIULIANA BARDELLI - tel. 0743/210510 e-mail: giulianabardelli@libero.it
	ADRIANO MURRONE - tel. 075/5782238 e-mail: adrianomurron@virgilio.it

#### COMITATO SCIENTIFICO EDUCAZIONALE

	MARCO BOBBIO - tel. 011/6334028 e-mail: marcobobbio@libero.it
	MARINELLA GATTONE - tel. 0322/884711 e-mail: mgattone@fsm.it

## Il Conferimento della Fellowship ANMCO al XXXIV Congresso Nazionale

### Fellow per il campo Scientifico-Didattico-Editoriale e Organizzativo-Gestionale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
BETTINI	ROBERTO	PRESIDIO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI	MEZZOLOMBARDO	TN
BOCCANELLI	ALESSANDRO	OSPEDALE SAN GIOVANNI	ROMA	RM
OLIVARI	ZORAN	OSPEDALE CA' FONCELLO	TREVISO	TV

### Fellow per il campo Scientifico-Didattico-Editoriale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
ALBERTI	ANTONIA	OSPEDALE NIGUARDA	MILANO	MI
ANSALONE	GERARDO	OSPEDALE SAN FILIPPO NERI	ROMA	RM
ASCIONE	LUIGI	OSPEDALE LORETO MARE	NAPOLI	NA
BAGLIANI	GIUSEPPE	PRESIDIO OSPEDALIERO	FOLIGNO	PG
BENEDETTO	FRANCESCO ANTONIO	OSPEDALE E. MORELLI	REGGIO CALABRIA	RC
CASELLA	GIANNI	OSPEDALE MAGGIORE C.A. PIZZARDI	BOLOGNA	BO
CECCHI	ENRICO	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
CHIERCHIA	SERGIO	OSPEDALI CIVILI DI GENOVA	GENOVA	GE
DALLE MULE	JACOPO	OSPEDALE CIVILE DEL CADORE	PIEVE DI CADORE	BL
GIUDICE	PIETRO	A.O. S.GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	SALERNO	SA
GUARINI	PASQUALE	CASA DI CURA VILLA DEI FIORI	NAPOLI	NA
HROVATIN	ENZO	AZIENDA OSPEDAL. S. MARIA DEGLI ANGELI	PORDENONE	PN
KLUGMANN	SILVIO	OSPEDALE NIGUARDA	MILANO	MI
LEVANTESI	GIACOMO	PRESIDIO OSPEDALIERO	VASTO	CH
MAZZONI	VINCENZO	OSPEDALE CIVILE SAN GIUSEPPE	EMPOLI	FI
MORETTI	CLAUDIO	A.O. S. GIOVANNI BATTISTA	TORINO	TO
ONORATO	EUSTAQUIO	CLINICHE GAVAZZENI	BERGAMO	BG
ORSINI	ENRICO	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE LOTTI	PONTEREDERA	PI
PIZZUTI	ALFREDO	OSPEDALE MAURIZIANO	TORINO	TO
SEVERI	SILVA	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	GROSSETO	GR
TRINCHERO	RITA	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
VANELLI	PAOLO	OSPEDALE L. SACCO	MILANO	MI
ZANCHETTA	MARIO	PRESIDIO OSPEDALIERO	CITTADELLA	PD
ZANON	FRANCESCO	PRESIDIO OSPEDALIERO	ROVIGO	RO

### Fellow per il campo Organizzativo-Gestionale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
CHINAGLIA	ALESSANDRA	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
DE MARCHI	MARCO	OSPEDALE GENERALE REGIONALE	AOSTA	AO
MICELI	DOMENICO	AZIENDA OSPEDALIERA VINCENZO MONALDI	NAPOLI	NA
PIOVESANA	PIERGIUSEPPE	OSPEDALE CIVILE PIETRO COSMA	CAMPOSAMPIERO	PD

## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

Puoi pagare la quota associativa con la tua **Carta di Credito**; basta compilare il coupon allegato ed inviarlo via fax alla Segreteria ANMCO, che provvederà al prelevamento.

### Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina a fianco ed invialo al Presidente Regionale ANMCO della tua Regione per il preliminare visto di approvazione.

Se la richiesta sarà definitivamente accolta dal Consiglio Direttivo, potrai regolarizzare l'iscrizione utilizzando anche la tua **Carta di Credito**.

L'iscrizione prevede il pagamento di € 10,33 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 51,65 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 41,32 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 30,99 per i Soci Aggregati

La quota sociale è comprensiva dell'abbonamento alla rivista "Italian Heart Journal".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Autorizzo a prelevare € \_\_\_\_\_

per la quota associativa dell'anno \_\_\_\_\_

#### Socio Ordinario

- € 51,65 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 41,32 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 10,33 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

#### Socio Aggregato

- € 30,99

a mezzo carta credito:

Carta Si  Carta Visa  Eurocard  Master Card

numero carta:

\_\_\_\_\_

data di scadenza:

\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)

## PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2002 - 2004

### ABRUZZO

Dott. ANGELO VACRI - Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE) - tel. 085/82761 - e-mail: [angelougo.vacri@tin.it](mailto:angelougo.vacri@tin.it)

### BASILICATA

Dott.ssa LUCIA PALUMBO - Ospedale Regionale S. Carlo - Contrada Macchia Romana - 85100 POTENZA - tel. 0971/612357

### CALABRIA

Dott. GIUSEPPE ZAMPAGLIONE - Ospedale Civile San Giovanni di Dio - Via XXV Aprile - 88900 Crotona (KR) - tel. 0962/924111 - e-mail: [zampg@libero.it](mailto:zampg@libero.it)

### CAMPANIA

Dott. CARMELO CHIEFFO - Ospedale Civile - Via Tescione - 81100 CASERTA - tel. 0823/232395 - e-mail: [riabce@tin.it](mailto:riabce@tin.it)

### EMILIA ROMAGNA

Dott. UMBERTO GUIDUCCI - Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento, 80 - 42100 Reggio Emilia - tel. 0522/296111 - e-mail: [guiducci.umberto@asmn.re.it](mailto:guiducci.umberto@asmn.re.it)

### FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott. GIANFRANCO SINAGRA - Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111 - e-mail: [gianfranco.sinagra@aots.sanita.fvg.it](mailto:gianfranco.sinagra@aots.sanita.fvg.it)

### LAZIO

Prof. MASSIMO SANTINI - Ospedale S. Filippo Neri - Via G. Martinotti, 20 - 00135 ROMA - tel. 06/33062294 - e-mail: [m.santini@rmnet.it](mailto:m.santini@rmnet.it)

### LIGURIA

Dott. ROBERTO MUREDDU - Ospedale Civile - Via S. Agata, 57 - 18100 Imperia - tel. 0183/794352 - e-mail: [im.cardiologia@asl1.liguria.it](mailto:im.cardiologia@asl1.liguria.it)

### LOMBARDIA

Dott. ANTONIO VINCENTI - Ospedale San Gerardo - Via Donizzetti, 106 - 20052 MONZA - tel. 039/2333032 - e-mail: [monzarit@tin.it](mailto:monzarit@tin.it)

### MARCHE

Dott. NINO CIAMPANI - Ospedale Civile - Via Cellini, 1 - 60019 Senigallia (AN) - tel. 071/79091 - e-mail: [nino.ciampani@tin.it](mailto:nino.ciampani@tin.it)

### MOLISE

Dott.ssa VANDA MAZZA - Ospedale F. Veneziale - Via S. Ippolito - 86170 ISERNIA - tel. 0865/442285 - e-mail: [vandam@supereva.it](mailto:vandam@supereva.it)

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. GIULIANO BROCCHI - Ospedale Martini - Via Tofane, 71 - 10142 Torino - tel. 011/70951 - e-mail: [gbrocchi@libero.it](mailto:gbrocchi@libero.it)

### P.A. BOLZANO

Dott. WALTER PITSCHIEDER - Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO - tel. 0471/909950 - e-mail: [walter.pitschieder@asbz.it](mailto:walter.pitschieder@asbz.it)

### P.A. TRENTO

Dott. ROBERTO BETTINI - Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN) - tel. 0461/611111 - e-mail: [bettini@tn.apss.tn.it](mailto:bettini@tn.apss.tn.it)

### PUGLIA

Dott. GIANFRANCO IGNONE - Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi - tel. 0831/537466 - e-mail: [ignonegf@libero.it](mailto:ignonegf@libero.it)

### SARDEGNA

Dott. PAOLO BONOMO - Ospedale SS. Trinità - Via Is. Mirrionis, 92 - 09100 CAGLIARI - tel. 070/6091 - e-mail: [paobonomo@interfree.it](mailto:paobonomo@interfree.it)

### SICILIA

Dott. MICHELE GULIZIA - Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania - tel. 095/7591111 - e-mail: [michele.gulizia@tin.it](mailto:michele.gulizia@tin.it)

### TOSCANA

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI - Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 FIRENZE - tel. 055/4277285 - e-mail: [frmazzuo@tin.it](mailto:frmazzuo@tin.it)

### UMBRIA

Dott. GIORGIO MARAGONI - Ospedale S. Matteo degli Infermi - Via Loreto, 3 - 06049 SPOLETO - tel. 0743/210513 - e-mail: [g.maragoni@asl3.umbria.it](mailto:g.maragoni@asl3.umbria.it)

### VENETO

Dott. LOREDANO MILANI - Ospedale Civile - Via N. Sauro, 25 - 30027 San Donà di Piave (VE) - tel. 0421/227111 - e-mail: [cardiosd@dacos.it](mailto:cardiosd@dacos.it)



## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36  
Tel. 055 571798 - Fax 055 579334 - e-mail: soci@anmco.it



**Non compilare**

Codice Unico \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Non compilare**

Codice ANMCO \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Abitazione: INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Anno di laurea \_\_\_\_\_ Specializzato in Cardiologia  SI  NO Anno di specializzazione \_\_\_\_\_

Altre specializzazioni \_\_\_\_\_

### COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

**Ruolo:**  Cardiologo  Cardiocirurgo  Medico

**Struttura:**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  Privata  
 Altro \_\_\_\_\_

### Tipologia:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia *                           | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiocirurgia *                         |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto *   | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto *   |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina *                                 | <input type="checkbox"/> Altro * _____   |
- \* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**):  SI  NO

Nome del Primario o facente funzione \_\_\_\_\_

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) \_\_\_\_\_

### Presidio:

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL REPARTO: \_\_\_\_\_

### Qualifica:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente II livello                          | <input type="checkbox"/> Dirigente I livello | <input type="checkbox"/> Prof. Ordinario | <input type="checkbox"/> Prof. Associato |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Medico in formazione | <input type="checkbox"/> Medico di base      | <input type="checkbox"/> Altro _____     |  |

In quiescenza:

Non di ruolo:

**Non compilare**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)

## CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

### Generale (non più di due):

- Cardiologia clinica - CCL
- Cardiologia pediatrica - CPD
- Cardiologia preventiva e sociale - CPR
- Cardiologia dello sport e/o del lavoro - CSP
- Riabilitazione cardiologica - RBL
- Terapia intensiva cardiologica - TI
- Epidemiologia clinica - EPC
- Cardiologia sperimentale - CS
- Ipertensione - IPR
- Cardiocirurgia - CCH

### Specifico (non più di due):

- Elettrocardiografia - ECG
- Ecocardiografia - ECO
- Emodinamica - EMO
- Ergometria e valutazione funzionale - ERG
- Informatica - INF
- Risonanza Magnetica Nucleare - RMN
- Elettrofisiologia ed Aritmologia - EFS
- Elettrostimolazione - EST
- Ecografia vascolare - ECV
- Cardiologia nucleare - CNC
- Aterosclerosi, emostasi trombotici - AET

- Angiologia - ANG
- Biologia cellulare del cuore - BCC
- Cardiopatie valvolari - CAV
- Circ. Polmonare e funz. ventr. Destra - CPF
- Farmacologia in cardiologia - FCA
- Insufficienza cardiaca - INC
- Malattie miocardio e pericardio - MMP

### Altro (non più di due):

- Attività sindacale - ATS
- Pianif. ed organizz. Strutture sanit. - OSS
- Organizz. Manifestaz. Culturali - OMC

### Sono interessato alla seguente Area:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR               | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH  | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU               |
| <input type="checkbox"/> Area Genetica - AG              | <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP |
| <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ | <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS     | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione - AP                      |
| <input type="checkbox"/> Area Scopenso - AS              |   |   |

- Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Heart Care Foundation - ONLUS

### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge 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 alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S.Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, 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.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., 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.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, 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 ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, ECO s.r.l., Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S.Matteo).

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

DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI

DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Presidente Regionale ANMCO \_\_\_\_\_ della Regione

\_\_\_\_\_ dichiara che il suddetto collega, in base allo Statuto ed ai Regolamenti dell'Associazione, può essere iscritto nell'Albo dei Soci dell'ANMCO con la qualifica di:

Socio Ordinario  Socio Aggregato

Data \_\_\_\_\_

Il Delegato \_\_\_\_\_

La presente domanda d'iscrizione è stata accolta dal Consiglio Direttivo ANMCO in data \_\_\_\_\_

Il Segretario \_\_\_\_\_



## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055/588784 - Fax 055/579334  
e-mail: aree@anmco.it

### Are ANMCO chi è interessato?

Utilizza il presente modulo anche se non hai ancora dato il consenso per il trattamento dei dati personali

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

- Socio ANMCO     Non Socio     Dirigente di struttura complessa     Dirigente con altri incarichi dirigenziali  
 Infermiere     Altro

#### Indirizzo abitazione:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

#### Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE STRUTTURA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL REPARTO \_\_\_\_\_

Nome del Primario \_\_\_\_\_

#### Sono interessato alla seguente Area:

- Area Aritmie - AR     Area Chirurgica - ACH     Area Emergenza/Urgenza - AEU  
 Area Genetica - AG     Area Informatica - AIN     Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP  
 Area Management & Qualità - AMQ     Area Nursing - ANS     Area Prevenzione - AP  
 Area Scompensazione - AS

#### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge 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 alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S.Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, 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.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., 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.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, 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 ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S.Matteo).

- INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI**     DO IL CONSENSO     NEGO IL CONSENSO  
**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI**     DO IL CONSENSO     NEGO IL CONSENSO

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





# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



Edizioni Cardiologiche Ospedaliere S.r.l.  
50121 Firenze - Via La Marmorata, 36  
Tel. 055/588784 - Fax 055/579334  
<http://www.anmco.it>  
e-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

**Se desiderate segnalare un cambio di indirizzo presso cui ricevere  
il Notiziario "Cardiologia negli Ospedali"  
si prega di compilare e spedire il coupon sottostante o scrivete a:  
[cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Vi invitiamo a segnalare eventuali modifiche del vostro profilo  
già comunicato in precedenza compilando il seguente form**

DENOMINAZIONE OSPEDALE \_\_\_\_\_  
DENOMINAZIONE STRUTTURA \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL REPARTO \_\_\_\_\_  
Nome del Primario \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmorata n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico e ECO s.r.l. è la società di servizi che edita Cardiologia negli Ospedali. 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 alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmorata n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S. Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, 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.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., 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 o al ricevimento della rivista.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO e ECO assicurano l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, 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 ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmorata 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S. Matteo).

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

DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI**

DO IL CONSENSO  NEGO IL CONSENSO

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

**Se si desidera ricevere una copia del Notiziario "Cardiologia negli Ospedali" si prega di compilare e spedire il coupon sottostante al numero di fax:**

**055 579334**

**Il giornale Vi verrà recapitato a stretto giro di posta**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

**Desidero che inviate una copia a:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge 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 e ECO s.r.l. è la società di servizi che edita Cardiologia negli Ospedali. 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 alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S. Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, 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.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., 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 o al ricevimento della rivista.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO e ECO assicurano l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, 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 ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S. Matteo).

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI**

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## COMITATI DI COORDINAMENTO AREE ANMCO 2003-2004

### AREA ARITMIE

*Chairman:* Pietro Delise (Conegliano Veneto - TV)  
*Co-Chairman:* Maurizio Lunati (Milano)  
*Comitato di Coordinamento:* Fabrizio Ammirati (Roma),  
 Domenico Catanzariti (Rovereto - TN),  
 Michele Gulizia (Catania), Marco Scaglione (Asti)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie)

### AREA CHIRURGICA

*Chairman:* Ettore Vitali (Milano)  
*Co-Chairman:* Claudio Zussa (Venezia - Mestre)  
*Comitato di Coordinamento:* Claudio Grossi (Cuneo),  
 Alessandro Mazzola (Teramo),  
 Lorenzo Menicanti (S. Donato Milanese - MI),  
 Alessandro Pardini (Terni)  
*Consulente Editoriale:* Felice Achilli (Merate - LC)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/chirurgica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/chirurgica)

### AREA EMERGENZA-URGENZA

*Chairman:* Leonardo Bolognese (Arezzo)  
*Co-Chairman:* Cesare Greco (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:* Gianni Casella (Bologna),  
 Claudio Cuccia (Brescia), Claudio Fresco (Udine),  
 Filippo Ottani (Vicenza)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Cesare Baldi (Salerno),  
 Irene Bossi (Milano), Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV),  
 Stefano De Servi (Legnano - MI), Francesco Liistro (Arezzo),  
 Patrizia Maras (Trieste)  
*Referenti per le problematiche relative alle reti di  
 emergenza - urgenza:*  
 Alessandro Capucci (Piacenza), Maurizio Marzegalli (Milano)  
*Consulente Scientifico:* Stefano Savonitto (Milano)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza)

### AREA INFORMATICA

*Chairman:* Gianfranco Mazzotta (Genova)  
*Co-Chairman:* Antonio Di Chiara (Udine)  
*Comitato di Coordinamento:* Fabio Fonda (Trieste),  
 Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma),  
 Augusto Ruggeri (Bologna)

### Comitato G8 - Cardio ANMCO

*Coordinatori:* Gianfranco Mazzotta (Genova),  
 Antonio Di Chiara (Udine), Giancarlo Carini (Bologna)  
*Per l'ecocardiografia:* Luigi Badano (Udine)  
*Per l'ergometria:* Stefano Urbinati (Bologna)  
*Per l'emodinamica:* Leonardo Paloscia (Pescara)  
*Per l'aritmologia:* Massimo Zoni Berisso (Genova)  
*Per la prevenzione:* Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)  
*Per la cardiologia nucleare:* Claudio Marcassa (Veruno - NO)  
*Per le SCA:* Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV), per il  
 Gruppo di Lavoro apposito

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica)

### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

*Chairman:* Pietro Zonzin (Rovigo)  
*Co-Chairman:* Giuseppe Favretto (Treviso)  
*Comitato di Coordinamento:* Franco Casazza (Milano),  
 Stefano Ghio (Pavia), Francesco Greco (Cosenza),  
 Andrea Perkan (Trieste)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo)

### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

*Chairman:* Pier Antonio Ravazzi (Alessandria)  
*Co-Chairman:* Vincenzo Cirrincione (Palermo)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Giovanni D'Angelo (Oliveto Citra - SA),  
 Francesco De Vito (Veruno - NO),  
 Roberto Lorenzoni (Lucca), Giuseppe Tricoli (Palermo)  
*Consulenti:* Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente),  
 Franco Ingrassia (Palermo), Francesco Mazzuoli (Firenze)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/management](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/management)

### AREA NURSING

*Chairman:* Domenico Miceli (Napoli)  
*Co-Chairman:* Quinto Tozzi (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Giulietta Ferranti (Bentivoglio - BO),  
 Rossella Gilardi (Milano), Pasquale Monea (Reggio Calabria),  
 Lucia Sabbadin (Trento)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Claudio Coletta (Roma),  
 Tiziana Maietta (Roma), Angelo Palatella (Benevento)  
*Consulenti:* Paola Di Giulio (Torino)  
*Referente Area Chirurgica:* Antonio Vicentini (Milano)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing)

### AREA PREVENZIONE

*Chairman:* Massimo Uguccioni (Roma)  
*Co-Chairman:* Carmine Riccio (Caserta)  
*Comitato di Coordinamento:* Maurizio Abrignani (Trapani),  
 Cristina M. Castello (Verona), Furio Colivicchi (Roma),  
 Maria Grazia Sclavo (Aosta)  
*Consulente Editoriale:* Pompilio Faggiano (Brescia)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione)

### AREA SCOMPENSO

*Chairman:* Giuseppe Cacciatore (Roma)  
*Co-Chairman:* Andrea Di Lenarda (Trieste)  
*Comitato di Coordinamento:* Gerardo Ansalone (Roma),  
 Gianfranco Misuraca (Cosenza), Fabrizio Oliva (Milano),  
 Gianfranco Alunni (Perugia)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Giovanni Pulignano (Roma),  
 Luigi Tarantini (Belluno), Guido Gigli (Rapallo - GE)  
*Medical Writer:* Renata De Maria (Milano)

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

## **AIAC e ANMCO: RUOLI DIVERSI E INTERRELAZIONI IN FAVORE DELLO SVILUPPO DELLA ARITMOLOGIA ITALIANA**



AIAC e ANMCO hanno fortemente contribuito allo sviluppo della aritmologia italiana in questi ultimi anni. L'AIAC ha avuto una attività particolarmente vivace (varo di un congresso nazionale, pubblicazione di una rivista propria, entrata internazionale ecc.) e si è data una struttura organizzativa avanzata (sede propria, personale di segreteria, ecc.) diventando un punto di riferimento privilegiato per gli specialisti della materia, sia ospedalieri che universitari. L'ANMCO nella sua attività ecumenica ha promosso tra gli altri anche il settore dell'aritmologia, dandone spazio nel suo congresso nazionale, facendo didattica con il Learning Centre e producendo vari studi di respiro clinico (FIRE, EGSYS) grazie alla sua capacità di coinvolgere la globalità dei cardiologi clinici. AIAC e ANMCO nella sostanza hanno lavorato in parallelo, spesso coinvolgendo soggetti impegnati sia nell'una che nell'altra Associazione. Quest'ultimo fatto ha dato l'impressione di un dispendio di energie e fatto sorgere il dubbio che fosse più utile unire le forze e creare in Italia un gruppo aritmologico unico. Tale analisi ha portato all'ipotesi di riconoscere nell'AIAC il ruolo

di Gruppo di Studio unico dell'Aritmologia Italiana e di sciogliere l'Area Aritmie dell'ANMCO. A sostegno di tale tesi recita anche la constatazione che con la nascita della FIC (Federazione Italiana di Cardiologia) il riconoscimento di un unico Gruppo di Studio, per giunta trasversale (ANMCO e SIC), faciliterebbe i contatti della aritmologia italiana con la Società Europea di Cardiologia.

Il ragionamento per certi aspetti "non fa una grinza", ma merita tuttavia alcune riflessioni:

- a. L'AIAC ha certamente le carte in regola per candidarsi a diventare il Gruppo di Studio della Aritmologia Italiana all'interno della FIC. In questo ruolo inoltre avrebbe pieno titolo per rappresentare gli aritmologi italiani ospedalieri e universitari all'interno della Società Europea di Cardiologia;
- b. La caratteristica di Gruppo di Studio ne definisce tuttavia anche i limiti, cioè il fatto di essere una aggregazione di specialisti che, per definizione, tende ad affrontare in modo settoriale i problemi e ha difficoltà ad interagire a livello organizzativo



CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie)



**Berthe Morisot, *Le due sorelle***

e scientifico con il più ampio consesso dei cardiologi clinici e/o dei cardiologi che afferiscono alle altre aree della cardiologia (Area Emergenza, Area Scompensato, Area Prevenzione ecc.);

- c. L'ANMCO non può demandare interamente a un gruppo di studio, anche se autorevole e ad essa strettamente correlato, il campo dell'aritmologia perché così facendo escluderebbe dai grandi temi aritmologici (es. fibrillazione atriale) la globalità del consesso cardiologico e perderebbe l'opportunità di una compartecipazione molto più vasta.

Per analogia, è come se l'ANMCO demandasse al GISE tutta la problematica delle sindromi ischemiche acute, dimenticando che l'angina instabile e l'infarto miocardico non riguardano solo gli emodinamisti, ma la cardiologia nella sua globalità.

In tutta onestà intellettuale, i componenti dell'Area Aritmie (compreso anche il past-chairman) ritengono che l'AIAC e l'ANMCO abbiano ruoli e funzioni diverse che non sono e non devono essere competitivi e antagonisti.

Come tutti sappiamo, un certo antagonismo si è forse creato nel momento storico in cui l'Area Aritmie fu fondata, ma con

il tempo le cose sono profondamente mutate. Oggi l'AIAC ha un suo campo di interesse ben definito e riconosciuto: quello di gruppo di studio degli aritmologi specialisti, una fetta importante ma pur sempre solo una fetta dei cardiologi che operano nelle nostre strutture di Cardiologia. L'ANMCO ha un campo di interesse diverso, meno specifico, ma più vasto: le problematiche aritmologiche di ampio respiro clinico che coinvolgono tutti i cardiologi e non solo chi impianta pacemaker o defibrillatori o che si interessa di elettrofisiologia ed ablazione. Per fare ancora un esempio, l'AIAC potrebbe produrre uno studio MADIT, ma uno studio come l'AFFIRM nascerebbe più facilmente dall'ANMCO.

In sintesi, lo scenario che si profila è quello di un'AIAC gruppo di studio ufficiale e indipendente della FIC (organo sia ospedaliero che universitario, e quindi indirettamente anche dell'ANMCO) con piena rappresentatività internazionale. In parallelo l'ANMCO mantiene la sua autonomia di Associazione ospedaliera e il dovere di interessarsi dei problemi di aritmologia clinica.

Nel fare ciò ha il diritto di servirsi dei bracci operativi di cui dispone, compresa l'Area Aritmie.

Sul piano scientifico, chiariti i ruoli, appare indispensabile una stretta collaborazione tra AIAC e ANMCO per evitare sovrapposizioni, dispendio di risorse e inutili conflitti. I modi della collaborazione andranno studiati dai Direttivi delle due Associazioni e istituzionalizzati nei rispettivi statuti/regolamenti.

Per quanto riguarda infine i problemi organizzativi degli aritmologi è fortemente consigliabile che essi abbiano il pieno supporto delle Associazioni Maggiori, e dell'ANMCO in particolare, per raggiungere il peso specifico sufficiente per essere ascoltati dalle istituzioni amministrative e politiche.

## AMPIA ADESIONE DELLA CARDIOLOGIA ITALIANA A BLITZ-2, STUDIO OSSERVAZIONALE DEDICATO AI PAZIENTI CON SINDROME CORONARICA ACUTA NON ST-ELEVATION



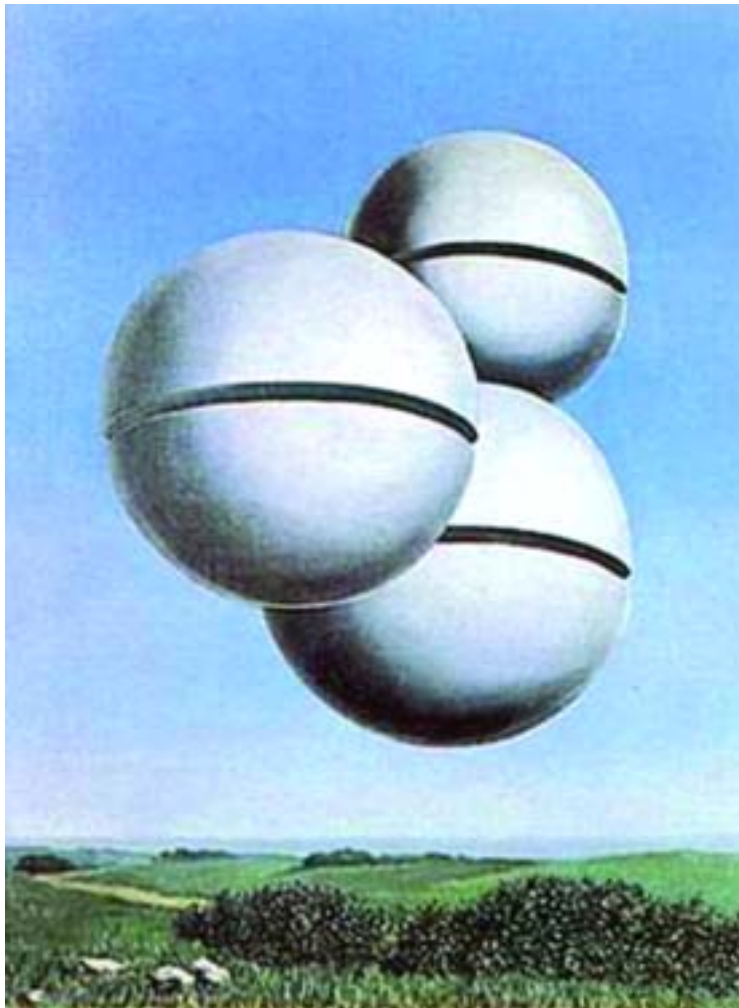
**L'**Investigator's Meeting di BLITZ-2, tenutosi il 5 maggio, ha immediatamente preceduto l'avvio della raccolta dati, in svolgimento dal 6 al 27 maggio 2003. I Ricercatori si sono riuniti in nove sedi, tre al Nord (Torino, Milano e Padova), tre al Centro (Roma, Pisa e Bologna) e tre al Sud (Napoli, Bari e Catania). Il collegamento in Videoconferenza via satellite ha permesso ai Ricercatori di seguire interattivamente le

relazioni presentate nella sede di Roma, ove era presente lo Steering Committee. Nelle diverse sedi i Presidenti Regionali ANMCO hanno coordinato i lavori in aula, presentando allo Steering Committee le domande dei Ricercatori.

In apertura il Presidente Alessandro Boccellini ha tratteggiato le linee di sviluppo dell'ANMCO, ha ribadito l'attenzione dedicata dalla Associazione al settore della Cardio-

patia Ischemica ed ha sottolineato l'interesse che i dati di carattere epidemiologico suscitano nella Cardiologia Italiana, negli ambiti della gestione della Salute a livello Nazionale e Regionale e nell'Istituto Superiore di Sanità.

Dopo la lezione magistrale di Stefano Savonitto sulle nuove Linee Guida Europee si è entrati nello specifico di BLITZ-2, con le relazioni di Cesare Greco sul protocollo, di Antonio Di Chiara sul Case Report Form e di Augusto Ruggeri sull'impiego di Internet e CRF informatico. Come è noto, la raccolta dati su supporto informatico in collegamento via Internet costituisce per i Ricercatori un banco di prova e rappresenta un tentativo



René Magritte, *Voice of space*

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza)

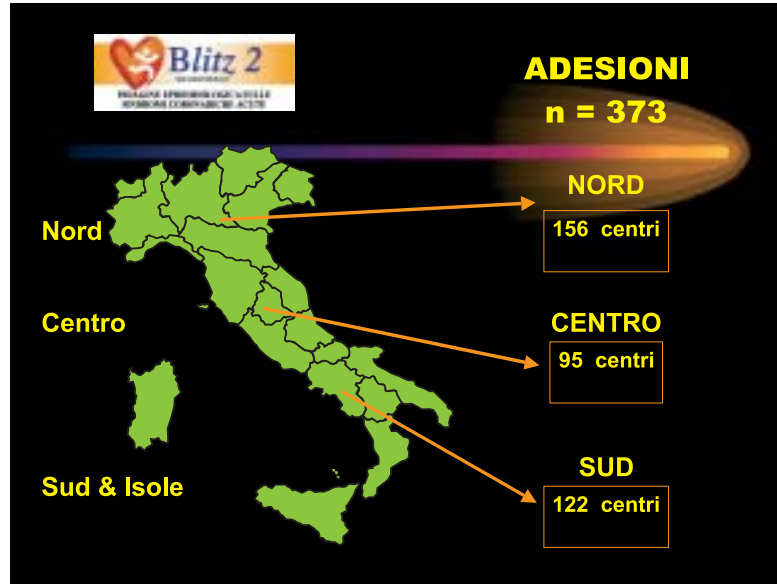


Tabella 1

**Blitz 2**  
**Adesioni: stato di avanzamento al 2 Maggio 2003**

	Nord	Centro	Sud	Italia
Invitati	269	144	212	625
Non risposto	63	35	72	170
Non aderenti	50	14	18	82
<b>Aderenti</b>	<b>156</b>	<b>95</b>	<b>122</b>	<b>373</b>
Autocertificazione	132	83	106	321

• Universitarie **29**  
 • Ospedaliere **308**  
 • Accreditate **36**

Tabella 2

da quelli che saranno i risultati dell'indagine BLITZ-2, registriamo fin d'ora un successo di ordine generale: il grande desiderio e la prontezza con cui la Cardiologia Italiana risponde alle sollecitazioni culturali e alle iniziative di carattere osservazionale. Basta scorrere i numeri delle adesioni pervenute in pochi giorni e presentate nella Tabella 1 per confermare che nell'aprile 2003 la volontà di partecipazione dei Centri Cardiologici è stata ampia, superando le attese, come già era accaduto nell'autunno 2001, per il primo studio BLITZ.

Anche se non sarà possibile la partecipazione di tutti i Centri – limitata in alcuni casi dalla incompatibilità tra la tempistica imposta da BLITZ-2 ed il regolamento di alcuni Comitati Etici –

di innovazione rispetto ai tradizionali metodi di raccolta dati. È seguita una vivace discussione, guidata da Leonardo Bolognese e, nel pomeriggio, l'esercitazione con simulazioni di raccolta dati da parte dei Ricercatori, guidata nelle varie sedi da un Esperto dell'Area Emergenza.

Le difficoltà dello studio, che per tempistica e metodologia rappresenta per tutti una sfida, non sono poche. Indipendentemente

resta di grande significato la presenza di 310 Ricercatori all'Investigator's Meeting e l'intendimento manifestato da 373 Istituzioni Cardiologiche con degenza, comprendenti Reparti Ospedalieri, Universitari e Strutture Accreditate (Tabella 2).

Degli sviluppi di BLITZ-2, studio reso possibile dal supporto di Merck Sharp & Dohme, verrà data notizia già a partire dal XXXIV Congresso Nazionale ANMCO.

## GLI SVILUPPI DEL G8-CARDIO ANMCO

**P**er un po' di tempo non si è parlato del G8-Cardio ANMCO; questo fatto deriva da un lungo lavoro, dall'ottobre scorso, che ha coinvolto il Consiglio Direttivo, l'Area Informatica, i legali dell'ANMCO, i quali hanno preso in considerazione, discusso e analizzato proposte multiple per porgere un sistema informatico agile ed utile ai Soci (impresa rivelatasi molto difficile).

Ci siamo addentrati in aspetti molto complessi – capitolati, progetti, budget, business plan, attività di help on line per i Soci, numero verde, gestione della privacy, ecc. – che hanno richiesto concentrazione, energia e tempo. Ci scusiamo quindi del silenzio, dovuto a pesante e duro “working in progress”.

### **Il G8 Cardio-ANMCO è un'avventura entusiasmante ma difficilissima.**

L'approntamento di software di archivio condivisi è ormai un'esigenza sentita diffusamente in Europa e negli Stati Uniti.

In questi anni di lavoro pionieristico, l'ANMCO ha percorso strade inesplorate su questo argomento, facendo molti passi in avanti; ma è stata una fatica di Sisifo, per la difficoltà di interlocuzione tra l'ANMCO e le Associazioni scientifiche di settore, per la difficoltà di approntare un software ampio e funzionale, per le difficoltà (assolutamente insostenibili) incontrate lungo la strategia “client server” (legate ai desideri diversi e alle diverse caratteristiche tecnologiche dei singoli centri). Il merito di tutti i passi in avanti fatti è di Marco Tubaro, a cui secondo noi deve andare la riconoscenza di tutta l'Associazione.

**La strategia client server** (inviare il Cd

Rom con il programma per uso su PC) **si è dimostrata impossibile da sostenere**, almeno ad ampio raggio: ogni singolo centro ha problemi diversi, che si moltiplicano ad ogni passo che viene fatto e ad ogni modifica che viene richiesta.

Quando però si decise di intraprendere questo programma, anni fa, sembrò l'unica possibile; il tempo e la velocità dello sviluppo tecnologico propongono però da una parte problemi, dall'altra strade di anno in anno diverse, e poco immaginabili a priori. Oggi, nel 2003, sia all'Area Informatica che al Consiglio Direttivo, sembra proprio che **Internet sia la strada da privilegiare**.

Di conseguenza, con questa nostra lettera intendiamo comunicare ai Soci che il G8-Cardio ANMCO sarà messo in rete, e si potranno refertare gli esami e mantenere l'archivio, eseguire le query, ecc. lavorando in Internet.

Ovviamente, ci sono diversi problemi da risolvere, dalla trascrizione dell'intero file per la rete, il suo funzionamento on-line con collegamenti multipli, l'help desk, il call center, la gestione della privacy: sono tutti aspetti sui quali, ci ripetiamo, è stata posta grande attenzione, discutendone dettagliatamente e ripetutamente, ed altri problemi ancora dovranno essere via via risolti.

Nel momento in cui scriviamo, **è aperta la gara** per scegliere il provider che eseguirà questa commessa (molto onerosa per l'ANMCO sul piano finanziario).

**Il G8-Cardio ANMCO nel giro di pochi mesi “girerà” su Internet.** La gestione sul web consentirà anche il debugging durante il beta test e l'uso corrente. La verosimile prospettiva di un sempre maggiore coinvolgimento di ogni azienda sanitaria locale nella realizzazione dei propri sistemi informativi e la presenza di alcune

#### Comitato di Coordinamento Area Informatica 2003/2004

Chairman:  
Gianfranco Mazzotta

Co-Chairman:  
Antonio Di Chiara

Comitato di Coordinamento:  
Fabio Fonda  
Walter Pitscheider  
Christian Pristipino  
Augusto Ruggeri



CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica)

esperienze locali di database (seppur largamente minoritarie a livello nazionale) ha spinto inoltre l'Area Informatica a proporre la realizzazione di uno strumento aggiuntivo e complementare a quello già esistente che consenta di poter estrarre da altri database un insieme di dati riconosciuti essenziali dall'ANMCO (core data set o minimal data set) per poterne condividere i contenuti con il database G8-Cardio ANMCO presente sul WEB che sarà invece disponibile per tutte quelle realtà che sono sprovviste di database propri (attualmente la grande maggioranza delle cardiologie italiane).

La logica di tale progetto aggiuntivo può essere sintetizzata dal prospetto sottostante, la cui principale paternità va a Walter Pitscheider.

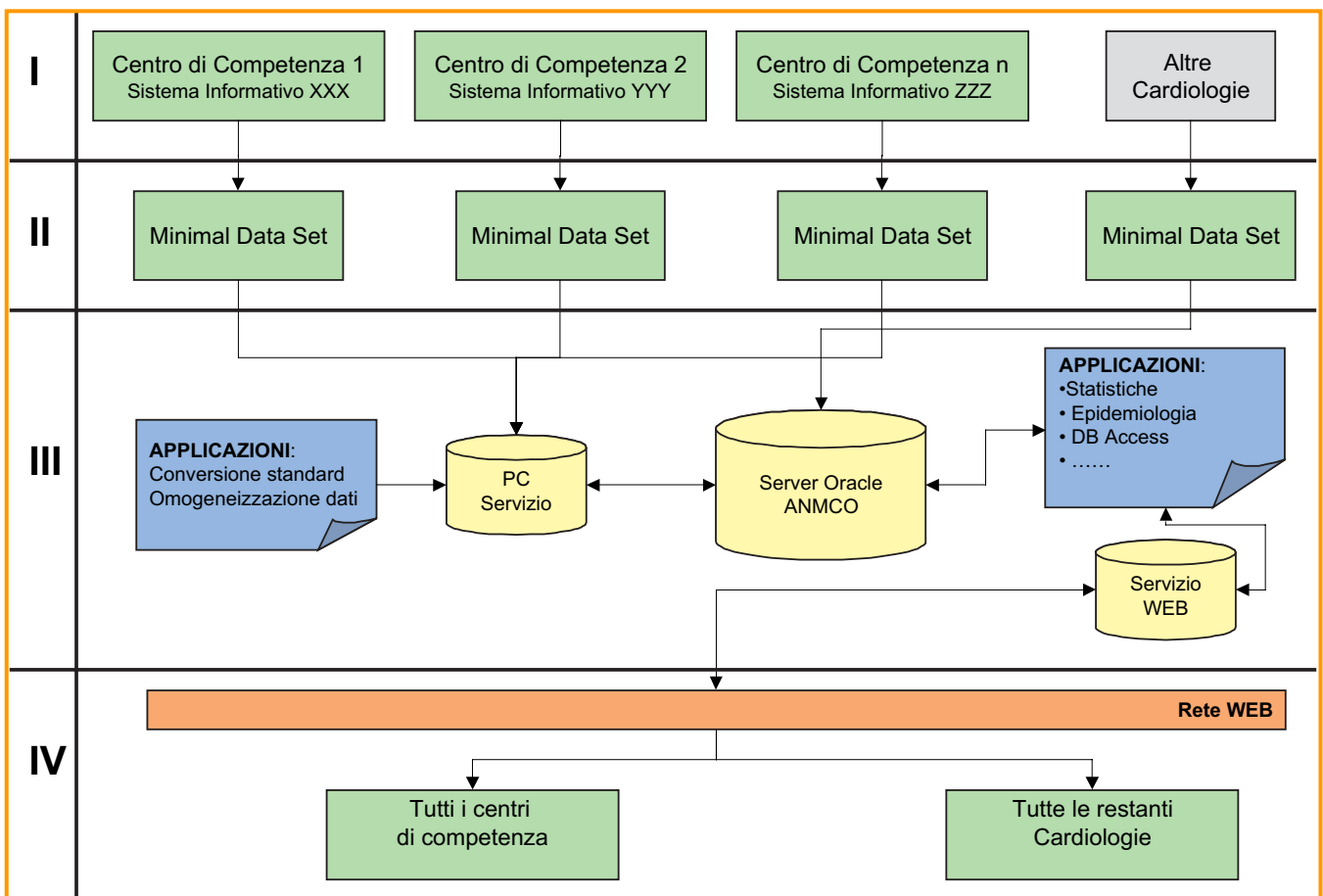
### Definizioni

Per **CENTRO DI COMPETENZA** intendiamo una struttura di Cardiologia, all'interno della quale sia già stato implementato un progetto di informatizzazione.

Le **ALTRE CARDIOLOGIE** sono invece reparti o divisioni cardiologiche che oggi svolgono le loro funzioni senza l'ausilio di un sistema informativo.

**MINIMAL DATA SET** o **CORE DATA** è definito come un set minimo di dati (possibilmente raggruppati per funzioni e/o prestazioni erogate) che servono al sistema centrale per l'omogeneizzazione dei dati, in modo che diventino possibili elaborazioni statistiche e/o indagini epidemiologiche.

**PC SERVIZIO** - Si tratta di un Personal Computer dotato di un particolare strato di software capace di intercettare i dati inviati dalla periferia in qualunque formato, di con-



CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica)

vertirli in un formato univoco e di archivarli sul server ANMCO.

Per risolvere i problemi di ogni singolo verticale, è stato istituito il Comitato per il G8 Cardio-ANMCO, costituito come segue:

### Comitato G8-Cardio ANMCO

*Coordinatori:*

Gianfranco Mazzotta (Genova)  
Antonio Di Chiara (Udine)  
Giancarlo Carini (Bologna)

*Per l'ecocardiografia:*  
Luigi Badano (Udine)

*Per l'ergometria:*  
Stefano Urbinati (Bologna)

*Per l'emodinamica:*  
Leonardo Paloscia (Pescara)

*Per l'aritmologia:*  
Massimo Zoni Berisso (Genova)

*Per la prevenzione:*  
Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)

*Per la cardiologia nucleare:*  
Claudio Marcassa (Veruno - NO)

*Per lo SCA:*  
Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)

Ognuno dei referenti di ogni verticale ha la fiducia dichiarata dell'ANMCO e della società di settore coinvolta, e dovrà mantenere aggiornato lo stato dell'arte di ogni applicativo.

Con i responsabili si discuterà, in modo diversificato, come gestire le realtà in client server che sono attualmente operanti: le realtà sono infatti differenti e necessitano di approcci individualizzati (purtroppo!). Una volta sul web, saranno prevedibili nuove release (modifiche, correzioni, integrazioni) annuali. Inoltre, ogni singolo verticale dovrà segnalare quale sia il "core data", i dati cioè ineludibili per una archiviazione gestionale sufficientemente corretta.

**Il vero tesoro del G8 Cardio-ANMCO è la condivisione delle variabili** da parte di tutti i referenti scientifici accreditati, con la paternità delle Associazioni medico scientifiche.

Tutte le industrie che si sentano coinvolte nell'esecuzione di software di refertazione ed archiviazione sono invitate ad interagire con l'ANMCO e con le Associazioni coinvolte in ogni singolo archivio, per agire finalmente in modo sinergico su questo argomento all'interno del nostro Paese.



**Progetto di sistemazione della grande Galleria del Louvre**

## ORIGINI, NASCITA E PROGRAMMI DELLA NUOVA AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

L'ultima nata tra le Aree ANMCO prende origini dal proficuo lavoro svolto dalla Commissione ANMCO - SIC sorta nel 1999 su iniziativa del Dott. P. Zonzin, con il compito

di redigere le Linee Guida finalizzate alla profilassi, diagnosi e terapia dei pazienti affetti da Embolia Polmonare. Tale Commissione, che aveva curato la traduzione e pubblicazione sull'*Italian Heart Journal* delle Linee Guida Europee (Traduzione delle Linee Guida europee dell'European Society of Cardiology - *Ital Heart J Suppl* 2001, 2: 161-199), aveva divulgato inoltre un proprio

Commento contenente alcune proposte innovative e più aderenti alla realtà nazionale rispetto al documento originale (Commento alle Linee Guida europee - *Ital Heart J Suppl* 2001, 2: 1341-56). Tale prezioso lavoro era stato inoltre completato dalla pubblicazione di una messa a punto sul ruolo della Scintigrafia polmonare nell'iter diagnostico dell'Embolia polmonare, a cura del Dott. G. Favretto (A proposito di scintigrafia polmonare nella diagnosi di embolia polmonare - *Ital Heart J Suppl* 2002, 3:95-99).

Le attività divulgative di tale opera svoltesi nei Congressi Nazionali del 2001 e 2002, oltre al Learning Center

ANMCO e a ripetuti incontri extra-moenia, hanno permesso la raccolta di numerose adesioni alla nuova Area Malattie del Circolo Polmonare, che ha riunito per la prima volta il proprio Comitato di Coordinamento

to il 1 febbraio 2003. All'Area hanno fino ad ora aderito oltre 120 Colleghi, in rappresentanza di 18 Regioni.

I compiti che l'Area si propone di portare a compimento sono senza dubbio ambiziosi, non fosse altro per il **carattere plurispecialistico** degli argomenti proposti. Infatti l'opera divulgativa, formativa e di ricerca clinica che ispirerà il lavoro del Comitato di Coordinamento è diretta non solo all'ambito strettamente cardiologico, ma anche a Colleghi, appartenenti ad altri settori specialistici, che si occupano della gestione e cura dei pazienti affetti dalle principali patologie di interesse dell'Area, quali **l'embolia polmonare e l'ipertensione polmonare cronica di varia origine**.

Da un punto di vista operativo, alcune priorità già individuate dal Comitato di Coordinamento riguardano sia una conoscenza più precisa degli attuali percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da embolia polmonare che la creazione di una Rete interregionale, deputata alla promozione delle attività formative nel medesimo ambito. Ciò passa necessariamente attraverso una rilevazione di dati epidemiologici, le cui tappe fondamentali possono essere così riassunte:

- **rilevazione epidemiologica mediante le SDO ospedaliere**, relative ai ricoveri per Embolia polmonare, da estendersi a Centri interessati al programma; ciò consentirebbe una fotografia attuale del problema (referente Dott. Favretto);
- **preparazione di un database dedicato** alla raccolta delle caratteristiche clinico-strumentali dei pazienti affetti da Embolia polmonare al momento della presentazione clinica e durante il follow-up; esso rappresenta una tappa fondamentale alla conoscenza della storia naturale della malattia, con particolare riferimento all'in-

### Comitato di Coordinamento Area Malattie del Circolo Polmonare 2003/2004

Chairman:

Pietro Zonzin (Rovigo)

Co-Chairman:

Giuseppe Favretto (Treviso)

Comitato di Coordinamento:

Franco Casazza (Milano)

Stefano Ghio (Pavia)

Francesco Greco (Cosenza)

Andrea Perkan (Trieste)

*L'opera divulgativa, formativa e di ricerca clinica che ispirerà il lavoro del Comitato di Coordinamento è diretta non solo all'ambito strettamente cardiologico, ma anche a Colleghi, appartenenti ad altri settori specialistici*

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo)

*Alcune priorità già individuate dal Comitato di Coordinamento riguardano sia una conoscenza più precisa degli attuali percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da Embolia Polmonare che la creazione di una Rete interregionale*

*Essenziale per lo sviluppo delle iniziative dell'Area è avere il contributo da parte dei Presidenti e dei Referenti per l'Area di tutte le Regioni*

dividuazione dei casi con evoluzione verso forme croniche di ipertensione polmonare (referente Dott. Casazza);

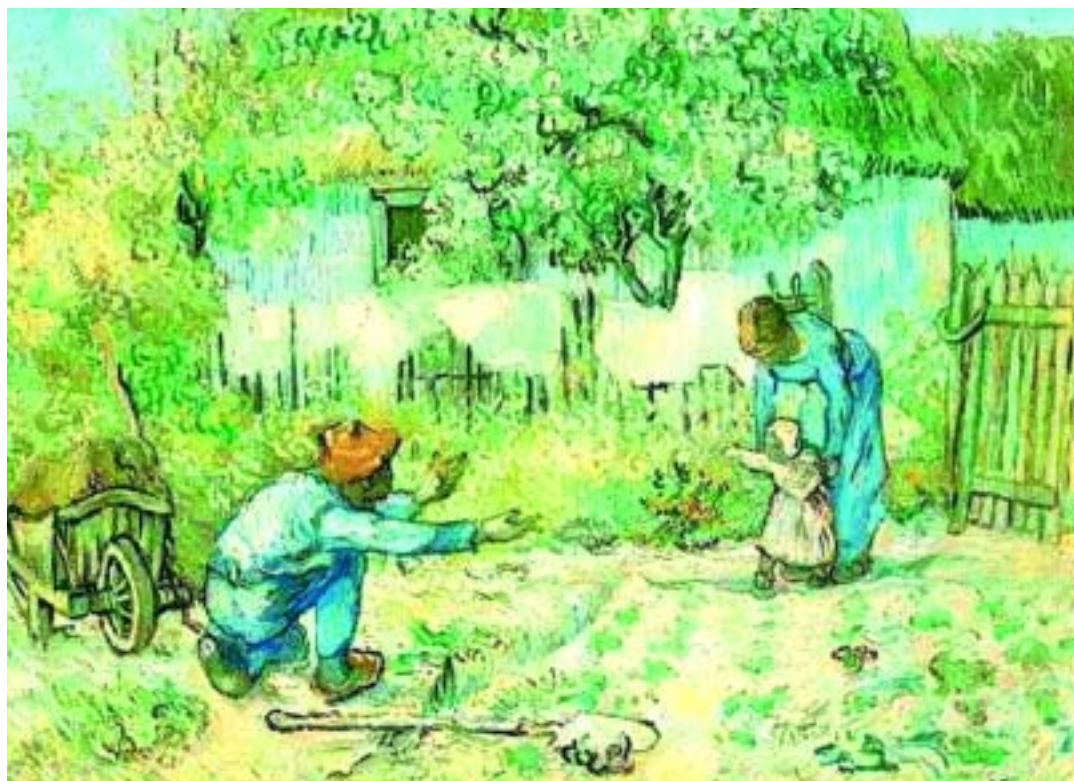
- **organizzazione di uno studio osservazionale prospettico**, volto a ricavare tutte le informazioni utili alla conoscenza degli attuali percorsi diagnostici dei pazienti giunti all'osservazione per Embolia polmonare, sulla scia di quanto già progettato per altre patologie (vedi ad esempio lo studio BLITZ I) (referenti Dott. Favretto e Coll.);

Come già accennato, tale opera conoscitiva andrà sviluppata parallelamente alla formazione di una Rete interregionale con compiti di-

vulgativi e formativi. Per la sua formazione saranno individuati dei **Referenti Regionali**, che a loro volta coinvolgeranno i Colleghi che hanno aderito all'Area per promuovere iniziative locali di illustrazione e divulgazione delle Linee Guida sull'Embolia Polmonare mediante un "pacchetto" di materiale formativo attualmente in fase di preparazione. Su tale iniziativa, Pietro Zonin, in qualità di Chairman dell'Area ha già informato il Presidente ANMCO ed i Presidenti Regionali, che hanno provveduto alla nomina dei Referenti.

L'Area Malattie del Circolo Polmonare appena creata ha quindi il compito di aprire nuove strade di conoscenza e ricerca, che andranno promulgate con il contributo di tutti gli interessati.

Un'occasione privilegiata di discussione e di lancio di tali tematiche sarà rappresentata dalla riunione del 31 maggio nell'ambito del Congresso Nazionale.



Vincent Van Gogh, *I primi passi*

## UNO SGUARDO ... AL FUTURO!



**Q**uando questo numero di *"Cardiologia negli Ospedali"* sarà in distribuzione non si saranno ancora spenti i riflettori sul Cardionursing 2003, ma per il Comitato di Coordinamento dell'Area è già il momento di pensare ai programmi per i prossimi mesi.

### LA "REGIONALIZZAZIONE" DELL'AREA NURSING

Il 2003 ha visto delinearci la tendenza alla

costituzione dei Nuclei Regionali ANMCO Nursing, con l'individuazione di un Infermiere Referente affiancato da un Cardiologo, entrambi indicati dai Presidenti Regionali (Tab. 1). Dai Referenti Regionali Nursing, che avranno occasione proprio durante il Congresso (nella riunione di Area di domenica 1 giugno) di confrontarsi con il Comitato di Coordinamento, ci attendiamo proposte ed iniziative sia in tema di eventi formativi che di progetti editoriali, nonché la capacità di esercitare un'azione di stimolo sugli aderenti all'Area della loro Regione più desiderosi di collaborare.

La necessità, sempre più pressante, di concretizzare programmi e progetti con notevole anticipo, ci imporrà già entro fine ottobre la pianificazione degli eventi formativi 2004: è pertanto auspicabile che ogni Regione si attivi in questo senso progettando almeno due eventi formativi per Infermieri di Cardiologia nell'anno su una serie di argomenti che verranno indicati dal Comitato di Coordinamento; quest'ultimo si fa carico sin da ora di sollecitare e raccogliere suggerimenti da parte degli aderenti e dei simpatizzanti dell'Area Nursing: nelle pagine successive troverete un modulo su cui indicare quali sono, a vostro avviso, i temi sui quali gradireste che venga maggiormente sviluppata l'attività di formazione.

Il modulo potrà essere consegnato direttamente alla Segreteria ANMCO durante il Congresso o inviato successivamente via fax (055-579334).

### CARDIONURSING 2004!

Ma è anche tempo di guardare ... al prossimo Congresso!



Sibilla, Domenichino

<b>PRESIDENTE REGIONALE</b> COMPONENTE CONSIGLIO REGIONALE/ INFERMIERE	<b>REFERENTI REGIONALI AREA NURSING</b>
<b>Dott. Angelo Vacri</b>	<b>ABRUZZO</b>
MEDICO: Dott. Massimo Pasquale - Ospedale Civile San Massimo - U. O. di Cardiologia - Via Battaglione Alpini - 65017- Penne (PE) - Tel. 085/8276215 - e-mail: m.pasquale@tin.it INFERMIERE: Sig.ra Patrizia Di Fabrizio - Ospedale Civile San Massimo - U. O. di Medicina - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE) - Tel. 085/8276226 - e-mail: patri07@libero.it	
<b>Dott.ssa Lucia Palumbo</b>	<b>BASILICATA</b>
MEDICO: Dott.Savino BarbuZZi - Ospedale S. Francesco - Divisione di Cardiologia - UTIC - Via Appia - 85029 Venosa (PZ) - Tel. 0972/39229 - Fax 0972/39250 INFERMIERE: Sig.ra Maria Teresa Capalbi - Ospedale Regionale San Carlo - Div. di Cardiologia - Emodinamica - Via P. Petrone - 85100 Potenza - Tel. 0971/612400 - Fax 0971/612399	
<b>Dott. Giuseppe Zampaglione</b>	<b>CALABRIA</b>
MEDICO: Dott. Giampiero Maglia - Osp. Civile G. Jazolino - U. O. di Cardiologia - UTIC - Via Circonvallazione - 89900 Vibo Valentia - Tel. 0963/562309 - e-mail: pmaglia@libero.it INFERMIERE: Sig. Antonio Manica - Ospedale S. Giovanni di Dio - Divisione di Cardiologia - Via XXV Aprile - 88900 Crotona (KR) - Tel. 0962/924153 - Fax 0962/924147	
<b>Dott. Carmelo Chieffo</b>	<b>CAMPANIA</b>
MEDICO: Dott. Luciano Fattore - A.S.L. Caserta/2 - Div. di Cardiologia - UTIC Via Melorio - 81055 - S.Maria Capua Vetere (CE) - Tel. 0823/891111 - e-mail: luciano.fattore@libero.it INFERMIERE: Sig.ra Emilia Cocco - Az. Osped. S. Sebastiano di Caserta - Div. di Cardiologia Riabilitativa - Traversa Palasciano - 81100 Caserta - Tel. 0823/232394 - Fax 0823/232395	
<b>Dott. Umberto Guiducci</b>	<b>EMILIA ROMAGNA</b>
MEDICO: Dott. Stefano Urbinati - Ospedale Bellaria - U.O. di Cardiologia - Via Altura, 3 - 40139 - Bologna - Tel. 051/6225241 - e-mail: stefano.urbinati@ausl.bologna.it INFERMIERE: Sig. Armando Francesconi - Ospedale Civile - U.O. di Cardiologia - Via Prampolini, 42 - 41049 - Sassuolo (MO) - Tel. 0536/863111 - e-mail: cardiosassuolo@ausl.mo.it	
<b>Dott. Gianfranco Sinagra</b>	<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>
MEDICO: Dott. Roberto Chiozza - Ospedale Generale Provinciale - Servizio di Cardiologia - Via Vittorio Veneto, 171 - 34170 - Gorizia - Tel. 0481/592033 - e-mail: rochioz@yahoo.it INFERMIERE: Sig.ra Daniela Poser - Az. Osp. S. Maria degli Angeli - Div. di Cardiologia - Via Montereale, 24 - 33170 - Pordenone - Tel. 0434/399256 - e-mail: cardiologia@apn.fvg.it	
<b>Prof. Massimo Santini</b>	<b>LAZIO</b>
MEDICO: Dott. Quinto Tozzi - Ospedale Sant'Eugenio - Divisione di Cardiologia - P.zza Umanesimo - EUR - 00144 - Roma - Tel. 06/5100902 - e-mail: quinto.tozzi@iol.it INFERMIERE: Sig.ra Monica Cassoni - Ospedale S. Filippo Neri - Divisione di Cardiologia - Via G. Martinotti, 20 - 00135 - Roma - Tel. 06/33062320 - Fax 06/33062489	
<b>Dott. Roberto Mureddu</b>	<b>LIGURIA</b>
MEDICO: Dott. Andrea Ragazzini - Ospedale Civile Sant'Andrea - Servizio di Cardiologia - Via Vittorio Veneto, 197 - 19124 - La Spezia - Tel. 0187/533111 - Fax 0187/533456 INFERMIERE: Sig.ra Monica Civalieri - Ospedale San Paolo - U. O. di Cardiologia - Via Genova - 17100 - Savona - Tel. 019/84041 - Fax 019/8404862	
<b>Dott. Antonio Vincenti</b>	<b>LOMBARDIA</b>
MEDICO: Dott.ssa Laura Valagussa - Ospedale San Gerardo - Divisione di Cardiologia - Via Donizetti, 106 - 20052 - Monza (MI) - Tel. 039/2333027 - e-mail: lauraval@tiscalinet.it INFERMIERE: Sig. Michele Pirovano - Ospedale San Gerardo - UCC - Via Donizetti, 106 - 20052 - Monza (MI) - Tel. 039/2333027 - e-mail: mic.pir@libero.it	
<b>Dott.ssa Vanda Mazza</b>	<b>MOLISE</b>
MEDICO: Dott. Cristofaro Carrino - Ospedale F. Veneziale - Servizio di Cardiologia - Via Sant'Ippolito - 86170 - Isernia - Tel. 0865/442285 - e-mail: cristofarocarrino@hotmail.com INFERMIERE: Sig.ra Maria Albanese - Ospedale A. Cardarelli - Servizio di Cardiologia - Contrada Tappino - 86100 - Campobasso - Tel. 0874/4091 - e-mail: cardiologiacc@virgilio.it	
<b>Giuliano Brocchi</b>	<b>PIEMONTE E VALLE D'AOSTA</b>
MEDICO: Dott. Vincenzo Martinelli - Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio - Divisione di Cardiologia - Via Venezia, 18 - 15100 Alessandria - Tel. 0131/206111 - Fax 0131/206704 INFERMIERE: Sig.ra Antonella Biondi - Ospedale Maria Vittoria - U. O. Cardiologia - Corso Tassoni, 44 - 10149 - Torino - Tel. 011/4393315 - e-mail: cardomv@asl3.to.it	
<b>Dott. Walter Pitscheider</b>	<b>P.A. BOLZANO</b>
MEDICO: Dott. Rupert Paulmichl - Osp. Generale Provinciale - Div. di Cardiologia - Via Rossini, 12 - 39012 - Merano (BZ) - Tel. 0473/264300 - e-mail: rupert.paulmichl@asbmeran-o.it INFERMIERE: Sig. Massimo Giacometti - Ospedale Generale Regionale - Divisione di Cardiologia - Via Boehler, 5 - 39100 - Bolzano - Tel. 0471/909950 - Fax 0471/909977	
<b>Dott. Roberto Bettini</b>	<b>P.A. TRENTO</b>
MEDICO: Dott. Roberto Accardi - Ospedale Civile - Divisione di Cardiologia - C.so Verona - 38068 - Rovereto (TN) - Tel. 0464/453456 - e-mail: accardi@rov.apss.tn.it INFERMIERE: Sig.ra Bruna Pedrotti - Ospedale Civile - Divisione di Cardiologia - C.so Verona - 38068 - Rovereto (TN) - Tel. 0464/453456 - e-mail: brunapedrotti@hotmail.com	
<b>Dott. Gianfranco Ignone</b>	<b>PUGLIA</b>
MEDICO: Dott. Cosimo Greco - Ospedale Vito Fazzi - Divisione di Cardiologia - Via Moscati - 83100 - Lecce - Tel. 0832/661111 - e-mail: cosimo.greco@tin.it INFERMIERE: Sig.ra Adelina Usai - Ospedale Perrino - Divisione di Cardiologia - S.S. Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi - Tel. 0831/537462 - 464 - e-mail: sgurag@tiscali.it	
<b>Dott. Paolo Bonomo</b>	<b>SARDEGNA</b>
INFERMIERE: Sig.ra Ivana Zedda - Ospedale SS Trinità - Divisione di Cardiologia - UTIC - Via Is. Mirrionis, 92 - 09121 - Cagliari - Tel. 070/6091 - e-mail: zedda@yumpy.it	
<b>Dott. Michele Gulizia</b>	<b>SICILIA</b>
MEDICO: Dott. Ernesto Mossuti - Ospedale Umbero I - Divisione di Cardiologia - Via Testa Ferrata - 96100 - Siracusa - Tel. 0931/724111 - e-mail: ernesto.mossuti@tin.it INFERMIERE: Sig.ra Maria Rita Salpietro - Ospedale San Luigi - San Currò - U.O. di Cardiologia - V.le A. Fleming, 24 - 95125 - Catania - Tel. 095/7591111 - Fax 095/506773	
<b>Dott. Francesco Mazzuoli</b>	<b>TOSCANA</b>
MEDICO: Dott. Daniele Bernardi - Ospedale S. Croce - U.O. di Cardiologia - Via Ospedale - 55032 - Castelnuovo Grafagnana (LU) - Tel. 0583/6691 - e-mail: dejlb@tin.it INFERMIERE: Sig.ra Katalin Virag - Azienda Ospedale Careggi - U.O. Cardiologia 2 - V.le Morgagni, 85 - 50139 - Firenze - Tel. 055/4277285 - e-mail: katalin56@libero.it	
<b>Dott. Loredano Milani</b>	<b>VENETO</b>
MEDICO: Dott. Giuseppe Catania - Ospedale Civile - Divisione di Cardiologia - V.le Europa - 32100 - Belluno - Tel. 0437/216111 - Fax 0437/943230 INFERMIERE: Sig.ra Sabrina Barro - Ospedale Civile - Servizio di Cardiologia - Via N. Sauro, 25 - 30027 - San Donà di Piave (VE) - Tel. 0421/227111 - e-mail: sabinabarro@libero.it	

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing)

La preparazione di un Congresso come il nostro ha bisogno di molto tempo, perché le idee devono sedimentare e confrontarsi con quelle degli altri e già all'inizio dell'au-

tunno si dovranno progettare i temi e gli obiettivi per il 2004.

I Referenti Regionali sono pertanto invitati sin d'ora a farsi parte attiva proponendo la

**ANMCO NURSING 2004**  
**MODULO PER LA PROPOSTA DI TEMI PER EVENTI FORMATIVI**  
**Inviare via Fax 055/579334**

Regione \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_

Indirizzo Ospedale \_\_\_\_\_

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

**Propongo i seguenti temi per eventi formativi ANMCO 2004 destinati agli Infermieri di Cardiologia**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**COMMENTI** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Dati del proponente (facoltativi)

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing)

realizzazione di "Un Seminario per ogni regione", anche qui di concerto con le indicazioni e i suggerimenti provenienti dalla "base" raccolti ed ordinati dal Comitato di Coordinamento dell'Area.

### AREA NURSING ED HEART CARE FOUNDATION

*Last but not least*, nei prossimi mesi dovremo pensare a consolidare i rapporti fra Area Nursing ed Heart Care Foundation: gli Infermieri di Cardiologia dovranno farsi parte attiva nel colloquio con i cittadini attraverso la collaborazione all'area interattiva nel sito web della Fondazione e dando disponibilità ai progetti educazionali in corso, specialmente nelle scuole.

Il ruolo dell'Infermiere nella prevenzione cardiovascolare è ormai ampiamente riconosciuto, e la volontà di costruire un nucleo di Infermieri di Cardiologia con specifica vocazione alla diffusione del messaggio sui fattori di rischio delle cardiopatie e sugli stili di vita è testimoniato dall'ampia partecipazione ai Learning Center ANMCO organizzati su queste tematiche negli ultimi due anni, alcuni dei quali replicati più volte anche in sedi decentrate. In questo ambito dovremo proseguire nella fruttuosa collaborazione alle iniziative dell'Area Prevenzione.

E non è un caso che anche HCF si sia data, di recente, un assetto improntato alla regionalizzazione: questo ci consentirà di costituire una rete operativa decentrata sul territorio con risultati di sicura maggiore efficacia.

Il nostro anno lavorativo, a dispetto del ca-

lendario, comincia, dunque, dopo il Cardio-nursing 2003: un anno denso di progetti e di iniziative che ci accingiamo a proporre e a portare avanti.

Ma, come si sa, le buone idee hanno sempre bisogno di buone gambe per camminare, e per questo è strettamente necessaria la collaborazione di tutti.

Da parte nostra, tutto il Comitato di Coordinamento è, come sempre, disponibile a recepire idee, proposte, iniziative, ed a questo proposito siete ancora una volta tutti invitati a collegarvi al Sito dell'Area [www.anmco.it/attivita/aree/nursing](http://www.anmco.it/attivita/aree/nursing) da dove, attraverso gli indirizzi di posta elettronica, potrete contattarci tutti individualmente.

**RETTIFICA:** nel precedente numero di "Cardiologia negli Ospedali" abbiamo pubblicato una tabella che illustrava la composizione dei Comitati di Coordinamento dell'Area Nursing che si sono susseguiti dal 1997 ad oggi. Per errore non è stato evidenziato in rosso il nome dei due rappresentanti della componente infermieristica nel Comitato guidato da Patrizia Maras. Ce ne scusiamo con tutti e particolarmente con gli interessati e ripubblichiamo la tabella con le dovute correzioni.

I COMITATI DI COORDINAMENTO DELL'AREA NURSING ANMCO dal 1997 (in rosso le componenti infermieristiche)			
1997-1998	1999-2000	2001-2002	2003-2004
CHAIRPERSON Patrizia Maras	CHAIRMAN Vincenzo Cirrincione	CHAIRMAN Fabrizio Ammirati	CHAIRMAN Domenico Miceli
CO-CHAIRMAN Vincenzo Cirrincione	CO-CHAIRMAN Fabrizio Ammirati	CO-CHAIRMAN Domenico Miceli	CO-CHAIRMAN Quinto Tozzi
BOARD Fabrizio Ammirati Carlo Iacoangeli Donatella Radini Silvio Siciliano	BOARD Nerella Buzzoni Rosalia Conigliaro Leonardo Odoguardi Carmine Riccio	BOARD Paola Di Giulio Gianfranco Mazzotta Bruna Pedrotti Quinto Tozzi  Consulenti Pasqua Muso Lucia Sabbadin Rossano Salidu	BOARD Giulietta Ferranti Rossella Gilardi Pasquale Monea Lucia Sabbadin  Consulente Paola Di Giulio  Consulenti Editoriali Claudio Coletta Tiziana Maietta Angelo Palatella  Referente Area Chirurgica Antonio Vicentini



## LE INIZIATIVE EDITORIALI PER IL 2003

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione ha programmato e in parte già avviato i seguenti progetti editoriali per l'anno in corso:

### 1. Il Rischio Cardiovascolare: come valutarlo e come gestirlo

La Casa Editrice "Il Pensiero Scientifico" ha accolto con particolare interesse la proposta di Sergio Pede, past-Chairman dell'Area Prevenzione ed attuale Vicepresidente di Heart Care Foundation, e Massimo Uguccioni, attuale Chairman dell'Area Prevenzione, di preparare una monografia che affronti in modo il più possibile esauriente il tema particolarmente attuale della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria. Partendo dal concetto di Rischio Cardiovascolare Globale, verranno analizzati in detta-

glio il ruolo dei fattori di rischio tradizionali e dei fattori "nuovi" o "emergenti"; verranno quindi presentate le evidenze provenienti dai grandi studi epidemiologici e dai trials di intervento in prevenzione primaria e secondaria.

Le possibilità e gli strumenti per identificare la presenza di placche aterosclerotiche ancor prima della com-

parso di sintomi o eventi maggiori verranno descritte anche alla luce di recenti acquisizioni (spessore medio-intimale carotideo, calcificazioni coronariche ed intracardiache, ecc.). Infine, ampio spazio verrà dedicato agli

strumenti operativi attualmente a nostra disposizione, in particolare le Linee Guida, con i recenti aggiornamenti (vedi ATP III) e le Carte del Rischio. Nella Tabella 1 è presentato l'indice aggiornato dei capitoli previsti nel volume; la stesura dei vari capitoli è stata affidata a esperti e cultori degli specifici argomenti. La pubblicazione e diffusione della suddetta monografia è prevista immediatamente dopo la pausa estiva.

#### Tabella 1 - Iniziativa Editoriale

### Il Rischio Cardiovascolare: come valutarlo e come gestirlo

- **Il Rischio Cardiovascolare**
- **I Fattori di Rischio tradizionali**
- **I Fattori di Rischio emergenti**
- **I Dati Epidemiologici**
- **Le Evidenze Scientifiche**
- **I Marker di Aterosclerosi Pre-clinica**
- **Le Linee Guida**
- **Le Carte del Rischio**
- **I Protocolli Operativi**



Francesco Maria Crespi, *Scaffali con libri*

### 2. La Prevenzione dello Scompenso Cardiaco

Le recenti revisioni delle Linee Guida internazionali sulla diagnosi e terapia dello scompenso (ci si riferisce a quelle della European Society of Cardiology e soprattutto a quelle della Commissione congiunta della American Heart Association e dell'American College of Cardiology) hanno enfatizzato l'opportunità, o meglio la necessità, se si vuole tentare di modificare efficacemente l'attuale andamento di incidenza e prevalenza dello scompenso cardiaco, soprattutto nel mondo occidentale, di una accurata

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione)



**François Flameng, La stamperia di Aldo Manuzio**

identificazione e di un adeguato trattamento della malattia nelle sue fasi iniziali, non solo prima della comparsa dei sintomi, ma anche prima della comparsa dei reperti strumentali di disfunzione ventricolare.

La validità di tale approccio è stata recentemente sup-

portata dalla presentazione dei risultati di alcuni studi di "intervento precoce" e rafforzata dalla pubblicazione di numerosi Editoriali di Esperti dell'argomento sulle principali riviste cardiologiche. Tuttavia, la attenzione della classe medica, ed anche degli stessi Cardiologi, verso la prevenzione dello scompenso, non sembra sia ancora elevata. L'Area Scompenso e l'Area Prevenzione dell'ANMCO congiuntamente hanno avvertito l'esigenza di proporre la realizzazione di una monografia che affronti in modo estensivo e sistematico ma con un taglio "pratico" l'argomento, raccogliendo le informazioni (spesso in letteratura sparse e frammentate) ritenute necessarie per un adeguato aggiornamento sulla

prevenzione dello scompenso.

Anche in questo caso Il Pensiero Scientifico Editore ha trovato la proposta di particolare interesse culturale e scientifico e ha dichiarato la propria disponibilità alla stampa della suddetta iniziativa editoriale.

Nella Tabella 2 viene presentata una proposta di argomenti considerati meritevoli di approfondimento nel campo della prevenzione dello scompenso cardiaco. I promotori dell'iniziativa, membri dell'Area Scompenso e dell'Area Prevenzione, hanno il compito di stilare nelle prossime settimane l'indice definitivo dei capitoli previsti. In una fase successiva verranno identificati i possibili colleghi da coinvolgere nella preparazione dei testi. Sarebbe auspicabile la pubblicazione del volume entro la fine dell'anno.

#### **Tabella 2 - Iniziativa Editoriale**

##### **La Prevenzione dello scompenso cardiaco**

- *Epidemiologia*
- *Sezione 1 (paziente con fattori di rischio - Classe A AHA/ACC)*
  - L'IPERTENSIONE ARTERIOSA*
  - DISLIPIDEMIA, OBESITÀ, FUMO DI SIGARETTA, ALTRI FATTORI*
  - IL DIABETE MELLITO*
  - LA FAMILIARITÀ PER CARDIOMIOPATIA DILATATIVA*
  - LA CHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA*
- *Sezione 2 (Paziente con cardiopatia organica - Classe B AHA/ACC)*
  - CARDIOPATIA ISCHEMICA*
  - VALVULOPATIE*
  - TACHIARITMIE (sopraventricolari)*
  - MIOCARDITI E MALATTIE INFIAMMATORIE*
- *Sezione 3 (la prevenzione nel paziente con scompenso manifesto)*
  - Le cause delle recidive-aggravamento della malattia*
  - La prevenzione delle recidive: la terapia farmacologica*
  - La prevenzione delle recidive: i modelli di management*
  - La prevenzione delle recidive: la terapia elettrica e chirurgica*
  - La prevenzione della morte improvvisa*
- *Popolazioni speciali (per le particolari problematiche meritano una trattazione separata-approfondita)*
  - I PAZIENTI ANZIANI*
  - I PAZIENTI CON PATOLOGIE EXTRACARDIACHE*
- *Fattibilità dello screening e diagnosi precoce di scompenso*
- *Prospettive future (in particolare ruolo della genetica e dei "markers" dell'infiammazione)*

## SCOMPENSO CARDIACO, DISFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA E DIABETE MELLITO

Il diabete mellito è un noto fattore di rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare. Le ultime Linee Guida dell'AHA/ACC<sup>1</sup> riconoscono nel diabete una condizione ad alto rischio per lo sviluppo di scompenso cardiaco, suggerendo l'importanza di una azione preventiva di tipo farmacologico e non farmacologico.

Nello studio Framingham<sup>2</sup> il rischio di malattia cardiovascolare nel diabetico è raddoppiato nell'uomo e triplicato nella donna,

indipendentemente dalla presenza d'altre condizioni predisponenti. Il rischio d'eventi cardiovascolari nel diabetico è paragonabile a quello del paziente cardiopatico<sup>3</sup>. Fondamentali sono il trattamento ottimizzato del diabete e l'orientamento ad una diagnosi precoce.

Nello studio UKPDS il migliore controllo del diabete si associava ad un minore rischio d'eventi cardiovascolari

(8.1 eventi/1000/y vs 3.6,  $p=0.043$ ), pur considerando che il 50% dei soggetti presentava già una complicanza in atto al momento dell'arruolamento<sup>4</sup>.

Il meccanismo di coinvolgimento cardiaco nel diabete è di 3 tipi<sup>5</sup>: 1) lo sviluppo precoce di una malattia coronarica a livello macro e microvascolare; 2) lo sviluppo di una disfunzione sistolica e/o diastolica, talora secondaria ma anche indipendentemente dalla presenza o meno di un pregresso infarto miocardico. I pazienti con scompenso sono iperinsulinemici a digiuno ed insulino-resistenti. Il grado di insulino-resistenza aumenta con l'aggravarsi dello scompenso; 3) lo sviluppo d'ipertrofia miocardica indipendentemente

dalla presenza o meno d'ipertensione arteriosa, peraltro spesso presente nel paziente diabetico.

Il rischio di una malattia coronarica, di una disfunzione e di un'ipertrofia del ventricolo sinistro, a differenza dei più classici fattori di rischio cardiovascolare, appare elevato già precocemente nella storia del paziente diabetico.

Nei diversi trials sullo scompenso cardiaco il numero dei casi con diabete mellito è variabile potendo raggiungere anche un terzo dei soggetti arruolati. Nello studio Framingham<sup>2</sup> il rischio di **scompenso cardiaco** nei diabetici è incrementato di 3.6 volte nei pazienti  $\geq 65$  anni, ma di ben 7.7 volte nel paziente tra i 35 e 64 anni.

Questo rischio è in parte indipendente dalla presenza o meno di un infarto pregresso. Inoltre nel paziente iperteso il rischio additivo della presenza di diabete per lo sviluppo di scompenso è di 2.8 volte<sup>6</sup>.

La **disfunzione diastolica**<sup>7,8</sup> è una precoce anomalia cardiaca che colpisce  $>50\%$  dei pazienti diabetici, può associarsi o precedere la disfunzione sistolica. Essa è conseguente alla fibrosi interstiziale miocardica e si può identificare in modo non invasivo con metodiche eco-doppler.

La disfunzione diastolica si correla alla durata della malattia, alla presenza di una retinopatia o di una neuropatia ma non necessariamente alla presenza di una malattia coronarica. I pazienti con disfunzione diastolica manifestano una ridotta capacità funzionale ed un'anomala risposta emodinamica allo sforzo.

Tuttavia, per quanto importante per il possibile impatto prognostico, il riconoscimento di una disfunzione ventricolare sinistra diastolica non sembra essere il target prin-

*Le ultime Linee Guida dell'AHA/ACC riconoscono nel diabete una condizione ad alto rischio per lo sviluppo di scompenso cardiaco, suggerendo l'importanza di un'azione preventiva di tipo farmacologico e non farmacologico*

***Il riconoscimento precoce di una disfunzione sistolica del ventricolo sinistro è di gran rilevanza pratica, essendo condizione preliminare a qualsiasi programma d'approfondimento diagnostico ed intervento terapeutico***

principale dal punto di vista epidemiologico nel paziente diabetico, non essendoci ad oggi dimostrazioni convincenti di un'efficacia della terapia farmacologica.

Al contrario il riconoscimento precoce di una **disfunzione sistolica** del ventricolo sinistro è di gran rilevanza pratica, essendo condizione preliminare a qualsiasi programma d'approfondimento diagnostico ed intervento terapeutico. Gli ACE-inibitori, gli All inibitori e i beta-bloccanti hanno dimostrato una buona tollerabilità e la loro efficacia in numerosi trials su pazienti

con modello dilatativo-ipocinetico, una quota rilevante dei quali con diabete mellito. Inoltre gli ACE-inibitori e gli All inibitori dimostrano una notevole capacità di nefroprotezione nel paziente diabetico, almeno in parte indipendentemente dall'effetto sulla pressione arteriosa<sup>5</sup>.

Nello Strong Heart Study il diabete si associava, indipendentemente dalla presenza d'ipertensione, ad una maggiore ipertrofia e disfunzione del ventricolo sinistro<sup>9</sup>.

Lo sviluppo di una disfunzione del ventricolo sinistro è un importante fattore di rischio cardiovascolare, sia perché potenziale espressione di una severa malattia coronarica, sia perché di per sé è correlata ad un più elevato rischio di scompenso

cardiaco ed aritmie.

La prevalenza di una disfunzione sistolica del ventricolo sinistro tra i pazienti diabetici senza cardiopatia non è nota. Inoltre più di metà di questi pazienti è asintomatica. Lo studio ecocardiografico per identificare la

presenza di una disfunzione del ventricolo sinistro nei pazienti già sintomatici per scompenso sottostima quindi grandemente il problema.

L'utilizzo dell'ecocardiografia per lo screening della disfunzione ventricolare sinistra e dell'ipertrofia del ventricolo sinistro nel paziente diabetico ha invece un forte razionale. Tuttavia, pur essendo tale metodica di facile esecuzione e a costi relativamente contenuti, la frequente difficoltà di un accesso diretto all'esame e talora le lunghe liste d'attesa limitano la possibilità d'utilizzo della metodica da parte degli internisti, diabetologi e medici di medicina generale.

Vi è la necessità quindi di identificare per i pazienti diabetici un percorso di screening razionale, praticabile e con buon profilo di costo-efficacia con il fine di identificare precocemente i pazienti a maggior rischio di disfunzione del ventricolo sinistro da inviare ad un approfondimento cardiologico strumentale non invasivo (ecocardiografia) ed eventualmente invasivo e ad un conseguente adeguato programma terapeutico.

Fondamentale a questo scopo appare l'identificazione dei parametri predittivi di disfunzione ventricolare nel paziente diabetico. La valutazione clinica ed elettrocardiografica hanno dimostrato una scarsa sensibilità ed una specificità non ottimale.

L'utilizzo del dosaggio del BNP, che ha già dimostrato buona sensibilità e specificità nell'identificare un'ipertrofia ed una disfunzione sistolica ventricolare sinistra con o senza scompenso cardiaco<sup>6</sup>, può essere di rilevante contributo a questo scopo, anche se non è stato ad oggi utilizzato specificatamente nei pazienti diabetici.

La microalbuminuria è un altro fattore di rischio riconosciuto d'eventi cardiovascolari, anche se non specificatamente correlato alla presenza di una disfunzione del ventricolo sinistro.

Nello studio HOPE<sup>10</sup> la presenza di mi-

***La prevalenza di una disfunzione sistolica del ventricolo sinistro tra i pazienti diabetici senza cardiopatia non è nota. Inoltre più di metà di questi pazienti è asintomatica***

CONSULTA ANCHE:

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



Keith Haring

*Vi è la necessità quindi di identificare per i pazienti diabetici un percorso di screening razionale, praticabile e con buon profilo di costo-efficacia con il fine di identificare precocemente i pazienti a maggior rischio di disfunzione del ventricolo sinistro da inviare ad un approfondimento cardiologico*

croalbuminuria aumentava il rischio d'eventi cardiovascolari maggiori (OR 1.83), mortalità totale (OR 2.09), ospedalizzazioni per scompenso cardiaco (OR 3.23). Il valore predittivo di questo parametro era presente sia tra i pazienti diabetici sia tra i non diabetici.

L'Area Scompenso in collaborazione con l'A-

rea Prevenzione dell'ANMCO e l'Associazione dei Medici Diabetologi Italiani (AMD) ha proposto uno studio per valutare la prevalenza della disfunzione ventricolare sinistra sistolica e diastolica in pazienti con diabete mellito tipo II senza cardiopatia nota in circa 900 pazienti diabetici tipo II arruolati in Centri Diabetologici italiani. Lo studio si propone, inoltre, di identificare nella stessa popolazione i parametri clinici, biomorali e strumentali non invasivi predittivi di disfunzione ventricolare sinistra e d'eventi a lungo termine.

All'arruolamento sarà eseguita una valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare, analizzata la presenza di un danno d'organo non cardiaco, raccolte le principali caratteristiche demografiche e cliniche, eseguito un ECG ed alcuni parametri biomorali. Idealmente in tutti i pazienti, sulla base della disponibilità della metodica, verranno misurati i livelli di

BNP. I pazienti screenati saranno inviati al Centro Cardiologico di riferimento per una valutazione strumentale ecocardiografica. I pazienti con diabete mellito e cardiopatia

già nota saranno inseriti in un **Registro del Paziente Diabetico e Cardiopatico**, costituito da un minimo data set di caratterizzazione clinico strumentale.

Presso il Centro Studi ANMCO sarà eseguito il controllo di qualità, l'archiviazione e l'analisi dei dati, la lettura centralizzata dell'ECG e dell'ecocardiogramma.

#### Bibliografia

1. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Circulation. 2001; 104: 2996-3007.
2. Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. J Am Coll Cardiol. 1993; 22 (Suppl A): 6A-13A.
3. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl J Med. 2000; 342: 145-53.
4. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ 1998; 317: 703-13.
5. Struthers AD, Morris AD. Screening for and treating left-ventricular abnormalities in diabetes mellitus: a new way of reducing cardiac deaths. Lancet 2002; 359: 1430-32.
6. Verdecchia P, Carini G, Circo A, Dovellini E, Giovannini E, Lombardo M, Solinas P, Gorini M, Maggioni AP. Left ventricular mass and cardiovascular morbidity in essential hypertension: the MAVI study. J Am Coll Cardiol. 2001; 38: 1829-35.
7. Poirier P, Garneau C, Bogaty P, et al. Impact of left ventricular diastolic dysfunction on maximal treadmill performance in normotensive subjects with well-controlled type 2 diabetes mellitus. Am J Cardiol. 2000; 85: 473-7.
8. Butler R, MacDonald TM, Struthers AD, Morris AD. The clinical implications of diabetic heart disease. Eur Heart J. 1998; 19: 1617-27.
9. Devereux RB, Roman MJ, Paranicas M, et al. Impact of diabetes on cardiac structure and function: the strong heart study. Circulation. 2000 May 16; 101(19):2271-6.
10. Gerstein HC, Mann JF, Yi Q, et al. Albuminuria and risk of cardiovascular events, death, and heart failure in diabetic and nondiabetic individuals. JAMA. 2001 Jul 25; 286(4):421-6.

## SPESA SANITARIA, DRGS, APPROPRIATEZZA

*La spesa sanitaria per i ricoveri relativi ad alcuni DRG di interesse cardiologico e cardiocirurgico evidenzia un trend in salita negli ultimi anni*

di Antonio Vincenti



Il problema del lievitare della spesa sanitaria, particolarmente per quanto concerne le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, è particolarmente sentito anche in Regione Lombardia. Tanto sentito che la Giunta Regionale ha promulgato la deliberazione n° 7/8078 del 18 febbraio 2002, dal titolo "Indicazioni sulle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie per l'anno 2002".

In tale deliberazione, tra le altre valutazioni, vengono elencati una serie di DRG, ad alta remunerazione, per i quali "si ritiene opportuno effettuare alcuni approfondimenti. In particolare si ritiene necessario che sugli stessi si individuino a livello regionale percorsi diagnostico terapeutici mirati al fine di garantire l'appropriatezza della prestazione stessa". Tra i 6 DRG indicati, ben 5 sono di interesse cardiologico o cardiocirurgico, e precisamente:

- DRG 116 (altri interventi di pacemaker, o AICD, o generatore di impulsi)
- DRG 112 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea)
- DRG 110 (Interventi maggiori su sist. cardiovascolare con CC)
- DRG 105 (Interventi Valvole cardiache senza cateterismo cardiaco)
- DRG 104 (Interventi Valvole cardiache con cateterismo cardiaco)

(le numerazioni del DRG si riferiscono alla precedente edizione, attualmente sostituita in Lombardia dalla versione 19 del Grouper – vedi oltre).

Con decreto n 11255 del 17 giugno 2002 della Direzione Generale Sanità, è stato istituito un "Gruppo di Lavoro per l'individuazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici, in ambito cardiologico interventistico e cardiocirurgico", nel quale sono stati invitati i rappresentanti delle Società scientifiche cardiologiche (i Presidenti regionali ANMCO e SIC per la FIC) e delle Associazioni di settore AIAC e GISE, più i rappresentanti dei cardiocirurghi.

Una prima analisi dei dati desunti dalle SDO, evidenziava che, per quanto i DRG "incriminati" fossero chirurgici, erano le procedure interventistiche di interesse cardiologico che maggiormente erano responsabili dell'aumento delle prestazioni: in particolare è stato registrato, dal 1998 al 2001, un incremento del 43% dello studio elettrofisiologico, del 55% delle ablazioni transcatetere, e del 60% delle PTCA (procedure tutte comprese nel DRG 112); inoltre si era avuto un incre-

*Un decreto regionale ritiene necessario che su alcune procedure ad elevato costo e che hanno mostrato un incremento incongruo si individuino a livello regionale percorsi diagnostico terapeutici mirati al fine di garantire l'appropriatezza della prestazione stessa*



Vincent Van Gogh, *L'ospedale Saint Paul a Saint Rémy de Provence*

Guida ottenute e revisionate era quindi necessario esplicitare dei criteri di appropriatezza, a seconda che la situazione clinica per la quale era stata eseguita la procedura ricadesse nelle classi 1, 2a, 2b o 3, in accordo con la tradizionale classificazione dell'ACC e AHA.

*...le procedure interventistiche di interesse cardiologico sono le maggiori responsabili dell'aumento delle prestazioni*

A questo punto sono sorte le prime difficoltà, legate al fatto che il giudizio di appropriatezza non è immediatamente deducibile dalle schede di dimissione (SDO), come era auspicato per semplicità di applicazione. Il giudizio di appropriatezza può essere dato solo con un'analisi approfondita della cartella clinica, che valuti anche il processo oltre alla diagnosi finale e la procedura eseguita. Tale giudizio può essere dato solo da pari, adeguatamente istruiti, o competenti. In alternativa bisognerebbe richiedere che alcune informazioni, relative al processo, fossero obbligatoriamente aggiunte a cura del medico, in aggiunta a quelle richieste dalla SDO.

mento, negli stessi anni, del 153% degli impianti di defibrillatore (DRG 104-105), e del 28% degli impianti di pacemaker (DRG 116). Questi dati si riferiscono solo alla popolazione residente, sono cioè scremati dei pazienti provenienti da altre Regioni. Sono state quindi revisionate dalla Commissione le Linee Guida disponibili in letteratura, in ambito di impianto di pacemaker, impianto di defibrillatore automatico, angioplastica coronarica, interventi di sostituzione e plastica valvolare, interventi di bypass coronarico (quest'ultimo intervento, pur non mostrando un trend in salita, è stato considerato come rilevante); è inoltre stato considerato quanto era presente in letteratura in tema di ablazione transcatetere, laddove vere e proprie Linee Guida non erano disponibili.

Sulla base delle Linee

Queste difficoltà hanno in parte frenato l'attività della Commissione, in quanto organizzare un meccanismo di controllo tra pari, sia retrospettivo, ed ancor più prospettico, avrebbe comportato difficoltà ed impiego di persone e mezzi che sono stati giudicati al momento non disponibili. È risultato comunque evidente che questo tipo di percorso, per quanto difficile, è l'unico che può fornire informazioni sull'appropriatezza dell'uso di queste risorse che sono ad elevato costo. Proprio in questi giorni è in preparazione l'indice del "Piano sanitario per la Prevenzione, la Diagnosi e la Cura delle malattie Cardiovascolari" che vede in prima linea i rappresentanti della FIC, ed in questo indice compare ancora la volontà di promuovere la "qualità e l'appropriatezza".

In modo del tutto autonomo all'attività della Commissione suddetta, con deliberazione della Giunta Regionale n° 7/11637, del 20 dicembre 2002, veniva sancita "l'introduzione di nuovi DRG corrispondenti alla versione 19 del Grouper HCFA e la definizione delle tariffe dei DRG modificati e di nuova introduzione". Con tale provvedimento la regione Lombardia, in collaborazione col Ministero della Salute, ha tradotto ed adottato per prima in Italia la versione 2002 della classificazione ICD-9-CM, che è associata ad una nuova versione del programma di calcolo e di assegnazione dei DRG (Grouper HCFA versione 19). In estrema sintesi, le novità relative a tale nuovo regime sono:

**Il giudizio di appropriatezza può essere dato solo con un'analisi approfondita della cartella clinica, che valuti anche il processo oltre alla diagnosi finale e la procedura eseguita**

• Creazione di due nuovi DRG (514 e 515) per impianto di defibrillatore (precedentemente compreso nei DRG 104 e 105)

• Eliminazione del DRG 112, e creazione di nuovi DRG rispettivamente per angioplastica primaria (516), angioplastica/stenting elettivo (517), studio elettrofisiologico e/o ablazione transcateretere (518).

Nello stesso decreto venivano stabilite le tariffe relative ai DRG di nuova introduzione, utilizzando la degenza media registrata per gli stessi nel 1° semestre 2002, ed il peso medio individuato per gli stessi DRG nella popolazione MEDICARE.

Tali nuove tariffe hanno provocato alcune proteste, particolarmente tra i Collegi addetti ad alcune procedure, che non sarebbero adeguatamente remunerate. Bisogna tuttavia sottolineare che lo spirito del pagamento a prestazione non può essere quello di favorire le prestazioni meglio remunerate a discapito di quelle che lo sono meno: nella valutazione delle tariffe, peraltro come detto mutate dalla realtà americana, è prevista una sorta di compensazione tra DRG più o meno remunerativi, con l'intendimento di giungere ad un complessivo equo rimborso delle spese effettuate.

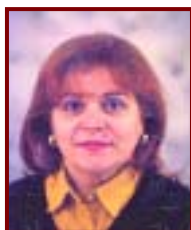
È comunque in animo dei decisori regionali, come segnalato nel decreto, di "introdurre modifiche tariffarie più ampie, anche sulla scorta delle evidenze derivate dall'analisi in atto dei costi delle attività ospedaliere erogate nell'anno 2001".

È parere dello scrivente, comunque, che sia aleatorio pensare di controllare la Spesa Sanitaria Ospedaliera mediante il ritocco o la restrizione delle remunerazioni dei DRG: è indispensabile oltrepassare la logica "aziendale" che ha pervaso la nostra attività negli ultimi anni, e considerare di operare secondo quanto è meglio e più appropriato per il singolo paziente.



## L'ANMCO MOLISE È IN FIBRILLAZIONE

di Vanda Mazza



Il nuovo direttivo ANMCO 2002-2004 è composto da:

*Presidente:* Vanda Mazza

*Membri del Direttivo:*

Dott. Nicola Serafini, Emilio Musacchio, Cristofaro Carrino

*Segretario:* Placido Busico

*Referente Regionale HCF:* Placido Busico

*Referente Regionale Area Nursing:* Cristofaro Carrino

### ATTIVITÀ CULTURALE

Le iniziative culturali dell'ANMCO MOLISE si sono susseguite negli ultimi anni a ritmo costante, hanno riscosso successo tra i medici, e ultimamente anche tra il personale non medico.

Grazie al Centro di Formazione ANMCO, al quale vanno i nostri ringraziamenti per il supporto logistico, abbiamo realizzato da poco ad Isernia due Corsi Learning per infermieri e tecnici di Cardiologia, apprezzati dagli iscritti per il livello delle relazioni e dal Direttore Generale della ASL di Isernia, che, inaugurando il corso, si è complimentato per l'iniziativa rivolta al personale non medico, assicurando anche il rimborso delle quote di iscrizione.

Anche presso l'Ospedale di Campobasso sono in programma per maggio Corsi Learning ANMCO per il personale non medico e del cui successo non dubitiamo. Sicuramente nel panorama regionale l'ANMCO si distingue per le sue iniziative formative, oltre che per i contenuti degli eventi, anche per gli obiettivi ECM, che permettono al personale sanitario regionale tutto di conseguire i famosi "crediti". È in programmazione per il prossimo 14 giugno, subito dopo il Congresso Nazionale, il Congresso Regionale ANMCO 2003 che si svolgerà a Campobasso e verterà su "PROBLEMI EMERGENTI IN CARDIOLOGIA", con la partecipazione di Cardiologi e della Regione ed extraregionali, per affrontare insieme nodi cruciali dei percorsi clinico diagnostici.



Dal Congresso Regionale Molise 2002

### UN PIACEVOLE RICORDO

La giornata dell'Heart Care Foundation del 4 aprile 2002.

L'attenzione dell'ANMCO Molise per i problemi della prevenzione delle malattie cardiovascolari si è distinta per aver recepito il protocollo d'intesa che l'ANMCO aveva firmato con il MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE per introdurre nelle scuole come materia curriculare lo studio della Prevenzione. Tant'è che presso il Liceo Classico O. Fascioli di



**Pablo Picasso, Scienza e Carità**

Isernia, sotto la guida della insegnante di Scienze Prof.ssa Rosalba Martina, gli studenti hanno realizzato un CD "È sempre una questione di cuore" sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Ma anche altre scuole della provincia hanno partecipato al progetto realizzando opuscoli, poesie, disegni che sono stati visionati, letti in occasione della giornata di Heart Care Foundation "Io, il mio cuore e..." svoltasi il 4 aprile 2002 dell'incontro del 4 aprile cui hanno partecipato il Prof. Franco Valagussa il Dott. Sergio Pede, la Prof.ssa

Marzia Campioni, oltre che le dirigenze scolastiche provinciali e regionali, con il patrocinio della Regione Molise e della Provincia di Isernia.

La manifestazione che ha visto gli studenti di ogni ordine e grado della Provincia intervenire numerosi e dibattere con i relatori e con gli atleti presenti come testimonial di stili di vita corretti per una "vita salvacuore", ha avuto una grossa eco provinciale e regionale, tanto che è in corso di preparazione la giornata dell'HCF del 2003, che si svolgerà ad Agnone, mitico posto tra le montagne del Molise.

### **RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI**

DOCUMENTO ALL'ASSESSORE ALLA SANITÀ SU UN'EMODINAMICA INTERVENTISTICA REGIONALE

È stato inviato all'Assessore alla Sanità della Regione Gianfranco Vitagliano, un documento: PROPOSTA DI UN'EMODINAMICA INTERVENTISTICA REGIONALE, documento elaborato ed approvato in corso dell'Assemblea dei Soci ANMCO che si è tenuta all'inizio dell'anno.

Il documento che propone le ultime Linee Guida in tema di cura dell'Infarto del Miocardio, come elaborato dall'ANMCO nell'ultimo documento DI CONSENSO Infarto Miocardio con ST elevato: percorsi diagnostico-terapeutici nella comunità, vuole essere una proposta concreta di indirizzo in questo momento di riordino della Sanità Regionale, che prevede nell'ambito del Nuovo PIANO REGIONALE SANITARIO, l'attivazione di una Cardiocirurgia, ad opera dell'Università Cattolica. Come Cardiologi Ospedalieri salutiamo con entusiasmo questo progetto che dovrebbe eliminare la migrazione extraregionale dei nostri pazienti, ma nello stesso tempo ci sentiamo in dovere di tutelare la Cardiologia Ospedaliera Regionale da eventuali mutilazioni, visto il ruolo che i Cardiologi della Regione hanno svolto negli ultimi 30 anni.

Il pericolo di dispersioni o accorpamenti impropri, visto il crescere della spesa sanitaria può penalizzare le piccole cardiologie: ci auguriamo di no!

### **IL SITO WEB DELL'ANMCO MOLISE**

Il sito WEB dell'ANMCO Molise è sempre attivo, si invitano i Soci a visitarlo e a proporre argomenti di discussione comune, come pure comunicare eventuali iniziative che si volessero pubblicizzare. Un saluto di buon lavoro a tutti.

## ANCORA A PROPOSITO DELLA CARDIOLOGIA GERIATRICA

Ho letto con interesse sul n° 131 di "Cardiologia negli Ospedali" le considerazioni del Dott. S. Scardi del Centro Cardiovascolare di Trieste, sull'opportunità di creare un gruppo di studio per la "Cardiopatia Geriatrica".

Nell'Europa occidentale ed in particolare in Italia effettivamente sono in aumento gli ultrasessantacinquenni; le malattie cardiovascolari nell'anziano con i costi associati alla cura, con risorse economiche purtroppo limitate, impongono una stretta collaborazione tra cardiologi e geriatri, perché l'anziano ha delle particolarità di risposta anche nell'uso dei farmaci cardiovascolari che sono diverse dal giovane adulto, sia per la farmacocinetica che per la farmacodinamica; è da tener presente inoltre la polipatologia e quindi l'interazione tra farmaci; infine ritengo che non si possono estendere in termini di efficacia e sicurezza all'anziano, i dati ottenuti da sperimentazioni di terapie eseguite negli adulti. Gli anziani sono spesso esclusi da trial e si confondono i sessantacinquenni con gli ultraottantenni.

Un'altra considerazione è sulle indicazioni cardiocirurgiche: non credo che si possa ancora ritenere valida l'età cronologica, ma piuttosto le condizioni generali di quel paziente, il discorso rischio beneficio e soprattutto l'aspettativa e qualità di vita, non escludendo a priori dai benefici di una certa tecnica l'anziano.

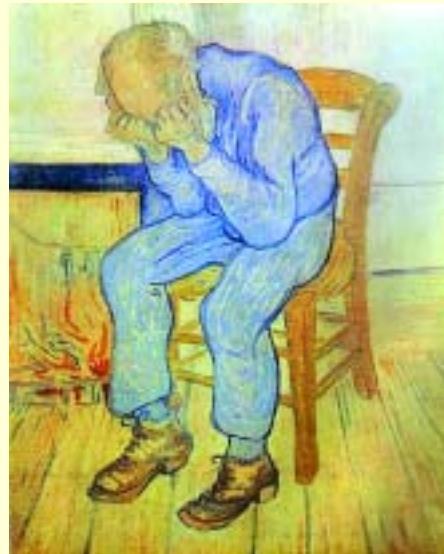
A volte sorprendono, in senso positivo, gli anziani dopo un intervento cardiocirurgico consigliato ed effettuato però nei tempi giusti. Per questi ed altri motivi esprimo un parere personale favorevole ad un gruppo di studio tra geriatri e cardiologi ospedalieri anche per un più oculato uso delle risorse economiche.

Ritengo pertanto che siano necessari contatti tra Presidenti dell'ANMCO e SIGOs (Società Italiana Geriatri Ospedalieri).

Dott. Carlo Bonacci  
Direttore U.O. di Geriatria A.O. di Cosenza  
Consigliere Nazionale SIGOs

**«Quando eravamo fanciulli ciascun oggetto che vedevamo ci pareva che in certo modo accennando, quasi mostrasse di volerci favellare, ... in nessun luogo soli, interrogavamo le immagini e le pareti e gli alberi e i fiori e le nuvole, e abbracciavamo sassi e legni...».**

Giacomo Leopardi



Vincent Van Gogh, Vecchio con la testa tra le mani



Abbiamo letto con grande interesse i due articoli sulla opportunità di creare, nell'ambito dell'ANMCO, un'Area Geriatrica. Convinti della importanza di una simile iniziativa, speriamo che il progetto possa proseguire.

Dott. Stefano Fumagalli / Dott. Lorenzo Boncinelli  
fumadue@tin.it lboncinelli@tin.it  
UTIC / U.O. Univ Geriatrica - A.O. Careggi - Firenze

## I CARDIOLOGI E LA SARS

### **La "Severe Acute Respiratory Sindrome" coinvolge marginalmente la Cardiologia, eppure la nostra attività potrebbe risultare stravolta**

di Carlo D'Agostino e Francesco Bovenzi

Mentre scriviamo la SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) non ha ancora raggiunto l'apice di diffusione epidemica. I casi registrati sono in aumento, in particolare in alcuni dei paesi più colpiti: Cina, Hong Kong, Singapore, Taiwan e Canada. Nel mondo "globalizzato" inevitabilmente le patologie infettive non restano confinate nelle regioni d'origine.

L'Italia è oggi la nazione in Europa con più segnalazioni e ricoveri per sospetta SARS, ma l'incidenza è talmente bassa da non aver influenzato il nostro modo di vivere e di lavorare. Pur consapevoli dell'inevitabile coinvolgimento del cuore in tutte le patologie polmonari, noi cardiologi sembriamo essere scarsamente coinvolti nelle problematiche cliniche più generali delle malattie infettive, limitandoci a considerare queste questioni solo come un semplice evento di cronaca.

Eppure, una lettera inviata a tutte le comunità cardiologiche internazionali scritta dal Dott. Eric A. Cohen, cardiologo presso il Sunnybrook and Women's Hospital di Toronto, epicentro di una delle aree più colpite dall'infezione, ci induce a riflettere sulla drammatica realtà che alcuni nostri Colleghi stanno vivendo.

L'ospedale attrezzato e moderno in cui Cohen lavora sembra essere pesantemente coinvolto nell'assistenza ai malati con SARS; non tutte le procedure applicate per la protezione degli operatori sanitari sono risultate efficaci. Infatti, numerosi sono stati i casi confermati o sospetti tra il personale. Cohen




---

**Il Dott. Eric A. Cohen, Cardiologo presso il Sunnybrook and Women's Hospital di Toronto descrive la drammatica situazione che stanno vivendo in questa comunità**

---

Tamara de Lempicka, Ritratto del Dottor Bucard

ci ricorda che fronteggiare la SARS ha determinato un impatto "devastante", la cui ricaduta pratica ha finito per lo stravolgere l'operatività di tutti i dipartimenti. Non solo è stata cancellata per oltre un mese ogni attività elettiva cardiologica, ma è stata anche elevata la soglia di accesso per le procedure d'urgenza ed emergenza. Il trasferimento di pazienti fra ospedali è risultato difficile per la necessità di dover segregare e isolare i pazienti all'arrivo in base alla categoria di rischio SARS.

Quelli potenzialmente esposti vengono assistiti con tutte le precauzioni che simili condizioni impongono: camici, maschere, guanti, occhiali, materiali monouso; se sospetti poi, isolati e osservati per almeno dieci giorni. Ovviamente tutto questo ha determinato non pochi disservizi e un lavoro faticosissimo. Cohen riferisce che sono stati conseguentemente ridotti gli interventi cardiocirurgici per l'impossibilità di garantire un appropriato post-operatorio con posti letto idonei all'isolamento. Tutte le attività di ricerca clinica sono state interrotte, così come le attività di ECM, comprese le riunioni interne.

Le pianificazioni ospedaliere amministrative, concorsuali, trasferimenti e spostamenti di personale, tutto ciò che non fosse correlato con l'emergenza SARS è stato sospeso. Molti viaggi per incontri di ricerca dentro e fuori Toronto: annullati. Cohen non immagina quando questa emergenza potrà ritenersi conclusa, ma certamente questa brutta esperienza costituirà nel futuro un severo monito per porre più attenzione nei confronti delle patologie respiratorie; così come fu in passato per le infezioni da HIV trasmesse per via ematica.

---

**Un messaggio di allarme ed un insegnamento per fronteggiare più efficacemente le emergenze di questo tipo**

---

Sempre Cohen ricorda che a Toronto la vita fuori dell'ospedale non sembra essere condizionata dall'attuale realtà sanitaria, eppure alberghi e ristoranti permangono vuoti, anche se la gente, coerente con

la storia dei secoli, ancora oggi si rifiuta di credere nel "flagello" e sembra più convinta che tutta la crisi sia legata solo ad una reazione eccessiva dei media (SARS: "un fantasma mediatico"). Ed invece allarmante resta il dato che i medici risultano tra i più esposti e conseguentemente tra i primi a rischio di contagio.

Noi oggi, non dimentichiamo Carlo Urbani, il bravo Collega italiano che per primo al mondo ha scoperto la polmonite atipica rimanendone vittima. Cohen termina con l'invito a verificare che tutti gli ospedali e le comunità internazionali siano effettivamente pronti a simili emergenze assistenziali.

Egli si augura che questa minaccia non sia sottovalutata, ma bensì considerata con massima serietà, con una programmazione e individuazione nei grossi centri di reparti dotati di un numero adeguato di posti letto utili a isolare e trattare i pazienti con SARS.

La vivida descrizione del cardiologo canadese fa riflettere sulla capacità del nostro sistema di reagire ad eventi di questa portata. L'assistenza ospedaliera in Italia vive in una condizione di perenne emergenza determinata dalla scarsità di risorse economiche, di attrezzature e di personale. In molti dei nostri ospedali la carenza cronica di personale paramedico e medico determinerebbe certamente in simili emergenze un collasso del sistema.

Quotidianamente ci ritroviamo spesso volte ad affrontare situazioni e contesti clinici di attività considerata di routine, che invece inevitabilmente affrontiamo e viviamo con la spiacevole sensazione di incombente precarietà. È vero, la nostra attenzione verso la diffusione di patologie infettive è bassa, anche se storicamente le infezioni nosocomiali costituiscono un importante capitolo nell'assorbimento delle risorse ospedaliere.

La pianificazione di un programma comune, volto a fronteggiare emergenze quali l'epidemia in corso, può servire a ripensare alla prevenzione e all'organizzazione all'interno dei nostri ospedali, pensando a strutture più dinamiche, flessibili nell'utilizzo del personale, interconnesse e che utilizzino mezzi adattati di volta in volta, sia nell'attività elettiva, che in quella della gestione delle diverse emergenze.

Nella speranza che nel corso dei prossimi giorni le notizie sul fronte della SARS siano più ottimistiche e che siano state individuate più efficaci armi preventive, diagnostiche e curative, non possiamo sottrarci come cardiologi, ma ancor prima come medici, a riflettere e trarre insegnamenti dai drammatici eventi che nel mondo stanno accadendo.

## GIORNALISTI/CARDIOLOGI: FACCIAMO GOAL NELLA STESSA PORTA

di Carla Massi, Giornalista de "Il Messaggero"

Cuore, ipertensione, cibo, alcol, fumo, farmaci, elettrocardiogramma, dolore, emergenza. Riunire queste parole, costruire un messaggio chiaro, comunicare le informazioni giuste e lottare in nome della salute, senza colpevolizzare o spaventare, non è compito da poco. Per questo, occorre mettere su una squadra, scegliere una maglia dai colori giusti e giocare tutti con la stessa tenacia e ambizione. Spingere, con una tensione collettiva (ricordiamo la mitica Nazionale mondiale di Bearzot?) per fare gol nella stessa porta e conquistare punti sufficienti per la vittoria. La squadra, nel caso in questione, dovrebbe essere formato da cardiologi e giornalisti. Capaci, primo requisito per scendere in campo, di guardarsi in faccia, capire i punti deboli di ogni "formazione" e scendere in campo per fare gruppo. Magari anche accettando lo storico modello "libero" all'olandese. In cui, però, nonostante sia uno a zigzagare su e giù per il campo, è sempre la squadra a vincere o perdere.

Il progetto non è facile da perseguire. Entrambi i fronti devono, infatti, essere pronti a mettersi in discussione, a trovare nell'uso dei termini e delle notizie quello che può essere utile ad un terzo protagonista, il paziente. Sarebbe meglio dire il cittadino. A lui, cardiologi e giornalisti, devono un po' di umiltà, l'accettazione di comunicare in modo semplice (che non vuol dire semplicistico), lo sforzo di informare senza terrorizzare. Non basta denunciare, puntare il dito, elencare novità farmacologiche o far conoscere numeri epidemiologicamente importanti per gli addetti ai lavori. Bisogna piuttosto "farsi i muscoli" per interpretare insieme quei numeri, per leggere gli eventi che la cronaca offre, per accostare i comportamenti con le malattie.

È uno sforzo grande, è vero, ma è necessario farlo. Lo esigono i dati statistici nudi e crudi, lo chiedono le corsie degli ospedali che, per le malattie cardiovascolari, dovranno essere sempre più grandi e attrezzate, lo vogliono i milioni di adulti di oggi presto anziani di domani. Questo non significa banalizzare a tutti i costi, ma piegare anche le notizie più complesse e difficili a concetti accessibili a tutti.

Spesso, per farsi capire, bastano delle metafore, dei semplici paragoni, delle immagini. Giornalisti e cardiologi dovrebbero accordarsi proprio sull'uso di queste metafore, questi paragoni e queste immagini. Una volta per tutte, senza dover, ad ogni occasione, ritrovarsi a "ricontrattare" ogni dettaglio. Di questi tempi sono molto di moda i patti, da quello con un intero popolo a quello suggellato da una crostata casalinga. Dimenticando simili modelli si potrebbe, però, perseguire una terza via. Che non vieta certo i dolci, ma che preveda, come ricordano i cardiologi, preparazioni prive di burro o altri grassi animali...



Foto di CARLO LANNUTTI/FOIATI



Gentile Direttore,

ho letto con interesse quanto scrive Bettini ("Cardiologia negri Ospedali" N. 131, pagg. 47-48), Presidente Regionale ANMCO della P.A. del Trentino, a proposito della giornata mondiale del cuore 2002. I dati che vengono riportati sono di grande rilievo e rendono merito della fatica di chi ha organizzato l'evento (il Dott. Bettini primo fra tutti). Sento il dovere di correggere una piccola inesattezza quando si dice che quella di Mezzolombardo è stata "la prima esperienza in terra trentina". In realtà il Trentino ha mostrato molta sensibilità al problema "prevenzione primaria" e nelle giornate 15 e 21 settembre (15 giorni prima della giornata descritta con legittima soddisfazione da Bettini) la Casa di Cura EREMO di Arco ha organizzato una analoga manifestazione che ha coinvolto circa 1000 partecipanti e che ha messo in rilievo la discrepanza fra la valutazione soggettiva del rischio cardiovascolare e quella oggettivamente misurata attraverso le carte del rischio. Alla discussione finale ha partecipato, fra gli altri, il Dott. Giuseppe Vergara, Responsabile della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale di Rovereto. L'evento ha riscosso molto successo con numerosi passaggi al telegiornale RAI Regione e numerose citazioni nei giornali regionali mettendo in rilievo (al pari di quanto avrebbero confermato gli amici di Mezzolombardo) come il tema prevenzione stia a cuore alla popolazione del nostro territorio. I dati derivati dalla manifestazione sono stati elaborati con l'aiuto di alcuni Colleghi del Mario Negri di Milano, inviati (e accettati) come abstract al prossimo Congresso Nazionale ANMCO e raccolti in un lavoro inviato recentemente all'Italian Heart Journal. Ringrazio per l'attenzione. Cordialmente.

Gabriele Ferrario

responsabile del Raggruppamento di Riabilitazione Cardiologica - Casa di Cura EREMO, Arco (TN)



## L'intervista a Luigi Colonna scritta nel libro dei sogni

di FRANCESCO BOVENZI

*Un fanciullo correva dietro un treno.  
La vita – mi gridava – è senza freno.  
Salutavo, ridendo, con la mano  
e calmo trasalivo, indi lontano.*

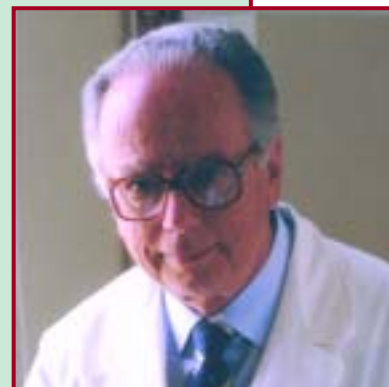
Sandro Penna

Schopenhauer dice che la vita e i sogni sono come pagine di uno stesso libro: leggerle in ordine è vivere, sfogliarle a caso è sognare. E così ci provo in questa notte a cui mi affido. Apro il mio libro e scelgo di sfogliarlo a caso. Mi ritrovo preso da stati d'animo provati in un tempo non lontano, vissuto insieme ad un Medico, un Maestro, un Padre, un Amico. Anni fa cercavo di seguire degnamente il "Suo esempio", mi sforzavo di apprendere dal Suo operato professionale ed umano. Ora so che non avrei mai potuto conoscerLo abbastanza, perché così è la vita: un vorticoso avvicinarsi di forme di esistenza che spesso sfuggono alla nostra capacità di comprensione. Stanotte tra le pagine del mio libro appare l'immagine di Luigi Colonna. Lo riporto in terra. Più facile di ogni immaginazione. Sono felice. Anche Lui pare sereno.

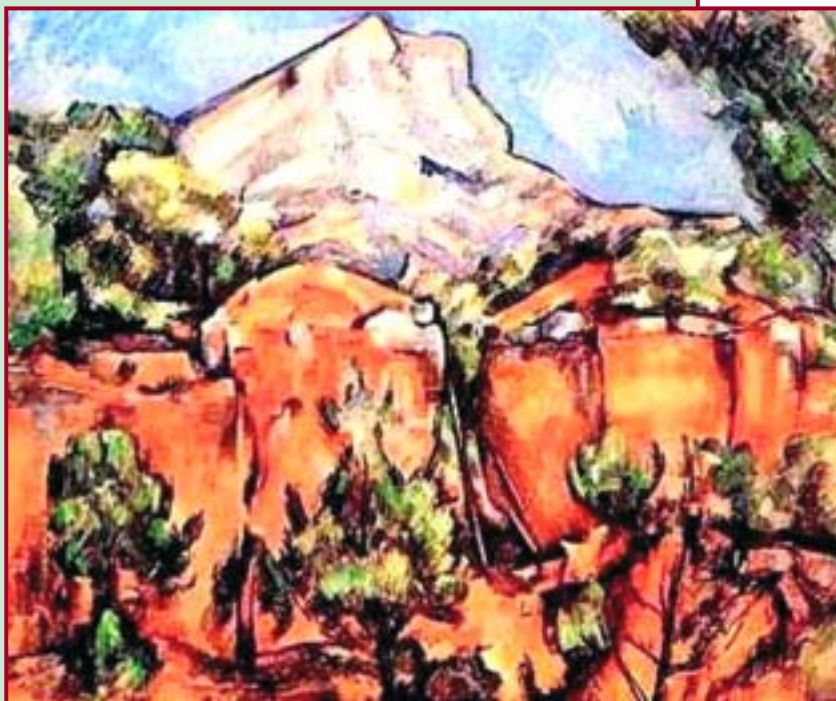
Vauvenargues, paesino sperduto poco a nord-est di Aix-en-Provence. Circa 15 anni fa vivevo a Marsiglia, non molto lontano da quell'angolo di terra. Lui mi venne a trovare. Avevo scoperto quel posto in uno di quei giorni in cui la solitudine ti spinge a girovagare senza mete apparenti. Ero certo: sarebbe piaciuto anche a Lui quel paesaggio. E così fu.

Lo rivedo come in quel giorno: ammaliato da quei colori, dalla dolcezza del clima, dal profumo sprigionato dalle tante erbe: timo, rosmarino, salvia, maggiorana. Sedotto dalla semplicità della gente, incantato dal colore rosso della terra: quella del monte di Sainte-Victoire, emblema della pittura im-

pressionista. – È lo stesso rosso che anima i quadri di Paul Cézanne, questa è la sua terra natia, e ricorda lo splendore di alcuni paesaggi pugliesi – mi dice. Case sparse e adagiate lungo quella via scoscesa, stipate come in un presepe. Legna raccolta sui gradini per alimentare gli ampi camini. Porte delle case aperte a vetrina e pochi bambini a giocare per strada. Intorno a noi una vallata stretta e lunga ed un bellissimo castello che la domina: esso conserva ancora il fascino di essere stata l'ultima, definitiva dimora di Pablo Picasso. Quando legge sulla porta d'ingresso una grande targa in plastica rossa: "Si prega di non disturbare, il museo Picasso non è qui, è a Pa-



Il Prof. Luigi Colonna



Paul Cézanne, La montagna di Saint-Victoire



**Il Castello di Vauvenargues**

rigi”, sorride divertito e mi dice: – *fotografala, dai fotografala* –. Ci ritroviamo seduti a tavola, è ora di pranzo. Una piccola brasserie: odore di cucina e di vecchio locale. Sul tavolino apparecchiato alla meglio, i resti di una croccante baghette, due piatti con entrecôte agli aromi di Provenza, un bicchiere di rosso Côte du Rhône dal vetro consumato dagli anni, una bottiglia di Badoit, dei crostini con chèvre e la mia vecchia Canon.

È bello chiederGli ancora, perdermi ad ascoltare come un tempo la Sue parole calde, argute, a tratti amabilmente ironiche, umanissime sempre.

**Che mi racconta oggi della sua vita?**

Raccontare della propria vita è difficile quanto viverla. Se fossi dinanzi ad un televisore e vedessi scorrere la mia vita in videocassetta, la vedrei scorrere a velocità aumentata. Se poi spingessi la videocassetta in avanti, probabilmente riuscirei a gettare uno sguardo anche al futuro. Riuscirei, forse, a provare la grande felicità nell’abbracciare dei nipoti, a vedere una mia proposta di legge approvata in Parlamento o a guardare compiaciuto la copertina di un mio nuovo libro. Ma nel contempo dovrei stare molto attento a non spingere troppo in avanti la videocassetta, perché oltre un certo punto non comparirebbe più alcuna immagine e ciò risveglierebbe in me ed in quanti mi hanno amato il “Dolore” ed il “Rimpianto” ... ed io non voglio suscitare, né provare amarezze.

**Circa sette anni fa, Lei ci parlò della vita dell’ANMCO come di qualcosa che corre inevitabilmente parallela alla nostra vita professionale.**

Quello fu il mio ultimo intervento in un Congresso, lo ricordo bene. Ero felicissimo di ritrovarmi tra tanti amici. Cercavo di nascondere quello strano ingrediente della vita che è la ma-

linconia. Chi ha conosciuto il pensionamento sa che si può cadere nella sua trappola ... Quanto a me, prendila come una piccola confidenza, posso dire che la malinconia quel giorno non era la padrona assoluta del mio cuore ... Un’ombra di tristezza – questo è vero – velava il mio animo e smuoveva sentimenti che non riuscivo in alcun modo a mascherare: un misto di commozione, nostalgia e profondo affetto verso tutti. Ma questi stati d’animo si amalgamavano alla appagante consapevolezza del consenso popolare che mi aveva portato a diventare deputato.

Ma ti parlo più volentieri dell’ANMCO. Quando mi laureai nel 1948, esistevano solo due Società Scientifiche: Medicina Interna e Chirurgia. Le novità nel campo della clinica e della ricerca scien-

tifica a quei tempi venivano scambiate direttamente tra Colleghi o per posta o per telefono, pochi erano i Convegni, poche le riviste. Da allora se ne è fatta di strada! La generazione “dei dinosauri”, la mia: quella di Prati, Masini, Rovelli e di tanti altri carissimi indimenticabili amici, ha avuto l’avventura di partecipare, di essere testimone di questa evoluzione senza precedenti nella storia non solo della cardiologia, ma dell’ultimo secolo. Noi abbiamo avuto il piacere di veder riaprire una stenosi valvolare, veder battere con regolarità un cuore fermo per blocco. Grazie ad una sonda abbiamo penetrato i misteri più difficili, fino ad allora più impenetrabili delle malattie del cuore. Penso alle coronaropatie, alle aritmie. L’ANMCO ha avuto il merito di aver diffuso questi meravigliosi progressi.

**Vuol dire che il cardiologo di “oggi” è migliore di quello di “ieri”?**

Il rischio oggi è legato all’evoluzione rapida e specifica delle conoscenze e delle competenze che rischia inevitabilmente di fratturare quella solida unità di contenuti tra vecchia clinica e nuove tecnologie faticosamente costruita. Questo ieri non rappresentava un problema, perché l’anamnesi, l’esame obiettivo, un Rx del torace ed un ECG si identificavano con la diagnosi. Oggi la realtà è molto cambiata. Si fa un eco, ma spesso si trascura l’ascultazione del cuore. Il cardiologo oggi ha certamente più nozioni, conosce più cose, ma è meno incline al ragionamento clinico. Adopera meno la parola per conoscere le storie, per raccontarle al malato, per condividere i suoi problemi. Il suo pensiero è certamente condizionato dalle numerose conoscenze sempre più ultraspecialistiche. Sant’Agostino diceva: il passato visto con gli occhi del presente è il presente del passato. Quindi no, non esiste il migliore, non può esistere. Esiste una continuità nel progresso, nelle capacità, nelle professionalità legate inevitabilmente all’evoluzione del pensiero.



**Quali sono stati i suoi Maestri? Ritiene sia finito il tempo dei Maestri?**

Ho avuto la fortuna di essere stato allievo per molti anni di due Maestri della Medicina e pionieri della Cardiologia in Italia: il Prof. Virgilio Chini, Clinico Medico dell'Università di Bari ed il Prof. Luigi Condorelli, Clinico Medico dell'Università di Roma: quest'ultimo negli anni '30 a Bari e poi a Catania anche di tuo Padre. Ma la tua seconda domanda insinua il sospetto che quel tempo non esista più. Al Maestro di "ieri" sono collegati i concetti di spazio e di tempo. Il Maestro infatti creava una "distanza" dal discepolo, fatta di diversità di esperienze, di ruoli, di gesti, di parole, di impegni, "distanza" che era dettata dalle numerose conoscenze e dal saper fare. Inoltre l'opera educativa del Maestro aveva anche bisogno di tempo da dedicare all'educazione del discepolo. Oggi non è più così, sarebbe anacronistico, impensabile, improponibile ed antididattico: congressi, corsi, meeting, forum, master, e-learning, teledidattica ecc.; non si ascolta più la voce di una "guida", di un confronto stabile nel tempo in cui identificarsi. Cade quel mito dell'identificazione, ecco che la figura perde significato, importanza, ed è quasi priva di contenuti formativi. Resistono in ambito universitario quelli puramente formali ed amministrativi legati al ruolo dei Direttori. Il Maestro non è più l'unico tutore depositario della cultura e dell'informazione, anzi oggi spesso si ritrova a dover imparare la tecnologia dai più giovani. L'allievo si avvicina a Lui con le stesse conoscenze trasversali, le stesse fonti informative, lo stesso tempo e luogo. Questa sorta di "democrazia" nella rapidità di transito delle nozioni e conoscenze anche tecniche, ha cancellato di fatto così quella vecchia "distanza" esperenziale sempre esistita fino ad oggi.

**E adesso mi parla dei suoi discenti?**

Ti ricordo alcuni tra tanti degli ultimi amici: Italo de Luca, Emanuele Fino, Carlo D'Agostino. Tutti occupano un posto privilegiato nel mio cuore, in particolare Giustina Castellaneta: questo onore è dovuto ad una "vita" che oggi insieme riviviamo grazie al vostro ricordo.

**Ad un figlio consiglierebbe di fare il medico?**

Personalmente, in passato ho dovuto affrontare questo cruccio; ho provato a convincere mio figlio Paolo (anch'egli oggi cardiologo) ad intraprendere vie più agevoli di quella della medicina. Tuttavia mi rendo conto che oggi, dovendo consigliare, è molto più difficile che in passato. Un esempio: mia figlia Nicoletta desiderosa di approfondire lo studio dei rapporti interpersonali si è laureata in Scienze Politiche con indirizzo Sociologico, svolgendo parte del suo dottorato post-lauream al prestigioso MIT di Boston. Nonostante il suo brillante curriculum io la guardo ancora con un lavoro precario, che sfrutta solo una parte delle sue potenzialità. È anche vero che oggi sembra impossibile, direi anacronistico, condividere la scelta che una



**Picasso al Castello di Vauvenargues**

donna come mia Moglie potette operare dopo il matrimonio: ovvero lasciare una laurea nel cassetto e dedicarsi a tempo pieno alla famiglia e alla casa. Eppure so che Lei è felice di aver intrapreso quella scelta.

**In una seconda vita rifarebbe il medico o ha trovato più interessante diventare deputato della Repubblica Italiana?**

Il lavoro in ospedale è certamente più interessante, ricco di immediate soddisfazioni e ti premia con il sorriso dell'ammalato che sta meglio. Dall'altra parte, spesso un deputato non sente un peso tanto oneroso, e soprattutto non deve essere controllato se non da coloro che lo hanno onorato del proprio voto. Un eventuale errore risulta meno grave nel breve termine, anche se nel tempo può amplificarsi, coinvolgendo molta più gente di quanto non succeda per un medico. In questi casi, però, è sempre possibile correggere il tiro, cosa che noi medici spesso non possiamo più fare. Tuttavia, parlo con la passione di 45 anni di medicina, mentre con poco più di uno da deputato. Eppure sono riuscito a proporre Leggi come la figura dell'educatore fisico e numerose proposte di Legge, Interrogazioni e Risoluzioni nel campo della sanità e dell'università. Diciamo che con meno sforzo in Parlamento si ottengono risultati decisamente più palesi!

**Col passare degli anni si incontrano più dubbi o certezze?**

I dubbi non ti lasciano mai. Però spesso l'orgoglio e la eccessiva sicurezza in se stessi possono indurre a sbagliare. Spero che ricorderai sempre il vecchio detto che amavo ripetere anche a voi: "a piè del vero il dubbio!". Ti aiuterà!



**Don Quicotte, Salvador Dalí**

**A quale libro letto si sente più legato?**

Al Don Chisciotte di Cervantes senza dubbio. Mi appassiona la sua struttura "labirintica". La sua storia somiglia tanto alla nostra vita: la ricerca affannosa dell'ideale di giustizia, le innumerevoli e strettamente embricate situazioni esistenziali, il potere quasi dirompente della capacità inventiva, il bizzarro, il comico, il grottesco, la sregolatezza che diventa una originalissima forma di saggezza. Nella realtà decadente della Spagna di quel tempo, all'interno di quel mondo che mutava i suoi valori, questo anziano sognatore stregato dall'epica cavalleresca riusciva a vivere soltanto con l'immaginario e con la forza straordinaria della sua generosità e della sua purezza. Un eroe della follia e, proprio per questo, la prima figura letteraria della modernità. L'ho riletto diverse volte anche con una certa attenzione filologica. Non contento sono anche andato nella Mancina. Sai bene, i luoghi fisici mi attirano moltissimo. Volevo vedere con gli occhi di Cervantes e capire. Ho ripercorso da solo, passo dopo passo, i luoghi del romanzo. Ho verificato l'autenticità della descrizione, ne ho accertato la reale esistenza. È stato il trionfo del mio stupore.

**Ci vuole ricordare qualcuno dei suoi abituali aforismi che spesso, a seconda delle circostanze, durante la visita in reparto amava ripetere?**

A quale pensi? Ricordavo Orazio: quandoque bonus dormitat Homerus (talora persino Omero sonnecchia beato) quando trovavo durante la visita un paziente che dormiva e che non ho mai voluto svegliare. A chi mi chiedeva: ma dovrò morire? Sì: come tutti dovrai morire, ma non ora. Al malato dispnoico per tranquillizzarlo sull'operato: un poco di affanno lo devi pur tenere, noi abbiamo dato fuoco alla nostra Santa Barbara. E poi ancora: il patito arriva a saperne più del saputo. Anche il più giovane ha sette lingue. La parola detta è tua padrona, la parola non detta è la tua schiava. Contro la forza la ragion non vale.

Mi chiede paglia per 100 cavalli. È più utile soccorrere un uomo che scoprire una stella, è più facile scoprire una stella che soccorrere un uomo. Un intervento facile non è un'indicazione all'intervento. Ars quae non venditur vilipenditur. Solo il pastore perde le sue pecore. Lo vedo come un asino in mezzo ai buoi. Le dimissioni? Possiamo farle "nunc et in horas". Al "malato" che fugge ponti d'oro. Un malato non si raccomanda. Meglio un fibrillante vivo che un sinusale morto. Quest'ultima frase ieri rappresentava una semplice intuizione clinica, oggi lo studio AFFIRM la rende per certi aspetti attuale.

**Quando incontrava un amico che non vedeva da tempo voleva farsi raccontare "un qualcosa di bello". Se rivolgevi a Lei quella stessa richiesta?**

Volentieri. Penso a quello in cui mi sono identificato in terra: "ama l'opera tua". Ho sempre donato agli ammalati speranza e sicurezza, ho sempre vissuto con gioia accanto agli amici, mi sono sempre adoperato per il prossimo, ho sempre amato "l'opera mia". Mi sono identificato in questo amore... "soffri per essa la tua pena più bella e più segreta. Donale il sole dei tuoi giorni. L'ombra delle tue notti. Non te ne distolga altra fatica o amor di lucro... unicamente ti assomiglia per antiche tracce note a te solo... puoi far vero in essa il sogno e sogno il vero e perdonare al tuo nemico e rendere bene per male ed accogliere in un grido tutti i cuori viventi entro il tuo cuore. Ama l'opera tua che è il solo amore".

**Allora, quali valori considera importanti per il medico?**

Come per tutti gli uomini della Terra, maggiori sono i valori su cui ciascuno poggia la propria morale, migliore sarà la considerazione da parte degli altri. Certamente nel mondo del lavoro, così come nella vita, l'amicizia è un valore molto importante: una bandiera necessaria da far sventolare. Ma ti spiegherò del suo significato nella rubrica "Viaggio intorno al cuore".

...e "il profumo rimane nell'aria anche quando la porta si chiude..."

Francesco De Gregori

## IL VALORE DELL'AMICIZIA DA ARISTOTELE AL CRISTIANESIMO

di Luigi Colonna

*L'amicizia giova sempre, l'amore talvolta nuoce*

Seneca

Parlare dell'amicizia è abbastanza complesso, come lo è spiegare qualsiasi sentimento; più semplice e spontaneo è viverla.

Esposerò alcune testimonianze su questo importante rapporto umano, cominciando dalle citazioni e dalle riflessioni di alcuni Autori, filosofi prima, poi sociologi sull'argomento.

Già nella Grecia del IV secolo **Aristotele nella "Grande Etica"** affronta la trattazione dell'amicizia e **la definisce "una virtù, un be-**

**ne, una cosa necessaria per la vita"**, proponendo diverse questioni che ne derivano: "se esistono diversi gradi di amicizia, se essa sorge tra uomini simili o possa esserci anche tra quelli di qualità opposta, se essa sia una espressione comune a tutti gli uomini e se gli uomini malvagi possano avere amici o meno".

Esistono tre tipi di amicizia: **quella causata dall'utile, quella causata dal buono o dal piacevole e quella virtuosa.**

Quelli che sono **amici a causa dell'utile**, non si amano di per se stessi, ma perché deriva loro qualche bene o vantaggio; tali amicizie sono accidentali e facilmente caduche, poiché le persone non restano sempre uguali; se infatti non sono più utili, cessano di essere in amicizia. Situazioni di questo tipo sono vissute specialmente dalle persone anziane o comunque desiderose di utilità e sono caratterizzate dalla mancanza di vita in comune, se si escludono i momenti in cui si attua l'utilità.

L'amicizia dei giovani, invece, **sembra basarsi sul piacere**; essi vivono secondo la passione e ricercano soprattutto ciò che è piacevole a loro nel presente; quando però l'età muta, anche le cose piacevoli cambiano. Pertanto essi rapidamente divengono amici e con eguale rapidità cessano di esserlo.

Il terzo tipo di **amicizia, quella "virtuosa"**, dei simili nella virtù è l'amicizia perfetta: i buoni ed i simili nella vita si vogliono bene di per sé, e sono gli autentici amici, duraturi perché la vita è qualcosa di stabile, e sono anche reciprocamente piacevoli, perché a ciascuno sono piacevoli le azioni a lui conformi e le azioni e sentimenti dei buoni sono uguali o simili.

Poche sono le amicizie sì fatte, e richiedono per costituirsi tempo e consuetudine: non si può divenire improvvisamente amici in questo senso, può nascere all'improvviso solo la volontà di amicizia, ma bisognerà condividere diverse esperienze nel tempo prima che l'amicizia possa considerarsi tale.

È chiaro che questo terzo tipo di amicizia è appannaggio dei buoni: invece a causa del piacere e dell'utile anche i cattivi o gli uomini "convenienti" possono essere amici tra loro, ma amici di per se stessi sono solo i buoni; gli altri, infatti, non godono di per se stessi se non ne derivi un qualche piacere di utilità.

È interessante questa concezione di una forma perfetta che caratterizza la vera amicizia secondo Aristotele e che sarà più tardi assunta dal



Pablo Picasso, *Amicizia*

Cristianesimo ed è importante il parallelismo che questi stabilisce tra l'analisi delle varie forme di governo e quelle di amicizia.

Oltre che il mondo greco, anche quello romano è ricco di esempi di amicizie significative: Eurialo e Niso, Enea e Pallante, Blossio e Gracco, Scipione e Lelio, Attico e Cicerone. È proprio in quest'ultimo autore che, più di tutti gli altri, le tracce del pensiero filosofico greco sono evidenti nel suo dialogo "sull'amicizia".

**Cicerone considera l'amicizia il più grande bene del mondo, la risorsa inesauribile nei momenti di gioia e di dolore**, "...essa, però, è possibile solo tra uomini buoni virtuosi, apprezzabili per la loro lealtà, integrità, equità, generosità e per la loro estraneità a qualsiasi forma di cattiveria".

Cicerone in un altro punto della sua opera, afferma che la virtù, solo la virtù favorisce le amicizie e le conserva. Infatti, "in lei c'è l'accordo completo, in lei la stabilità, in lei la costanza, e quando essa sorge mostra la sua luce, la riconosce in un altro, si dirige verso di lui e a sua volta accoglie quella luce che è nell'altro; e da questo arde sia l'amore che l'amicizia; infatti tutti e due i termini derivano da amar". Infine, l'opera si chiude con un consiglio che l'autore dà a tutti: "ponete in alto la virtù, necessario presupposto dell'amicizia, così in alto che, assunta quella come supremo dovere, teniate l'amicizia per la più nobile cosa del mondo".

**Più tardi l'amore è al centro della religione cristiana**, è un concetto che sfuma e si sovrappone a quello di fede e di Dio. L'amore è la radice dell'interazione sociale; ama il prossimo tuo come te stesso è il comandamento che stabilisce il corretto comportamento verso gli altri. L'amore cristiano per il prossimo va oltre i limiti di quello teorizzato dai Greci e dai Rabbini, e giunge persino ad amare peccatori e nemici, per consentire il riscatto e una nuova vita.

Dall'insegnamento evangelico il cristiano impara a vivere per gli altri con spontaneità e fantasia, a essere in grado di superare i limiti e gli impedimenti posti dalla società.

Questa ricerca di perfezione nel significato dell'amicizia che emerge da questo tipo di cultura filosofico-religiosa cui siamo stati educati è ancora valida nella società industrializzata, dove il conformismo, la pubblicità, la competizione, i beni materiali e il successo sembrano essere i valori fondamentali.

Nel mondo moderno l'acquisizione e la conservazione di questi beni sicuramente sono competitivi con il mondo interiore e relazionale, investono la gerarchia dei valori importanti per l'uomo facendo preferire esperienze brevi e passeggero, del tipo usa e getta, a **esperienze quali l'amicizia, che richiedono, memo-**

**ria, costanza e impegno.**

L'amicizia si avvale anche di una vicinanza affettuosa, che spesso coinvolge il piacere di una vicinanza fisica, quale quella di un abbraccio, di una stretta di mano, di una pacca sulla spalla.

**Diversa dalla fisicità dell'amore, che è possessività**, e che comprende quasi tutte le caratteristiche dell'amicizia, ma in misura maggiore, talora più violenta, coinvolgendo il fattore "sollecitudine" e quello "passione" (con la correlata triade fascino-esclusività-desiderio).

Ecco quindi che l'amicizia, cristianamente intesa, può diventare una "sfida" in una società secolarizzata, come l'attuale, nella quale si assiste ad un capovolgimento di valori, ove i giovani vengono educati a crescere e a non credere più in certi legami, se non basati sull'utilità comune e materiale.

È allora che le virtù come l'amicizia possono diventare ancora una volta segno di distinzione.

**L'amico è colui che ci permette di vedere oltre noi stessi e ci aiuta ad uscire dai nostri limiti**, dalle insoddisfazioni, perché sentiamo di non essere soli e che esiste qualcuno che vuole condividere il nostro cammino.

Certamente si può esser amici in tante circostanze e per diversi motivi: o perché si lavora insieme o perché si studia o si fa sport insieme, ma il legame più forte è quello tra due persone che hanno scoperto di essere simili, desiderose di voler camminare insieme nella vita.



Keith Haring, *Abbraccio*

...sulla tua spalla posta la mia mano del mondo  
entra in possesso  
altro segnale non propongo di me per quel  
che esprimo  
che nell'esiguo spazio di quel gesto  
si disegna la forma del destino

Josè Saramago

# ***Contribuisci alla ricerca ANMCO-HCF***

---

*Le litografie del maestro Emanuele Luzzati  
saranno esposte al  
XXXIV Congresso di Cardiologia dell'ANMCO  
presso lo Stand della Heart Care Foundation.  
Una copia firmata  
dall'autore potrà essere tua per 100 €*





# **ANMCO: 1963-2003** **40 anni di storia attraverso** **"Cardiologia negli Ospedali"**



**Un traguardo in un cammino di ricerca  
e innovazione scientifica che continua**

**CONSULTA LA BROCHURE  
CON LO STATO DI AVANZAMENTO  
DEGLI STUDI GESTITI  
DAL CENTRO STUDI ANMCO**

