

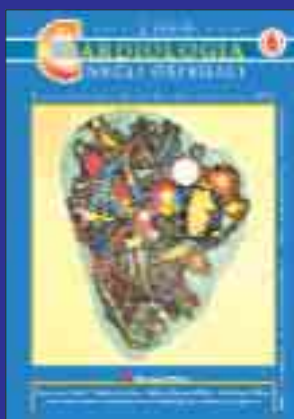
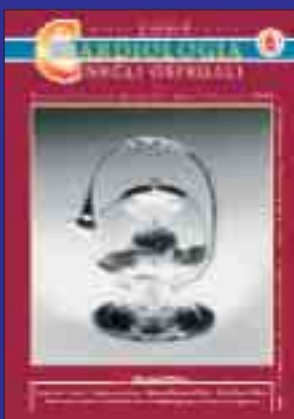
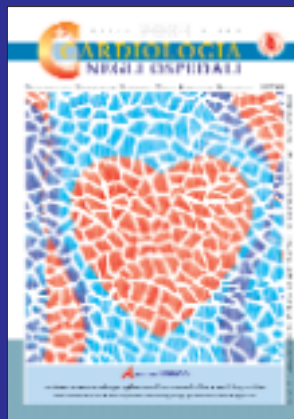


M A G G I O 2 0 0 4 - G I U G N O N . 1 3 9



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI 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

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

**Cardiologia negli Ospedali**

**Lettera del Presidente**



**IN CERCA DI UN SIMBOLO**



L'ANMCO non ha ancora trovato un simbolo. Si cerca un simbolo che rappresenti il cuore, il cervello, il polmone, il fegato, il rene, il pancreas, il sistema circolatorio, il sistema nervoso, il sistema endocrino, il sistema immunitario, il sistema muscolare, il sistema scheletrico, il sistema integumentario, il sistema riproduttivo, il sistema sensoriale, il sistema di difesa, il sistema di comunicazione, il sistema di movimento, il sistema di nutrizione, il sistema di regolazione, il sistema di crescita, il sistema di invecchiamento, il sistema di morte.

**IL PRIMO CONGRESSO SCIENTIFICO ANMCO A VENEZIA**

150 comunicazioni, oltre 300 partecipanti, maturità e vitalità del cardiology ospedaliero anche nel campo dello studio e della ricerca

**L'ISTITUZIONE DELLE SEZIONI REGIONALI LE PRIME DIECI SEZIONI GIÀ COSTITUITE**

L'ASSEMBLEA ANMCO DELIBERA

**L'ANMCO HA IL SUO EMBLEMA**

Pubblichiamo i due emblemi elaborati dal Consiglio Direttivo nella sede di Novara del 10 maggio.



**CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI**



**"Cardiologia negli Ospedali" 1964-2004**

**A FIRENZE IL 3° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO**

**Nasce "Il Giornale Italiano di Cardiologia"**

Una lettera circolante del 21 dicembre apparirà nel prossimo numero del no



**ANNUNCIO**

Il bollettino dell'ANMCO "Cardiologia negli Ospedali" con la sua pubblicazione come inserto del Giornale Italiano di Cardiologia.

Il bollettino continuerà ad occuparsi principalmente dei problemi organizzativi e sindacali dell'Associazione e avrà l'obiettivo di accogliere brevi articoli, comunicazioni e notizie riguardanti le istituzioni cardiologiche ospedaliere ed i nostri associati.

Il materiale da pubblicare va indirizzato alla redazione del bollettino presso l'Istituto di Cardiologia, Ospedale Regionale - 33100 Udine.

**Cardiologia negli ospedali**

**IL 3° CONGRESSO SCIENTIFICO NAZIONALE DELL'A.N.M.C.O.**



**VIENATO SALUTO DEL PRESIDENTE LEONE AI CARDIOLOGI OSPEDALIERI SUCCESSO DEI LAVORI SCIENTIFICI VASTA ECO NELL'OPINIONE PUBBLICA**



**A Firenze la nuova sede sociale dell'associazione**



**Nasce la Federazione Cardiologica Italiana: un impegno mantenuto**



# Per l'ANMCO una nuova Segreteria

**Una nuova Sede per nuovi traguardi**  
Il Presidente Solinas

## La preparazione, la formazione, e l'aggiornamento del cardiologo ospedaliero nei programmi dell'ANMCO per il prossimo futuro.

## Strutturazione dell'ANMCO in "Aree" Fase Pilota

Perché

## I SOCI ANMCO ENTRANO IN BLOCCO NELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA

100 - Marzo 1996

### VERSO L'IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI SANITARI IN CARDIOLOGIA: L'ALTRA FACCIA DEI DRG

### Il nuovo Centro Studi ANMCO progetto e realizzazione

### La Fellowship dell'ANMCO

### ECO-ANMCO: al servizio di un'Associazione



### Il Centro Studi A.N.M.C.O.

P.F. Fazzari



### IL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE

Documento della Commissione Dipartimentale - ANMCO

### HEART CARE FOUNDATION

La Fondazione Italiana per la lotta alle Malattie Cardiovascolari

### A ROMA LA SECONDA CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

### IL "BOLLETTINO" SI RINNOVA

### Area INFORMATICA

#### REGISTRO DELLE UTIC E SOFTWARE GS CARDIO-ANMCO: A CHE PUNTO SIAMO

### Area CHIRURGICA

#### VERSO UNA FORTE INTEGRAZIONE TRA ANMCO E SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA CARDIACA

# Cardiologia negli ANMCO

## IL TEMISTOCLE DAY

Il primo step per la prevenzione del miocardico acuto è il TEMISTOCLE DAY...



## CONSENSUS MEETING INFARTO MIocardICO ACUTO

l'iniziativa della Federazione Italiana di Cardiologia

Il 16 e 17 giugno 2003 di Torino presso il Grand Hotel...



## DALLA SEDE ANMCO - ATTIVITÀ SINDACALE

### Sviluppi del progetto Sindacato ANMCO

## DALLA HEART CARE FOUNDATION

### Da Firenze alla CONOSCENZA PER IL CUORE

Per il 16 giugno 2003...

## NASCE IL CENTRO FORMAZIONE ANMCO

La Vera Università non ha una sola sede. La Vera Università è una condizione mentale...

## IL NUOVO COMITATO SCIENTIFICO ANMCO

## BLITZ 2: INIZIO IL COUNT-DOWN



## DALL'UFFICIO STAMPA

## ANMCO E MASS MEDIA, QUESTIONE DI FEELING



## DAL PRESIDENTE

## STORICO ACCORDO TRA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ E ANMCO/HCE

Carli Lenzoni

Il 21 gennaio 2004 a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità è stato siglato un importante accordo per lo sviluppo di iniziative collaborative di ricerca e di promozione della salute nella comunità...



## DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

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

La Società Italiana di Cardiologia (SIC) e l'ISSN la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC)...

## STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA



## EDITORIALE

## CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 2004 PIÙ AUTOREVOLI NEI CONTENUTI, PIÙ GRADIVOLI NELL'ASPETTO

La rivista Cardiology negli Ospedali è più autorevole nei contenuti, più gradivola nell'aspetto...

## Area INFORMATICA

## È INAUGURATO IL TRASFERIMENTO SU INTERNET DEI SISTEMI DI ARCHIVIO GESTIONALE DELL'ANMCO

La Società Italiana ANMCO ha deciso di avviare il "Mail Action"...

## DAL PRESIDENTE

## IL CENTRO SERVIZI ANMCO

Ognuno forte di creare servizi

## Area

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

## LA III CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI una grande opportunità per la Cardiologia italiana

Si svolgerà il prossimo 12-13 aprile a Roma nella sede dell'Istituto Superiore di Sanità la III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari...



## IN QUESTO NUMERO:

- 2 EDITORIALE
- 3 DAL PRESIDENTE
- 5 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 17 DALL'ITALIAN HEART JOURNAL
- 20 DAL CENTRO SERVIZI ANMCO
- 22 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 30 DALLE AREE  
Aritmie - Emergenza-Urgenza  
Malattie del Circolo Polmonare  
Nursing - Prevenzione Cardiovascolare  
Scopenso Cardiaco
- 48 DALLE REGIONI  
Abruzzo - Friuli Venezia Giulia -  
Lombardia
- 55 CUORI ALLO SPECCHIO
- 61 VIAGGIO INTORNO  
AL CUORE
- 63 FORUM
- 67 FIGURARE LA PAROLA

In copertina:  
L'almanacco di "Cardiologia negli Ospedali"  
2002-2004



## INDICE:

- |  |  |
|--|--|
| <p>2 "CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI"<br/>1964 - 2004<br/><i>di Francesco Bovenzi e Francesco Boncompagni</i></p> <hr/> <p>3 ANMCO 2004 - A CHE PUNTO SIAMO?<br/><i>di Alessandro Boccanelli</i></p> <hr/> <p>5 LA FORZA DELLE NOSTRE<br/>IDEE TRA PRESENTE E FUTURO<br/><i>di Francesco Bovenzi</i></p> <hr/> <p>7 L'ANMCO SOTTO LALENTE DEGLI STATI<br/>GENERALI<br/><i>di Francesco Clemenza</i></p> <hr/> <p>10 ANALISI DEL SISTEMA ANMCO<br/><i>di Antonio Mafri</i></p> <hr/> <p>12 MISSIONE E STRATEGIE DI HCF<br/><i>di Carmelo Chieffo</i></p> <hr/> <p>14 LE STRATEGIE DELLA RICERCA<br/><i>di Aldo Pietro Maggioni</i></p> <hr/> <p>15 L'ANMCO E GLI ASSOCIATI<br/><i>di Giuseppe Vergara</i></p> <hr/> <p>17 L'ITALIAN HEART JOURNAL<br/>VERSO LA SVOLTA DECISIVA<br/><i>di Pantaleo Giannuzzi e Giuseppe Ambrosio</i></p> <hr/> <p>20 UNA SFIDA DA VINCERE INSIEME<br/><i>di Federico Mioni</i></p> <hr/> <p>22 APPRENDERE A PORTARE SOCCORSO<br/>AL CUORE<br/><i>di Franco Valagussa</i></p> <hr/> <p>26 FELLOWSHIP ANMCO</p> <hr/> <p>31 LA RICERCA: IL PUNTO A METÀ DEL 2004<br/><i>di Pietro Delise</i></p> <hr/> <p>33 BLITZ-2<br/>FINAL INVESTIGATOR'S MEETING<br/><i>di Francesco Chiarella</i></p> <hr/> <p>34 L'ATTIVITÀ DELL'AREA<br/>EMERGENZA-URGENZA:<br/>BILANCIO E PROGETTI DI LAVORO<br/><i>di Cesare Greco</i></p> <hr/> <p>38 ARIA DI PRIMAVERA<br/><i>di Pietro Zonzin</i></p> | <p>40 BENVENUTI AL CARDIONURSING 2004<br/><i>di Domenico Miceli</i></p> <hr/> <p>42 L'AREA NURSING: IL "MIO" BILANCIO<br/><i>di Lucia Sabbadin</i></p> <hr/> <p>43 LA III CONFERENZA SULLA<br/>PREVENZIONE DELLE MALATTIE<br/>CARDIOVASCOLARI<br/><i>di Massimo Ugucconi e Sergio Pedè</i></p> <hr/> <p>45 LE INIZIATIVE DELL'AREA SCOPENSO<br/>NEL CAMPO DELLA FORMAZIONE<br/><i>di Giuseppe Cacciatore</i></p> <hr/> <p>48 NEWS DA ANMCO ABRUZZO<br/><i>a cura del Consiglio Direttivo Regionale</i></p> <hr/> <p>49 I RICOVERI PER SCOPENSO CARDIACO<br/>IN FRIULI VENEZIA GIULIA<br/><i>M.C. Albanese, R. Cesanelli, A. Di Lenarda,<br/>G. Giuliano, M. Iacono, D. Miani, D. Pavan,<br/>R. Piazza, O. Vriz, M. Werren, G. Zilio</i></p> <hr/> <p>52 IL PIANO REGIONALE DELLA<br/>LOMBARDIA LA PREVENZIONE E LA<br/>CURA DELLE MALATTIE<br/>CARDIOVASCOLARI<br/><i>di Antonio Vincenti</i></p> <hr/> <p>55 INTERVISTA AL PROF. PIER FILIPPO<br/>FAZZINI<br/><i>di Giovanni Maria Santoro</i></p> <hr/> <p>59 INTERVISTA AL PROF. PASQUALE<br/>SOLINAS<br/><i>di Paolo Verdecchia</i></p> <hr/> <p>61 IL "CUORE" DELLA BUGATTI ROYALE<br/><i>di Francesco Bovenzi</i></p> <hr/> <p>63 PIÙ PARTECIPAZIONE ALLE DONNE<br/>IN ANMCO: PERCHÉ NO?<br/><i>di Francesco Bovenzi</i></p> <hr/> <p>63 ANMCO: ASSOCIAZIONE NAZIONALE<br/>MASCHI CARDIOLOGI OSPEDALIERI<br/><i>di Giuseppe Steffenino</i></p> <hr/> <p>64 ALESSANDRA CHINAGLIA E MARIA<br/>GRAZIA SCLAVO RISPONDONO</p> <hr/> <p>67 FIGURARE LA PAROLA<br/><i>a cura di Francesco Bovenzi</i></p> |
|--|--|

## “CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI” 1964 - 2004



**Auguri ai 40 anni di storia dell'ANMCO**

I primi 40 anni del Notiziario meritano di essere ricordati. Sfogliando le pagine dei vecchi libroni d'archivio rilegati si ha la sensazione di leggere la storia dell'ANMCO, ed è come leggere il grande libro dell'intera storia della cardiologia ospedaliera italiana.

Oggi celebriamo insieme un traguardo per niente scontato, non sappiamo quanti dei protagonisti di ieri avrebbero scommesso che a quel primo numero, stampato il 23 maggio del 1964, ne sarebbero seguiti tanti e tanti altri, fino a festeggiare questo compleanno.

Per l'occasione abbiamo pensato di presentare, ampliando la copertina con un pieghevole, una selezione delle più significative testimonianze e momenti della nostra storia.

Indubbiamente il segreto, o se preferite la parte più rilevante e longeva di questo grande patrimonio, è stata la costante passione e fantasia che ha animato per tanti anni i numerosi, mutevoli “Redattori”.

Ieri Bollettino, oggi Notiziario, diciamo che il “Giornale”, presente anche nel Web (sito dell'ANMCO [www.anmco.it](http://www.anmco.it)) è molto cambiato, così come è cambiata la cardiologia della quale ha seguito, fin dai primi anni, ogni evoluzione temporale in campo scientifico, organizzativo e sindacale.

Con l'attuale tiratura di circa 15.000 copie, sempre più autorevolmente, “Cardiologia negli Ospedali” fa sentire la sua voce: scegliendo di più, informando, rinnovandosi, cercando di capire come potrebbero in futuro essere messi a segno competitivi e più ambiziosi traguardi. Lo sfogliamo e ci appare più soggettivo, rinnovato nell'impostazione, nelle rubriche, nel linguaggio, più originale nella grafica, più innovativo nei contenuti e più ricco di immagini, capaci di rafforzare la comunicazione e dare immediatezza ai contenuti.

Ed ancora, con questo numero ricevete, come supplemento al Notiziario, la pubblicazione dei Fellow ANMCO 2004. In futuro riteniamo utile veicolare attraverso nuovi Supplementi altre attività associative. Alla base di questa scelta un forte rationale: di opportunità economica, d'immagine, di continuità, di identità associativa.

Infine, un sentito ringraziamento a coloro che in questi quaranta anni, con impegno hanno lavorato per “Cardiologia negli Ospedali”.

Auguri cari Lettori, perché questo compleanno è di tutti.



**“Cardiologia negli Ospedali” n. 1 del 13 maggio 1964**



**N. 139 - maggio/giugno 2004**

**Notiziario 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

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa: Tipografia Kleine Schnel

Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze





## ANMCO 2004 - A CHE PUNTO SIAMO?

**N**on mi dilungherò sull'“inventario” delle cose realizzate, ma proverò a descrivere brevemente come, oggi, si pone la nostra Associazione all'interno del panorama delle Società Scientifiche e della Società Civile.

All'ANMCO è riconosciuto un livello di maturazione avanzato: questo è vero come struttura organizzativa (Centro Studi, Centro Servizi, Heart Care Foundation, articolazioni in Delegazioni Regionali e Aree) e come equilibrio tra le diverse componenti dell'organizzazione. Il Consiglio Direttivo ha il compito di armonizzare le attività delle strutture di ANMCO, avendo cura di guidare politicamente le “holding” senza comprimerne la creatività, compito non sempre facile. La propositività di tutti gli organismi di ANMCO è molto alta – si vedano i progetti Centro Studi, Centro Formazione, Aree e Regioni – e cercare di coordinarla rendendola efficiente può qualche volta essere veramente difficile. Per mettere ordine nei processi e nella comunicazione interna, abbiamo sentito il bisogno di avviare, da una parte, la certificazione di qualità, che obbliga al rigore metodologico e, dall'altra, strutturare il Centro Servizi con un management professionale.

Il Consiglio Direttivo invita regolarmente, nelle proprie sedute, il Presidente di HCF e consulta su argomenti di interesse specifico il Direttore del Centro Studi e, da adesso in poi, il Direttore del Centro Servizi. È emersa la necessità di una maggiore comunicazione con i rappresentanti di Aree e Regioni, che è in corso di correzione. L'organizzazione, pertanto, è solida e dispone di tutti gli strumenti per fare fronte alla missione dell'Associazione nei confronti dei propri Associati e della comunità.

Nei confronti di quest'ultima, l'impegno è stato ed è molto grande e si articola in diverse linee strategiche:

- 1) Migliorare la qualità dell'assistenza in Ospedale attraverso i programmi formativi di cardiologi e infermieri. Questo impegno è verificabile nel programma di formazione. Il Centro Formazione è confluito nel Centro Servizi, che ha, tra gli altri, il compito di verificare l'effettiva efficacia dei corsi.
- 2) Migliorare la cultura della verifica dei risultati. Questa è anche una misura dell'efficacia della formazione nel tempo. A questo scopo è stato dato un grande impulso alla realizzazione dei registri, così da essere divenuti partner dell'Istituto Superiore di Sanità per la verifica della qualità delle cure in Cardiologia.
- 3) Migliorare l'organizzazione sanitaria. Siamo nella fase di diffusione e sostegno del documento “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” finalizzato alla realizzazione delle reti integrate e della “presa in carico” da parte del Sistema Sanitario del cittadino-paziente. Si è compresa la necessità delle alleanze in questo settore, non solo con le altre società cardiologiche e non, ma anche e soprattutto con le Autorità Sanitarie regionali. A questo stanno lavorando attivamente aree e regioni ed il nostro documento sta diventando il punto di riferimento nelle programmazioni sanitarie regionali.
- 4) Migliorare la consapevolezza del cittadino sui fattori di rischio cardiovasco-



**Michelangelo, *Il giudizio universale (particolare)*, 1534-1541**

lare delle malattie di cuore. Questo è il compito di HCF e fa parte dell'accordo di ANMCO-HCF con l'Istituto Superiore di Sanità e con il Ministero della Salute all'interno dell'Alleanza per il cuore. Il progetto "Tuttocuore" di HCF è esattamente la misura del nostro impegno.

- 5) Far conoscere l'Associazione ai cittadini per aumentare la fiducia nella cardiologia ospedaliera. A questo ha lavorato attivamente l'ufficio stampa, garantendo 197 uscite su quotidiani, 70 su periodici e 43 passaggi su circuiti radiotelevisivi (dati aggiornati al 30-04-2004).

Come vedete, c'è lavoro per tutti. In realtà, la maggiore ricchezza dell'ANMCO è l'entusiasmo e lo spirito di appartenenza dei Cardiologi, che fanno sì che si sia formata la rete: questa è una rete di informazioni, di assistenza, di cultura, di spirito di colleganza in una missione comune. I compiti e le sfide di cui sopra saranno sempre affrontabili fino a che questo esista. La conservazione e la coltura di questo patrimonio è il compito dei futuri direttivi dell'ANMCO.

Desidero ringraziare, anche a nome del Consiglio Direttivo uscente, tutti i Colleghi che lavorano attivamente e l'eccezionale staff di Segreteria.



# LA FORZA DELLE NOSTRE IDEE TRA PRESENTE E FUTURO



*Non esiste vento favorevole  
per il marinaio che non sa dove andare*

SENECA

Il Notiziario “Cardiologia negli Ospedali” pubblica in questo numero il resoconto dell’importante evento tenutosi il 2 e 3 aprile a Frascati, presso l’Hotel Villa Tuscolana, che ha avuto come tema “Le idee e le strategie dell’ANMCO: anatomia, fisiologia e sviluppo di una Società Scientifica”.

Il Presidente Alessandro Boccanelli, il Presidente Designato Giuseppe Di Pasquale e l’attuale Consiglio Direttivo, dopo due anni dal primo incontro dei vertici istituzionali, che si svolse presso l’Eremo di Lecceto (Firenze), hanno ritenuto utile ripetere l’iniziativa riorganizzando opportunamente un nuovo seminario, sempre con spirito residenziale. Lo scopo è stato quello di fornire spunti di riflessione, scambi di opinioni e indicazioni proficue a Giuseppe Di Pasquale e al futuro Consiglio Direttivo che guideranno l’Associazione nel prossimo biennio.

Totale, attiva ed entusiasta è stata la partecipazione di coloro che oggi rivestono ruoli strategici ed esecutivi nell’attuale ordinamento associativo.

Due giorni di costruttivo confronto in piccoli gruppi di lavoro interattivo coordinati da esperti, che muovendosi dall’attuale verifica dello “stato dell’arte” (analisi del sistema, missione e strategia di HCF, strategia della ricerca, coinvol-

### *Invitati a Frascati*

- Consiglio Direttivo ANMCO
- Ultimi 4 Presidenti
- Presidenti Regionali ANMCO (compresi i nuovi nove eletti)
- Chairmen e Co-Chairmen delle Aree ANMCO
- Rappresentante dei Soci Aggregati ANMCO
- Editor Italian Heart Journal
- Comitato Scientifico ANMCO
- Consiglio di Amministrazione HCF
- Comitato Scientifico HCF
- Responsabili Settori Operativi (Ricerca e Educazionale) HCF
- Responsabile Sito Web ANMCO
- Commissione Etica ANMCO
- Consulente Certificazione Qualità
- Ufficio Stampa
- Presidente FIC
- Economisti

## Il rationale dell'evento

ANALISI DEL SISTEMA ANMCO	MISSIONE E STRATEGIE DI HCF	LE STRATEGIA DELLA RICERCA	L'ANMCO E GLI ASSOCIATI
<u>Coordinatori</u> A. Boccanelli - G. Di Pasquale A. Mafri - G.L. Nicolosi M. Scherillo - L. Tavazzi	<u>Coordinatori</u> A. Boccanelli - G. Di Pasquale C. Chieffo - C. Martines F. Valagussa - C. Schweiger	<u>Coordinatori</u> A. Boccanelli - G. Di Pasquale A. Maggioni - G. Mazzotta G. Steffenino - P. Verdecchia	<u>Coordinatori</u> A. Boccanelli - G. Di Pasquale F. Bovenzi - G. Vergara P. Giannuzzi - C. Greco
<u>La struttura</u> - Organi e organismi (ruoli, funzione, interazioni) - Certificazione e stato della Qualità	<u>Strategie di Comunità</u> - come valutare la "preventig dose?" - sensibilizzazione dei cittadini ai problemi della Ricerca - ricerca dei fondi	<u>Le strategie della Ricerca</u> - il Centro Studi tra propositività ed esecutività - la Ricerca trialistica - la Ricerca indipendente	<u>La comunicazione interna</u> - l'Editoria e Web
<u>Il rapporto con le istituzioni e le Società Scientifiche</u> - la politica federativa - il rapporto con l'Istituto Superiore di Sanità - la collaborazione su progetti con le Società Scientifiche	<u>HCF - Progetto Tuttocuore</u> - rapporti con ANMCO - ruolo del Comitato Scientifico Educazionale - ruolo dei Referenti Regionali HCF - fidelizzazione Soci ANMCO	<u>Le strategie della Ricerca</u> - il ruolo del Comitato Scientifico - il ruolo dei Fellow - l'eticità della Ricerca	<u>Aree e Regioni</u> - ruolo e autonomia delle Aree - ruolo e autonomia delle Delegazioni Regionali - patrimonio nursing
<u>Il Centro Servizi e la Formazione</u> - la Formazione come servizio agli Associati - finalizzata alla buona pratica clinica - come prodotto derivato della Ricerca e dei Registri - metodologia della Formazione - Biblioteca multimediale - i finanziamenti dell'ANMCO	<u>HCF - Progetto Tuttocuore</u> - prevenzione primaria con la scuola: quale metodologia - rapporti con le Istituzioni: nazionali, regionali, locali - "Alleanza per il Cuore" e "2004 Anno del Cuore"	<u>Le strategie della Ricerca</u> - i Registri e la Ricerca di outcome - l'informatizzazione tra Centro Studi e Centro Servizi ANMCO	<u>L'Italian Heart Journal</u>  <u>L'Ufficio Stampa</u>
<u>L'attività sindacale</u>  <u>I meccanismi elettorali</u>	<u>Sviluppo dei Siti Web HCF e progetto Tuttocuore.it</u> - la situazione attuale - la home-page di tuttocuore.it - avviare la formazione a distanza (FAD) ?	<u>Le strategie della Ricerca</u> - la Ricerca di base e fisiopatologica - i fondi	<u>Le Reti Ospedaliere Integrate</u> - ruolo dell'Associazione nella definizione e soluzione delle problematiche organizzative-gestionali

gimento degli associati), hanno fotografato l'esistente e suggerito metodi e idee per il futuro.

Come leggerete nei resoconti dell'incontro che seguono, l'ANMCO ha acquisito consapevolezza del potere delle nuove idee e ricevuto completamente gli strumenti e i metodi più opportuni per realizzarle.

Avrete modo di costatare, anche attraverso le diapositive qui riproposte, di come siano stati ripercorsi e analizzati criticamente i traguardi già raggiunti e come siano scaturite le progettualità e i piani di lavoro per il futuro. In buona sostanza, sono emerse importanti indicazioni di politica associativa di cui potrà far tesoro il nuovo Consiglio.



**Bernardo Celentano, *Il Consiglio dei dieci*, 1861**



## L'ANMCO SOTTO LALENTE DEGLI STATI GENERALI

**L**e note che seguono rappresentano la sintesi degli argomenti esposti dai quattro relatori/portavoce e delle relative osservazioni emerse durante la discussione. In alcuni casi sono state raggiunte conclusioni condivise, in altri sono rimasti problemi aperti, che dovranno essere affrontati in successive occasioni da parte di specifici organismi.

### La strategia della Ricerca

- **Pubblicazione di lavori scientifici:** vi è una produzione limitata – per quanto in lieve aumento negli ultimi anni – di articoli pubblicati in relazione al notevole numero di ricerche svolte all'interno della Cardiologia ospedaliera italiana. In questo senso il ruolo dei componenti degli *Steering Committee* è stato mediamente poco attivo. Si possono studiare forme di incentivazione economica per la scrittura dei lavori, purchè interessino soggetti realmente coinvolti nel processo della ricerca in questione, mentre la strada dei *medical writer* “professionisti” esterni sembra meno efficace, perché solitamente porta alla scrittura di lavori tecnicamente ineccepibili ma privi di sostanziale partecipazione. Può essere utile l'assunzione di alcuni giovani medici da parte del Centro Studi, con contratto *part-time* in modo che possano anche mantenere un rapporto con i Centri ospedalieri di provenienza. È importante identificare le caratteristiche e le motivazioni dei ricercatori italiani che negli ultimi anni hanno pubblicato autonomamente su Riviste con alto *Impact Factor*, e capire se è possibile un loro maggiore coinvolgimento nella politica editoriale dell'ANMCO.



Villa Tuscolana (Frascati)

- **Ruolo del Comitato Scientifico:** ha svolto un lavoro molto utile, ma persistono alcune incomprensioni interne e nei rapporti con il Consiglio Direttivo. Occorre quindi maggiore chiarezza sul suo ruolo, sviluppando soprattutto l'aspetto propositivo per la Ricerca. In questo senso può essere utile una riunione plenaria del Comitato Scientifico, con cadenza almeno annuale, nel corso della quale possano emergere le linee di ricerca condivise tra le Aree così da evitare sovrapposizione tra le proposte (come già avvenuto anche recentemente) e si possa suggerire una scala di priorità. È opportuno che i *referee* che hanno esaminato e giudicato un determinato Protocollo abbiano un *feedback* dopo il parere definitivo del Consiglio Direttivo. Per i protocolli di ricerca per i quali non è richiesto un giudizio scientifico, ma soltanto un *endorsement* (che non comporta una sostanziale “modificabilità” del progetto) il Comitato Scientifico deve essere coinvolto soltanto quale consulente “tecnico” del Consiglio Direttivo, cui spetta la



decisione “politica” sulla partecipazione dell'ANMCO (che in molti casi può essere ritenuta opportuna per ragioni economiche o di “visibilità” o per la gestione di sottoprogetti ecc.); in questo caso è comunque sufficiente che si esprima un numero limitato di *referee* esperti nel settore specifico, interni al Comitato Scientifico.

- **Ruolo dei fellow:** deve essere valorizzato, con un loro maggior coinvolgimento come *referee* per il Comitato Scientifico, e come componenti degli *Steering Committee*. Di contro si devono trovare forme per “rinnovare” l'albo dei *fellow*, tenendo conto delle attività degli ultimi anni.
- **Ricerca indipendente:** è definita dalla proprietà dei *database*, dalla libertà di pubblicare il lavoro (anche nel caso di esito negativo della ricerca) e dalla impossibilità di chiudere precocemente lo studio se non per motivi clinici. Non implica che i finanziamenti non possano provenire dall'Industria. Deve seguire le regole della *Good Clinical Practice*, e ciò deve valere anche per gli studi regionali, che devono quindi essere approvati dal Comitato Scientifico ed avere un Responsabile chiaramente identificato. Deve essere chiarita (lo farà la Commissione Etica) la modalità della dichiarazione di conflitto di interessi *e/o disclosure* dei componenti degli *Steering Committee*. In generale è da limitare la partecipazione agli *Steering Committee* di esponenti delle Aziende finanziatrici della ricerca, anche come *non-voting member*, con possibili eccezioni nell'ambito di ricerche internazionali in cui tale prassi è solitamente ammessa.
- **I Registri e la ricerca di outcome:** unanimemente condivisa la scelta del Consiglio Direttivo di indicarli come strategici per l'ANMCO. Deve essere ulteriormente incoraggiata la strada dell'informatizzazione per la loro gestione e trasmissione, curando ovviamente i processi necessari per consentire la compatibilità di dati provenienti da diversi sistemi operativi e garantendo costi contenuti.
- **Ricerca di base e fisiopatologica:** per quanto priva di vera tradizione all'interno dell'ANMCO, dovrebbe essere incoraggiata. È ovviamente cruciale il problema dei **fondi per il finanziamento**; l'ANMCO non ha al momento possibilità di garantire la ricerca “orfana”, ed è semmai auspicabile che in futuro ciò possa essere reso possibile dall'attività di *Heart Care Foundation*. Attualmente il naturale ambito per il reperimento di fondi è quello dei bandi di finanziamento pubblico; poiché si tratta di procedure complesse, potrebbe es-



sere studiato il modo di supportare – economicamente e organizzativamente – per i progetti ritenuti più validi la stessa partecipazione ai bandi europei. Per quelli italiani è importante il ruolo delle Sezioni Regionali, che finora non sono state attive in questo senso. In ogni caso (e **ciò vale anche per la Ricerca clinica**) si va verso l'individuazione di Centri di Eccellenza per la Ricerca. All'interno dell'ANMCO questi potrebbero coincidere con quelli che il Centro Studi individua in base al livello quali/quantitativo nelle concrete esperienze di ricerca collaborativi; essi potrebbero essere identificati come "Unità di ricerca clinica" dell'ANMCO, da sostenere con finanziamenti per funzioni segretariali o per infermieri dedicati alla ricerca, con fondi ricavabili dai *fee* degli studi, in modo da agevolare il compito dei medici solitamente molto impegnati.

### Analisi del sistema ANMCO

- **Consiglio Nazionale:** pur avendo – per Statuto – la funzione di controllo sul Consiglio Direttivo, ha perso nel tempo parte del suo ruolo. È quindi necessario migliorare il processo di comunicazione, in senso bidirezionale (anche da parte della "periferia" dovrebbero arrivare più input al Consiglio Direttivo). *Incoming President* potrebbe diventare il responsabile della Comunicazione con le Regioni, e preparare insieme ai Presidenti regionali un documento programmatico/politico da presentare alla riunione degli "Stati generali", che potrebbe diventare un appuntamento periodico (per esempio biennale, negli anni di rinnovo elettorale del Consiglio Direttivo) con la funzione di verificare lo stato dell'arte e di stabilire le linee strategiche dell'Associazione.



Alessandro Boccanelli e Giuseppe Di Pasquale

- **Federazione Italiana di Cardiologia:** con tutte le riserve – espresse da più parti – sull'attuale significato e sulla persistenza dei presupposti che ne avevano motivato la nascita, si tratta di un aspetto strutturale al momento ineludibile per garantire una adeguata rappresentatività europea della Cardiologia italiana. È importante concludere presto il processo federativo con le Società di settore.
- **Centro Servizi:** è nato per migliorare la gestione e l'efficienza degli eventi formativi, consentendo ai Cardiologi di concentrarsi sugli aspetti scientifici e liberandoli da quelli organizzativo/economici. Tra gli obiettivi c'è anche quello di garantire all'ANMCO un utile dalla Formazione.

- **Attività sindacale:** si può dichiarare esaurito il tentativo di far nascere un sindacato-ANMCO (attualmente soltanto 40 iscritti).
- **Problemi aperti:** modifica dei meccanismi elettorali; verifica elettorale dell'*Incoming President*.

### L'ANMCO e gli associati

- **Aree:** emergono problemi di comunicazione e coordinamento analoghi a quelli visti per il Consiglio Nazionale, di cui fanno parte anche i *chairmen* delle Aree. Anche in questo caso occorre quindi trovare nuovi luoghi e nuovi tempi di incontro per migliorarne l'incisività, anche se il Comitato Scientifico può essere già oggi un momento di raccordo.
- **Sezioni regionali:** sono chiamate a compiti sempre più impegnativi, dato che buona parte delle funzioni organizzative sono "regionalizzate". Le più grandi avrebbero forse necessità di una funzione segretariale autonoma, che al mo-

mento è però fuori dalla portata economica e pertanto non realizzabile.

- **Italian Heart Journal:** la maggior parte degli aspetti organizzativi e strategici è di competenza della Federazione Italiana di Cardiologia, “titolare” del giornale. Su due punti critici (se continuare a stampare i due volumi in italiano e in inglese, e se proseguire l’iter verso l’*Impact Factor*) l’opinione prevalente è tuttavia affermativa.



La Sessione Plenaria

#### Missione e strategia di Heart Care Foundation

- Deve migliorare il **fundraising**, fino a questo momento deludente, soprattutto perchè non si è realizzato presso le aziende non farmaceutiche; si sta comunque lavorando in questo senso. Il 2004 è stato dichiarato “Anno del cuore”, e ciò dovrebbe facilitare l’opera.
- L’altro tema fondamentale di Heart Care Foundation, quello delle **Campagne Educazionali di Comunità**, potrebbe più utilmente essere sviluppato coinvolgendo come protagoniste figure non mediche.
- Si deve avviare un processo di **“laicizzazione”**, che dovrebbe portare in futuro a una Presidenza non-cardiologica; la presenza dei cardiologi dovrà peraltro restare forte anche nel nuovo contesto.

di Antonio Mafrici

## DALLE SESSIONI DEI LAVORI

### ANALISI DEL SISTEMA ANMCO



#### Struttura, funzioni e ruoli

Il dibattito si è incentrato sui rapporti tra Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale, si è poi allargato al rapporto con le Regioni e ha interessato anche i meccanismi elettorali (Diapo 2).

È stato richiesto un maggior coinvolgimento del Consiglio Nazionale nelle decisioni operative ed una migliore preparazione delle riunioni, che devono avere dedicato un tempo adeguato agli argomenti da discutere (Diapo 3-4). È stato sottolineato come si avverta, a tutti i livelli, un difetto di comunicazione tra cen-



tro e periferia (CD e CN, CD e Regioni, CD e Soci, Regioni e Soci); dalla discussione sono emerse interessanti proposte, compresa quella di definire una parte dei compiti dei presidenti e dei direttivi regionali, che così agirebbero, in parte, in maniera uniforme per quanto riguarda alcune attività ritenute imprescindibili (Diapo 5-10).

**Meccanismi elettorali**

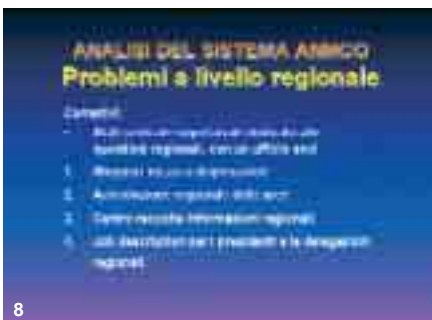
Si è rilevato come gli attuali meccanismi elettorali non prevedano la conoscenza anticipata del programma del successivo Consiglio Direttivo e si è discusso sulla necessità di rieleggere l'incoming president. Le diapo 11-12 sintetizzano i problemi: da rilevare la generale approvazione per ufficializzare la convocazione degli Stati Generali nell'anno elettorale per definire una linea di programma di massima cui dovrà attenersi il successivo Consiglio Direttivo.

**Certificazione di qualità**

Passaggio fondamentale per poter essere provider del Ministero della salute per la formazione ECM. Costituisce un valore aggiunto per alcuni importanti obiettivi (Diapo 13).

**Centro Servizi ANMCO (CSA)**

Ormai avviato il meccanismo della progettazione e realizzazione di eventi formativi con buon risultato. È stato acquisito un Manager per la direzione del Centro Servizi, finalizzata alla gestione professionale dell'attività di formazione.



È stata sollecitata un'azione di coordinamento dei vari eventi formativi (per evitare repliche o concorrenze), eventualmente accorpando proposte di differente origine; è stata sollecitata la programmazione di eventi multidisciplinari.

### Attività Sindacale

Scarsa l'adesione all'ANMCO-FeSMed, a fronte di molteplici richieste di chiarimenti e aiuto di tipo sindacale. L'attività sindacale quindi non sembra essere argomento importante per i Soci (Diapo 14).

### Attività Federativa (FIC)

Più luci che ombre, soprattutto nei rapporti con la SIC e nel faticoso processo federativo nazionale (Diapo 15).

### Rapporti con Istituti Sanitari (ISS) e altre Società scientifiche (italiane e straniere)

Diapo 16.



di Carmelo Chieffo

## DALLE SESSIONI DEI LAVORI

## MISSIONE E STRATEGIE DI HCF

**N**el corso della prima della 4 sessioni è stata presentata la missione di HCF come struttura dell'ANMCO che si rivolge ai cittadini, cardiopatici e non, con lo scopo di renderli consapevoli del loro stato di salute cardiovascolare. Pertan-





to HCF deve potersi avvalere del background culturale dell'ANMCO e dalla partecipazione attiva di tutti i suoi associati. In discussione sono state analizzate le possibili cause di una fidelizzazione dei soci ANMCO non ancora ottimale. Da più parti è stata segnalata anche la necessità di un maggior coinvolgimento dei Referenti Regionali, in verità il Consiglio d'Amministrazione di HCF aveva già sensibilizzato i Direttivi Regionali ANMCO ad una cooptazione dei Referenti Regionali di HCF nei rispettivi CD locali. Nelle sessioni successive sono state presentate le strategie di HCF, che in gran parte sono espresse nel progetto TUTTOCUORE, presentato da Valagussa nell'ultimo numero di Cardiologia negli Ospedali.

Da ultimo si è discusso sull'opportunità di espandere ulteriormente i due siti di HCF, con la doppia funzione di informazione per gli associati e di formazione (consigli pratici) per i cittadini.

### Strategia delle Interazioni HCF-ANMCO

Programma Identificata Tra Produzione e Associazione

- «Azione educativa dei soci ANMCO ad HCF (prevista dall'art. 3 dello statuto ANMCO)
- «Inclusione ad HCF anche degli Inferieri dell'Area Nursing
- «Inserimento nel CSA di HCF del Presidente Designato ANMCO
- «Seguire maggior evidenza del logo ANMCO nel logo HCF
- «Partecipazione del Presidente e del Vice-Presidente HCF alle riunioni del CD ANMCO
- «Trasferimento del potere decisionale per la ricerca al CD ANMCO
- «Recupero nel CD di HCF (sulla ricerca) dell'intero CD di ANMCO
- «Individuazione della collaborazione con l'Area Prevenzione con l'obiettivo di costruire le strategie di popolazione (Spoke di HCF) e quelle individuali (progetto dell'Arca)
- «Creazione dei Referenti Regionali in stretta collaborazione con i Direttivi ANMCO Regionali

### Fidelizzazione dei Soci ANMCO

Possibili cause di insufficiente coinvolgimento

- Limitata conoscenza di HCF da parte della base dei soci ANMCO
- Insufficiente coinvolgimento dei Presidenti e Consigli Direttivi regionali
- Insufficiente divulgazione delle iniziative alla periferia
- Incompleta condivisione delle iniziative alla periferia
- Limitata sensibilità dei cardiologi ospedalieri per i temi della prevenzione/educazione sanitaria

### La prevenzione cardiovascolare in Italia L'OBIETTIVO

La sfida della prevenzione è al tempo stessa semplice e complessa perché per avere lo risultato cardiovascolare significa:

- 1. promuovere un stile di vita sano, "salutare"
- 2. diffondere la cultura del rischio cardiovascolare globale in ogni parte del territorio italiano e locale
- 3. andare a tempo di discussione di alta qualità invece di carteggiare invettive

aggiungendo a noi medici e operatori della salute pubblica, una buona dose di umiltà.

**Per questo è necessaria un'azione coordinata nel modo e continuativa nel tempo.**

### Heart Care Foundation Onlus

Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari

Heart Care Foundation vuole ridurre l'impatto sociale delle malattie cardiovascolari attraverso la diffusione della cultura della prevenzione e della promozione della salute.

Questo significa programmi integrati e coordinati per dare maggiore incisività alle azioni educazionali e di sensibilizzazione, attraverso:

- 1. sviluppo dell'iter con i cardiologi
- 2. coinvolgere il mondo medico e tutte le professioni
- 3. corsi di formazione per donne e famiglie a costo
- 4. promozione di uno stile di vita sano, "salutare"
- 5. creare sporcata livello locale, regionale e nazionale
- 6. creare coalizioni con l'associazionismo cardiaco
- 7. servizi interattivi di informazione e consulenza via video e via internet.

### I nostri siti internet

Un modo moderno, immediato e completo per capire cosa sono le malattie cardiovascolari, come si manifestano e come prevenirle. Ma soprattutto, come riconoscerle, seguirle e curarle al meglio. Un repository della Libreria Digitale. Per questo, HCF, offre il proprio sito internet: [www.heartcarefoundation.org](http://www.heartcarefoundation.org)...

### I siti internet

... ed essere direttamente al pubblico con il sito [www.tuttocuore.it](http://www.tuttocuore.it)

Le iniziative di salute e prevenzione di problemi cardiovascolari di Heart Care Foundation sono coordinate dal modello semplice e rapido per accedere in tempo reale al sito internet della Heart Care Foundation in Italia, nelle singole regioni e città.

## DALLE SESSIONI DEI LAVORI

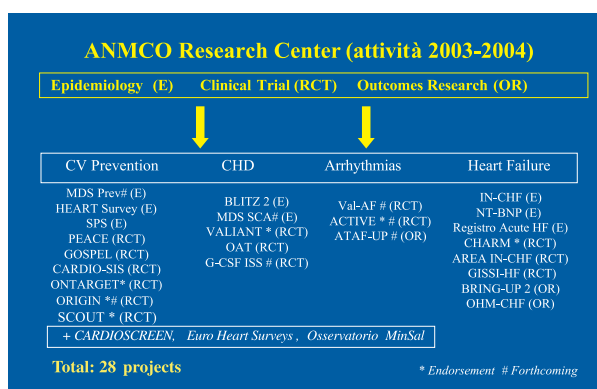
### LE STRATEGIE DELLA RICERCA



**S**ono state discusse le aree e le tipologie dei progetti in corso attualmente, ed in particolare chi detiene la proprietà dei dati dei singoli progetti. Una parte rilevante della discussione è stata poi orientata alla indipendenza ed eticità della ricerca. Si sono condivise una definizione di ricerca indipendente e le strategie per poter ottenere quanto l'ANMCO ritiene necessario per poter svolgere autonomamente i propri studi. Oltre alla valutazione dei protocolli, è stato ribadito che il Comitato Scientifico ha soprattutto il ruolo di orientare le strategie di ricerca dell'Associazione. Per ottimizzare questo aspetto si è proposta l'organizzazione di almeno una riunione annuale del Comitato Scientifico per discutere questi aspetti.

Si è ribadito l'impegno da parte dell'Associazione ad aiutare nella pianificazione e nel reperimento di risorse per condurre studi fisiopatologici e di base, che fino ad oggi non hanno avuto una parte rilevante nella ricerca ANMCO.

In questo ambito è stato discusso come si procederà



ANMCO	Proprietà degli studi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- GOSPEL</li> <li>- CARDIO-SIS</li> <li>- G-CSF ISS</li> <li>- Val-AF</li> <li>- AREA IN-CHF</li> <li>- GISSI-HF</li> <li>- MDS Prev</li> <li>- HEART Survey</li> <li>- SPS</li> <li>- BLITZ 2</li> <li>- MDS SCA</li> <li>- ATAF-UP</li> <li>- IN-CHF</li> <li>- NT-BNP</li> <li>- Registro Acute HF</li> <li>- BRING-UP 2</li> <li>- OHM-CHF</li> <li>- CARDIOSCREEN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Industria Farmaceutica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ORIGIN (Aventis)</li> <li>- SCOUT (Abbott)</li> <li>- VALIANT (Novartis)</li> <li>- ACTIVE (Sanofi-BMS)</li> <li>- CHARM (AstraZeneca)</li> <li>- ONTARGET/TRANSCEND (Boehringer Ingel)</li> </ul> </li> <li>• <b>Altre istituzioni indipendenti</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PEACE (NIH)</li> <li>- OAT (NIH)</li> <li>- Osservatorio MinSal (MinSal)</li> <li>- Euro Heart Surveys (ESC)</li> </ul> </li> </ul>

#### Definizione di ricerca indipendente

- Proprietà del database
- Libertà di pubblicare senza vincoli di censura
- Impossibilità di chiudere prematuramente lo studio se non per motivi clinici
- *NB: Indipendente non significa che la ricerca non può essere sostenuta economicamente da finanziamenti pubblici/privati*

#### Eticità della ricerca

- Si accetta la definizione di ricerca indipendente citata prima
- Vengono condivisi gli strumenti attraverso i quali il Centro Studi gestisce la conduzione degli studi secondo le regole europee (GCP, farmacovigilanza, CE etc)
- Si propone l'introduzione di una dichiarazione relativa al conflitto di interessi per i membri degli Steering Committee (incompatibilità o semplice disclosure)
- Negli Steering Committee è lecita, anche se non auspicabile, la presenza del finanziatore ma rigorosamente come non voting member
- Viene ribadito che i membri del DSMB devono essere del tutto estranei allo studio

#### Ruolo del Comitato Scientifico

##### 1. Valutazione dei protocolli

- Si confermano le regole esistenti per tutti gli studi dell'ANMCO (regionali inclusi) e per gli endorsement
- Proposta che
  - i referee firmino un impegno di confidenzialità
  - ricevano la valutazione finale del progetto

## Ruolo del Comitato Scientifico

### 2. Proposte di linee di ricerca

- Si propone una riunione per lo meno annuale face-to-face del Comitato Scientifico
  - per fare emergere linee di ricerca condivise tra le aree
  - per prevenire sovrapposizioni
  - per suggerire una scala di priorità

## La ricerca di base e fisiopatologica

- Si prende atto che attualmente questa attività è molto limitata
- Contributo ANMCO esteso alla formulazione di linee prioritarie di ricerca fisiopatologica e di base, con impegno a reperire i fondi necessari

## Le risorse

- **Finanziamenti pubblici italiani: possibili miglioramenti**
  - mantenere saldamente la rispettabilità della nostra ricerca sia formale che sostanziale per continuare/aumentare la collaborazione con MinSal/ISS
  - per i bandi di ricerca, è necessario aumentare:
    - i rapporti con le Regioni
    - la propositività scientifica di base e fisiopatologica
- **Fondi europei: possibili soluzioni**
  - agenzia
  - Aumentare la propositività scientifica di base e fisiopatologica

## Aumentare il coinvolgimento dei ricercatori

- **Proposte**
  - maggiore coinvolgimento dei fellows dell'ANMCO
  - creazione di gruppi di eccellenza individuati sullabase delle attività svolte fino ad oggi nei progetti ANMCO
    - divisi per temi clinici o esperienza strumentale specifica
    - protagonisti della ideazione di nuovi progetti
    - zoccolo duro del reclutamento di pazienti nelle diverse aree cliniche
  - creazione di Unità di Ricerca Clinica all'interno di Divisioni/Dipartimenti
    - segreteria, gestione (nurse, impiegata, biologo, farmacista etc)
    - autofinanziata dai fee per patients degli studi clinici
    - il cardiologo continua a fare solo il cardiologo

per cercare di aumentare i finanziamenti pubblici, italiani e/o europei, alla nostra ricerca. Un maggiore coinvolgimento di tutte le forze propositive, che sicuramente esistono in ANMCO, è stata avanzata come necessaria e sono state fatte ipotesi organizzative da implementarsi nei prossimi mesi.

di Giuseppe Vergara

## DALLE SESSIONI DEI LAVORI

## L'ANMCO E GLI ASSOCIATI



Il rapporto tra la Associazione e gli Associati è emerso, ed era facilmente prevedibile, come nodo cruciale per la crescita ed il conseguimento della mission dell'ANMCO. Nel sottolinearne la crucialità, i delegati, in modo propositivo, hanno tuttavia individuato nella carenza dei flussi informativi la maggiore criticità al riguardo (figure 1 e 2). Molto forte dovrà essere nei prossimi 2 anni il ruolo della Associazione



Fig. 1

nella implementazione nella realtà assistenziale cardiologica del nostro Paese del documento FIC "Struttura ed Organizzazione funzionale della Cardiologia" (Ital. Heart J. 2003; 4:881-930) secondo un percorso di massima riportato nella figura 3.

Per quel che riguarda gli organi di comunicazione ufficiali della Associazione, i Delegati Regionali hanno espresso unanime apprezzamento per la nuova linea editoriale di "Cardiologia negli Ospedali" (figura 4-5-6), mentre è stato rimarcato il relativamente poco utilizzo del sito web che dovrà essere reso più appetibile.

Infine, dopo una esauriente messa a punto dello stato attuale e dei pros/cons delle possibili strategie per l'Italian Heart Journal, i Delegati Regionali hanno ritenuto non opportuno interrompere il percorso intrapreso verso la "internazionalizzazione" della testata (figura 7).

**DELEGAZIONI REGIONALI**  
 "Decentramento" legislativo, gestionale, organizzativo ed economico dell'assistenza sanitaria

↓  
 istituzione, di fatto, di 21 SSR

**CRITICITA**

- \* Collegamenti, informazioni e rapporti regionali (tra Regioni)
- \* Collegamenti, informazioni e rapporti tra Centro e Regioni e tra Regioni e Centro

**PROPOSTE**

- \* 1 Referente nel CD
- \* Rilancio del Consiglio Nazionale
- \* Borse di studio per supporto "segretoriale"

Fig. 2

**RETI OSPEDALIERE INTEGRATE  
 RUOLO DELL'ANMCO**

IMPLEMENTAZIONE DEL DOCUMENTO "STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DELLA CARDIOLOGIA E DELLE LINEE GUIDA"

- Definizione di "alto rischio" al fine della strategia di rete
- Supporto tecnico per la creazione della rete (anche informatico)
- Consensus FIC in ottobre 2004
- Videoconferenze regionali 2004 2005
- Registri (non solo per ricerca, ma come strumenti clinici)
- Studi pilota ANMCO ISS 2004 2005 (dal Registri ai dati per il decisore pubblico)

Fig. 3

La costituzione di  
 Cardiologia negli Ospedali  
 da "Fascicolo democratico" a "Nucleo Organico"

- Lettere di invito a medici, ospedali e Società
- Accordi con i ministeri
- Valutazione delle strutture
- Scelta della comunità
- Ripartizione delle strutture e strutture ricognitive
- Partecipazione finanziaria (partecipazione azionaria con criteri chiari)
- Impostazione organizzativa (gestione ospedali)
- Cooperazione finanziaria (servizi comuni e prove comuni)
- Il contratto di riferimento
- Gestione definitiva
- Giornale sul web
- Affidamento amministrativo ed economico

Proposte ANMCO  
 Linee guida ANMCO

Fig. 4

Presente e futuro di Cardiologia negli Ospedali  
 Informazioni, iniziative e informazioni novità, strategie e diffusione ANMCO

**Presente**

- Monitoraggio continuo
- Monitoraggio continuo (attività di ricerca)
- Ricerca rete (collaborazioni)
- Monitoraggio continuo (attività di ricerca)
- Monitoraggio continuo

**Futuro**

- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)
- Creazione di "Nuclei Organici" (attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca)

Fig. 5



Fig. 6

**ITALIAN HEART JOURNAL**

- Nuova linea del lavoro, spazio per il giornale "in lingua inglese"
- Nuova rivista di cardiologia italiana, rivista di alta qualità, alta qualità, alta qualità
- 70% del lavoro di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca, attività di ricerca
- grande lavoro di "collaborazione" tra la stessa FIC

**IL FUTURE OF THE JOURNAL IS IN ENGLISH**  
**CONTINUOUSLY VERSO L'IMPACT FACTOR**

- Futuro orientato per la parte inglese
- Non è esclusa la possibilità di un cambio del nome

Fig. 7

## L'ITALIAN HEART JOURNAL VERSO LA SVOLTA DECISIVA

**L'***Italian Heart Journal* è nato nel 2000 intorno all'idea forte e condivisa da tutti i Cardiologi di pubblicare in Inglese gli aspetti più innovativi della ricerca italiana e in lingua Italiana tutto ciò che può contribuire alla formazione professionale e alla diffusione delle conoscenze su tutti gli aspetti – fisiopatologici, clinici e gestionali – relativi alla pratica della Cardiologia.

La direzione venne affidata al Prof. Attilio Maseri, primo Editor dell'*Italian Heart Journal*, e al Dott. Pantaleo Giannuzzi, co-Editor responsabile del Supplement in Italiano.

Sin dai primi passi il Giornale ha inteso stimolare ed ha privilegiato articoli originali in tutti i settori della ricerca e, nello stesso tempo, ha sviluppato il dibattito e lo scambio di informazioni in tutti i campi della Medicina Cardiovascolare. Di fatto, al di là di ogni possibile giudizio, il Giornale non è passato inosservato: molti lettori hanno potuto cogliere gli aspetti innovativi e forse anche qualche spunto di interesse.

Nel luglio 2002 il Prof. Maseri, che ha avuto un ruolo fondamentale nel processo di unificazione della stampa scientifica della Cardiologia Italiana dando rapidamente visibilità e soprattutto imprimendo personalità al nuovo Giornale, ha terminato la sua attività di Editor.

Noi abbiamo assunto l'incarico di Editor e Co-Editor, accettando di continuare la sua opera con orgoglio, entusiasmo e determinazione.

Mossi i primi passi, l'*Italian Heart Journal* aveva bisogno di crescere e consolidare i propri contenuti. Per questo in tutte le sedi abbiamo incessantemente stimolato e incoraggiato i Cardiologi Italiani a sviluppare, sia individualmente che nell'ambito delle varie Unità Operative, l'impegno editoriale e a comunicare attraverso l'*Italian Heart Journal* i risultati delle proprie ricerche e approfondimenti. Questo non è stato sempre facile, in un contesto in cui la stampa scientifica internazionale è sempre più attraente per molti italiani che, tra l'altro, hanno una buona produzione scientifica.

All'inizio del nostro mandato il Prof. Luigi Tavazzi, Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, ci ha invitato a mantenere elevata la qualità dei lavori pubblicati, senza tuttavia scoraggiare con troppi rifiuti o pesanti revisioni, i possibili Autori. Con questo spirito abbiamo costantemente orientato e stimolato i Revisori e gli Autori a migliorare la qualità dei manoscritti.

Il contenuto scientifico e il profilo editoriale del Giornale è ora ben caratterizzato: il fascicolo in Inglese è sempre più impegnato a pubblicare articoli originali in tutti i settori della ricerca di base, della ricerca clinica e fisiopatologica, di epidemiologia, nuove ipotesi di lavoro, editoriali, rassegne e opinioni nei settori più avanzati della Cardiologia; mentre l'*Italian Heart Journal* Supplement in lingua Italiana, attraverso rassegne, messe a punto, editoriali, Linee Guida, svolge un ruolo preminentemente educativo-formativo e rappresenta un forum speciale per lo scambio di informazioni, di conoscenze e il dibattito in tutti i campi della Medicina Cardiovascolare.

Il consolidarsi dei contenuti e del valore scientifico del Giornale, divenuto nel frattempo Organo Ufficiale anche della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, insieme alla citabilità di articoli e Autori su Index Medicus e alla migliore visi-

bilità in rete, ha stimolato progressivamente l'interesse del lettore, dimostrato dal numero crescente di accessi al sito WEB e di articoli originali, anche di gruppi stranieri, che vengono inviati per la possibile pubblicazione.

**Verso la svolta.** La crisi economica che ha coinvolto il Giornale, in gran parte dovuta alla riduzione di inserzioni pubblicitarie da parte delle Aziende Farmaceutiche, ha stimolato il dibattito nell'Editorial Board sulle prospettive del Giornale e ha indotto la Federazione Italiana di Cardiologia a istituire una Commissione *ad hoc* guidata dagli Editors allo scopo di verificare e suggerire il Publisher più appropriato per l'*Italian Heart Journal*, ma soprattutto ridefinire gli obiettivi del Giornale e le strategie per raggiungerli.

Sono emersi i seguenti orientamenti, condivisi all'interno della Federazione di Cardiologia:

1. l'editoria, e l'*Italian Heart Journal* in particolare, costituisce una scelta prioritaria della Federazione Italiana di Cardiologia e delle Associazioni Federate, così come lo sono la ricerca, la formazione e i Convegni Nazionali;
2. le prospettive di sviluppo del Giornale sono strettamente legate, da una parte, ad una maggiore autonomia ed indipendenza economica, e, dall'altra, alla ricerca di una chiara impronta internazionale: un Publisher straniero di consolidata esperienza e prestigio è visto come garanzia di visibilità e maggiore diffusione internazionale, di credibilità e di maggior autorevolezza culturale;
3. mantenere l'*Italian Heart Journal* Supplement in Italiano (valutando successivamente se cambiare l'attuale denominazione) quale Organo Ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia. L'attività editoriale dovrebbe mantenere le attuali caratteristiche ed essere orientata prevalentemente ad una funzione educativa e di dibattito su tutti gli aspetti clinici e gestionali legati alla pratica della Cardiologia;
4. rivalutazione del destino editoriale dell'*Italian Heart Journal* in Inglese, considerando i seguenti punti:
  - negoziazione e coinvolgimento di un Publisher interessato allo sviluppo della parte inglese del Giornale in senso internazionale e in grado di gestire la raccolta pubblicitaria "dall'estero per l'estero";
  - in accordo con il Publisher, definizione del percorso editoriale volto al raggiungimento dell'Impact Factor entro 3-4 anni;
  - eventuali disponibilità a ridurre, almeno inizialmente, il numero di fascicoli a 6 per anno;
  - esplorare, in accordo con il Publisher, la possibilità di aprirsi ad altre realtà cardiologiche europee e/o dell'America Latina, mediante interventi "informali", cioè di tipo commerciale, distributivo ed editoriale. In alternativa, (ovvero, in momento successivo), valutare la possibilità di adesione di Società scientifiche di altri Paesi;
  - considerare la necessità-opportunità di cambiare nome alla testata, comprendendo tuttavia che ciò comporta l'azzeramento dei dati di citazione ottenuti.

Le prime indagini esplorative sono promettenti in tal senso:

1. dopo la recente revisione della composizione dell'Editorial Board, che ha visto l'introduzione di una buona quota di rappresentanza internazionale (pari al 50%), gli organismi internazionali deputati alla valutazione dell'Impact Factor hanno giudicato ora soddisfacente l'organizzazione dell'*Italian Heart Journal*;
2. la struttura del Giornale con due testate indipendenti permette, sul piano formale e legale, di coinvolgere Publisher diversi (ad esempio uno italiano per

il fascicolo in Italiano, e uno internazionale per il fascicolo in Inglese). Questa scelta è già stata adottata da altre Società ed è risultata utile per il riconoscimento dell'Impact Factor. Se questo è ritenuto un obiettivo forte da perseguire, questa è verosimilmente l'unica strada percorribile. Non esistono Case Editrici Italiane in grado di fronteggiare e sviluppare sul piano organizzativo le sinergie necessarie al raggiungimento dell'Impact Factor e, contestualmente, di dare visibilità e autorevolezza internazionali;

3. le valutazioni sui contenuti e sulle prospettive effettuate da autorevoli Publisher stranieri sono rassicuranti. Il materiale pubblicato negli ultimi anni è giudicato interessante, di buon valore scientifico e sufficientemente vario per avviare il percorso verso l'Impact Factor attraverso il meccanismo della citazione.

Le prospettive del Giornale sono ora più chiare e decisamente lusinghiere. Come sempre, il successo dipende dall'impegno e dalla determinazione dei singoli Cardiologi, ma anche dagli strumenti e dai partners che le Associazioni sapranno scegliere.



### UNA SFIDA DA VINCERE INSIEME



“ Su 1.600-1.700 società scientifiche nominalmente presenti in Italia, l'ANMCO è una delle 50-60 che meritino davvero questo nome”. Basterebbero queste parole di una collega di un importante ente formativo, alla quale avevo comunicato il mio imminente passaggio all'ANMCO, a dare ragione del grande piacere con cui, qualche giorno prima, avevo colto la notizia che l'Associazione dei Cardiologi Ospedalieri si era orientata sul sottoscritto per la direzione del Centro servizi. In effetti, le ragioni dell'autorevolezza dell'ANMCO stanno nei tanti risultati di questi anni, dalle ricerche di livello internazionale a un piano formativo in cui l'ampiezza crescente della proposta è sempre stata in linea con la qualità, dalle molteplici attività della Heart Care Foundation a una vita associativa che si nutre di dibattito reale e non di vuote liturgie.

Per queste ragioni posso dire, al netto di ogni retorica, che considero un privilegio l'essere stato scelto da questa Associazione per un percorso professionale affascinante e coinvolgente, e di ciò ringrazio il Presidente e il Consiglio Direttivo. Quanto alla prospettiva, mi è stato detto che il mio inserimento risponde a una volontà di crescita dell'Associazione, nel senso però non di un superamento dell'attuale esperienza (estremamente positiva, e quindi da recuperare tutta), quanto di un'evoluzione per rispondere a un mutato quadro esterno. Sembra infatti che sia importante acquisire un più ampio quadro di contatti rispetto a quelli (comunque rilevanti) finora coltivati, e sviluppare ulteriormente il quadro dell'offerta formativa, anche sul versante dell'e-learning. Ciò in quanto si sta aprendo, come noto, un nuovo capitolo della vicenda ECM, e forse anche una nuova fase a livello di modalità di rapporto fra le Società scientifiche e i soggetti finanziatori.

Vi è comunque un terzo versante molto importante, vale a dire la vita associativa: questa costituisce il motore di tutte le iniziative, o almeno l'elemento che determina il loro livello di diffusività. Anche per questo, ho preso l'impegno di cercare di incontrare nei primi cinque-sei mesi tutte le sezioni regionali dell'Associazione: a Frascati ho avuto infatti la percezione che, in particolare in certe regioni, vi sia la richiesta di un referente amministrativo su cui poter contare con maggior assiduità.

Un elemento in cui credo molto è rappresentato dallo spirito di squadra, e questo vale non solo per i validissimi e generosi collaboratori del Centro Servizi (e allo stesso modo, per i collaboratori della Heart Care Foundation e del Centro Studi), ma anche per quei rapporti che, in riferimento ai medici dell'ANMCO, ha espresso il Vicepresidente Mafri con



**Pitstop Ferrari: un gioco di squadra**



una slide presentata al seminario di Frascati, che riportava due immagini: la Ferrari e una squadra di rugby, vale a dire la tecnologia e il sacrificio per un gruppo, per rendere quel gruppo vincente. In realtà, credo che l'ANMCO non abbia l'obiettivo di vincere contro qualcuno, in quanto l'unica vittoria che le interessa è la corsa continua contro le malattie del cuore. Semmai, ci si può porre l'obiettivo di una visibilità sempre più forte, e di un complesso di proposte formative e di ricerca sempre più ricco.

D'altra parte, nonostante le parole molto gentili che hanno accompagnato l'avvio del mio mandato, ritengo che il compito del sottoscritto sia di natura strumentale al lavoro dei Soci ANMCO, in quanto il mio compito, per restare nella metafora di poco fa, consiste nel garantire l'arrivo ai box Ferrari dei pneumatici

e di qualche altro componente, e non nel dare consigli sull'assetto di guida. Questa era la percezione del mio ruolo anche nella esperienza professionale che ho da poco concluso, in cui dicevo ai docenti che il mio compito era di far arrivare al porto i materiali necessari perché loro potessero costruire una nave all'altezza delle tradizioni di un certo ateneo. Provengo infatti dall'Università Cattolica di Milano, nella quale fino alla metà di aprile ho ricoperto l'incarico di responsabile della Formazione permanente e di coordinatore amministrativo del CEPaD (il Centro d'Ateneo per l'Educazione Permanente e a Distanza).

Si trattava di un lavoro amministrativo e progettuale, e di un lavoro che richiedeva un continuo mix fra scenari e competenze

diverse, dalla formazione postlaurea al management, dall'e-learning alle analisi di fattibilità di un corso. Si tratta di un'esperienza che mi sembra vada in parte a replicarsi anche nell'ANMCO, ma in uno scenario più impegnativo, e questo costituisce un grande stimolo professionale.

Lo stimolo più forte però proviene dall'esperienza del recentissimo seminario di Frascati, in cui ho potuto cogliere una vivacità associativa autentica e correttissima, e una ampiezza di problematiche che si è espressa in due giornate intensissime di lavoro. Se ero arrivato a Frascati affascinato dalla mia nuova prospettiva professionale, ne sono tornato entusiasta per il clima di ricchezza professionale ma anche umana che vi ho incontrato.

Certamente non mi nascondo le difficoltà di un impegno come quello che con tanta fiducia mi è stato affidato, soprattutto nel senso di un riorientamento di competenze che dovrò operare in tempi abbastanza brevi, al punto che un amico mi ha chiesto se questa svolta non mi mandasse in crisi. Posso dirvi che ho risposto con la frase di uno dei riferimenti culturali dei miei figli, quella Lisa Simpson (la figlia di Homer dal pensiero positivo) che, parafrasando John Kennedy usa ripetere: "Papà, lo sai che in cinese c'è una parola che vuol dire sia crisi che opportunità?". Per me, ciò vuol dire l'opportunità di calare un profilo professionale in un nuovo contesto, e di assumere il margine di incertezza e crescita che è intrinseco ad ogni sfida.

Anche per questo, buon lavoro a tutti!



Edgard Degas, *Ritratti in un ufficio*, 1873

## APPRENDERE A PORTARE SOCCORSO AL CUORE

*Come anche i ragazzi della scuola primaria imparano ad attivare la catena della sopravvivenza*



### DA UN PROGETTO VALIDATO NELLE SCUOLE DELLA BRIANZA NEL PERIODO 1999-2003 NASCE UN PROGRAMMA SCUOLA TUTTOCUORE HCF

Nell'arresto cardiaco/morte improvvisa fuori ospedale un punto critico per l'attivazione del soccorso è il primo anello della catena della sopravvivenza e cioè la immediata chiamata dell'1.1.8. Spesso, per mancanza di adeguata cultura, il tempo che intercorre da quando la vittima perde coscienza a quando qualcuno telefona all'1.1.8. è di diversi minuti, e ciò riduce di molto la probabilità di sopravvivenza senza esiti neurologici.

Un'altra considerazione è che non infrequentemente, ma non ci sono dati pubblicati, può essere unico testimone dell'arresto cardiaco un ragazzo o un bambino. Questo può valere soprattutto negli arresti cardiaci che avvengono in casa, che per altro sono oltre il 70% degli arresti cardiaci fuori ospedale. Occorre quindi che anche bambini e ragazzi abbiano confidenza con l'emergenza sapendo riconoscere l'assenza di coscienza e di respiro, essendo in grado di allertare senza esitazione l'1.1.8., fornendo le indicazioni giuste e nel modo corretto per facilitare il soccorso.

Dai 12-13 anni in poi i ragazzi devono idealmente saper avviare le manovre salvavita del primo soccorso (BLS) della rianimazione cardiopolmonare (rendere e mantenere aperte le vie aeree ed eseguire le compressioni toraciche).

Anche questo aspetto deve far parte dei programmi di educazione alla salute, soprattutto ora che le dotazioni del sistema di Emergenza Medica, in particolare con l'avvento dei defibrillatori semiautomatici (AED), hanno di molto

ampliato la potenzialità di intervento efficace.

Per tutto ciò il Settore Scuola di Brianza per il Cuore Onlus, prendendo spunto da una iniziativa inserita nei programmi del Ministero della Educazione Nazionale Francese, ha dato vita ad un progetto pilota chiamato "Apprendere a Portare Soccorso" che è stato testato nel periodo 1999-2003 in 75 classi di 30 scuole dell'area Brianza, con il coinvolgimento di 2.390 alunni o studenti dai 9 ai 13 anni e di 208 insegnanti.

Il tema principale è stato quello del prendere confidenza con





l'1.1.8. e con il modo di allertarlo in caso di probabile arresto cardiaco riconosciuto per l'assenza di coscienza e di respiro, **il concetto di portare soccorso è stato presentato in maniera più estensiva**, inquadrandolo nelle indicazioni della legge 626 sulla sicurezza.

### ***Il percorso e la strategia***

I passi del programma sono stati:

- sensibilizzazione dei docenti e attraverso i docenti dei genitori al primo soccorso di base;
- proposta di una azione interdisciplinare;
- sviluppo, se possibile, dalla psicomotricità alla confidenza con le emergenze del cuore.

Oggi il modo di affrontare le emergenze del cuore si fonda sulla "catena della sopravvivenza" come modello per il Sistema di Emergenza Medica. Il programma proposto considera i primi due anelli:

- chiamata del soccorso tramite 1.1.8., dopo aver verificato la mancanza di coscienza e di respiro;
- primi gesti salvavita: mantenere aperte le vie dell'aria, posizione di sicurezza quando necessaria.

Il risultato dipende dalla rapidità/tempestività della chiamata e dall'efficacia delle azioni compiute prima dell'arrivo dei soccorsi specializzati. Attualmente entrambe sono ancora insoddisfacenti: nel caso dell'arresto cardiaco infatti risulta che solo in un caso su 10 qualcuno fa qualcosa. Dato che gli alunni di oggi sono gli adulti di domani l'apprendere i comportamenti più adatti nella scuola è una strategia che può migliorare la sensibilizzazione della comunità.

L'apprendimento dei gesti di primo soccorso consente di valutare meglio le reazioni dei ragazzi e di valorizzarle, favorendo anche l'educazione alla salute globale, come sapere fondamentale. Inoltre questo apprendimento costituisce un modo eccellente per far sentire ai ragazzi il senso di responsabilità e per prendere confidenza con l'imprevisto.

### **Le competenze acquisite da parte degli alunni**

- **Anni 5-8:** sensibilizzazione da parte dell'insegnante, riconoscere un pericolo, prestare attenzione alla sicurezza per sé e per gli altri, cercare aiuto
- **Anni 9-13:** constatare assenza di coscienza e respiro, allertare l'1.1.8., rispondere correttamente alle domande della centrale operativa sapendo descrivere il fatto e la situazione; saper verificare le vie aeree e il respiro (Guarda Ascolta Senti), realizzare la posizione di sicurezza. Anni 12 e 13 anche le compressioni toraciche.



### **La proposta alla scuola e la realizzazione del programma**

Il coinvolgimento della scuola inizia con la presentazione della proposta al Dirigente Scolastico e suo tramite agli Insegnanti e ai Rappresentanti dei genitori. Quando la proposta è accolta si svolge per i Docenti e i Genitori un corso breve di



Primo Soccorso e Rianimazione Cardio-Polmonare (4 ore).

Il programma in classe prevede 4 fasi:

**1ª fase: Importanza di conoscere il proprio corpo e le sue funzioni**

Attraverso vari esercizi guidati gli alunni approfondiscono la conoscenza del proprio corpo, e simulano anche situazioni di disagio attraverso alcuni giochi (es. “la muraglia umana”).

**2ª fase: Proposta in classe e realizzazione di una “fiction” simulando una situazione di pericolo**

Gli insegnanti coordinano il lavoro assegnando le parti: viene realizzata una scenetta della durata di 10 minuti. Vengono utilizzate schede di lavoro per meglio inquadrare il problema.

**3ª fase: I concetti e le azioni**

È finalizzata ad agire allertando il soccorso. Gli alunni imparano cosa fare e la giusta sequenza del fare. Viene fatta, in accordo alla centrale operativa, una chiamata all'1.1.8. così che il bambino/ragazzo si confronti realmente con il Sistema di Emergenza Sanitaria.

Prima viene insegnata la sequenza:

- riconoscere l'assenza di coscienza;
- verificare l'assenza di respiro (GAS guardo, ascolto, sento);

- chiamare l'1.1.8. e comunicare con calma e precisione.

Discussione e riesame di cosa va fatto e come.

Riflessione con lo scopo di:

- fare prendere confidenza con il concetto e la realtà dell'emergenza;
- far capire l'importanza e la semplicità del soccorso;
- far capire che il soccorso è una cosa seria (non fare scherzi);
- far riflettere sulla attenzione da dare al giusto comportamento.

**4ª fase: Il gioco e la verifica**

Ogni alunno riceve un Kit da dipingere e montare, che simula la occlusione e la liberazione delle vie aeree e il gioco “Perché il soccorso non sia enigmistico”: insieme di enigmi e schede per ricordare e memorizzare.





La scheda di valutazione individuale e i giudizi di insegnanti e genitori dimostrano la capacità di quasi la totalità degli alunni di “apprendere a portare soccorso” in maniera adeguata. L'entusiasmo vero e proprio dei ragazzi conferma che il tema è ritenuto importante da loro, forse anche perché alcuni programmi televisivi hanno risvegliato il loro interesse e la loro volontà di imitazione.

La verifica di processo ha confermato la fattibilità del programma testato e un grado di interesse del mondo scolastico positivo. Heart Care Foundation ha quindi deciso di finalizzare questo programma con il titolo “Apprendere a portare soccorso al cuore” editando un manuale per gli insegnanti e gli operatori sanitari che tracci un percorso,

partendo da un rationale e sviluppando sulla base delle esperienze realizzate alcuni percorsi didattici e le relative schede operative.

La struttura del manuale prevede:

- parte prima
  1. conosciamo il cuore e le sue emergenze
  2. cosa è possibile fare oggi
  3. la catena della sopravvivenza e istruzioni per l'uso dell'1.1.8.
  4. il ruolo dell'insegnante e del bambino/ragazzo
- parte seconda
  5. una proposta per la scuola: il programma “Apprendere a portare soccorso al cuore”
  6. le fasi da realizzare e la presentazione alla comunità scolastica
  7. chi deve partecipare e come
- parte terza
  8. schede operative
  9. la valutazione, schede per ragazzi, insegnanti e genitori
  10. giochi.

La distribuzione del manuale verrà fatta attraverso la Rete dei Referenti Regionali di HCF, mediante compilazione di una scheda-progetto da richiedere alla Segreteria di HCF. Coloro che vogliono avviare il programma devono farsi carico di una raccolta dati, tramite questionari, per la valutazione. Sono previsti alcuni corsi di formazione centrali per insegnanti e operatori sanitari.



## Il Conferimento della Fellowship ANMCO al XXXV Congresso Nazionale

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

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
SPECA	GIANCARLO	OSPEDALE CIVILE G. MAZZINI	TERAMO	TE
UGUCCIONI	MASSIMO	C.T.O.	ROMA	RM

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

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
ACCADIA	MARIA	OSPEDALE LORETO MARE	NAPOLI	NA
ANTONIELLI D'OU LX	EMANUELE	OSPEDALE MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	SAVIGLIANO	CN
AZZARELLI	SALVATORE A.	OSPEDALE CANNIZZARO	CATANIA	CT
BALDINI	UMBERTO	OSPEDALI RIUNITI	LIVORNO	LI
BELOTTI	GIUSEPPINA	OSPEDALI RIUNITI DI TREVIGLIO	TREVIGLIO	BG
CAPOMOLLA	ANTONIO SOCCORSO	FONDAZIONE S. MAUGERI CLINICA DEL LAVORO	MONTESCANO	PV
CASAZZA	FRANCO	OSPEDALE SAN CARLO BORROMEO	MILANO	MI
D'ANDREA	ANTONELLO	PRES. OSPEDALIERO MULTIZONALE G. RUMMO	BENEVENTO	BN
DE MICHELE	MARIO	PRESIDIO OSPEDALIERO MOSCATI	AVERSA	CE
DI MICCO	GIAN LUCA	AZIENDA OSPEDALIERA VINCENZO MONALDI	NAPOLI	NA
IMAZIO	MASSIMO	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
MISURACA	GIANFRANCO	OSPEDALE DELL'ANNUNZIATA	COSENZA	CS
PONTILLO	DANIELE	OSPEDALE BELCOLLE	VITERBO	VT
RIGATELLI	GIORGIO	OSPEDALE CIVILE	LEGNAGO	VR
TARANTINI	LUIGI	OSPEDALE CIVILE	BELLUNO	BL
VILLANI	GIOVANNI QUINTO	OSPEDALE CIVILE "GUGLIELMO DA SALICETO"	PIACENZA	PC

### Fellow per il campo Organizzativo-Gestionale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
ITALIANI	GESSICA	OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE	PESCIA	PT
MILANI	LOREDANO	OSPEDALE CIVILE	SAN DONA' DI PIAVE	VE
NOTARISTEFANO	ANTONIO	OSPEDALE SILVESTRINI	PERUGIA	PG
PERSICO	MAURO	OSPEDALE MADONNA DEL SOCCORSO	S. BENEDETTO DEL TRONTO	AP

## 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 prelievo.

### 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 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 90,00 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 70,00 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 50,00 per i Soci Aggregati

Il suddetto importo include la somma di € 15,00 (quindici/00) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società CEPI s.r.l., con sede a Roma, Via N. Tartaglia n. 3, 00197 Roma, Codice Fiscale: 00393740584 e Partita IVA 00877781005, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Italian Heart Journal" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology, Official Journal of the Italian Society for Cardiac Surgery".

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

- € 90,00 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 70,00 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 10,00 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

#### Socio Aggregato

- € 50,00

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: [vanda.mazza@virgilio.it](mailto:vanda.mazza@virgilio.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.pitscheider@asbz.it](mailto:walter.pitscheider@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  Cardiochirurgo  Medico

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

**Tipologia:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia *                           | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia *                        |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto *   | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto *   |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina *                                 | <input type="checkbox"/> 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 SEGRETARIA (055/579334)



## CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

### Generale (non più di due):

- Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico
- Biologia cellulare del cuore
- Farmacologia in Cardiologia
- Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia
- Ecocardiografia
- Aritmologia ed elettrostimolazione
- Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra
- Epidemiologia e prevenzione
- Cardiopatie valvolari
- Informatica
- Aterosclerosi, emostasi e trombosi
- Ipertensione arteriosa sistemica
- Malattie del miocardio e del pericardio
- Emodinamica e Cardiologia Interventistica

- Cardiocirurgia
- Insufficienza cardiaca
- Cardiologia Pediatrica
- Cardiologia Clinica
- Sindromi Coronariche Acute

### Altro (non più di due):

- Pianificazione ed organizzazione delle strutture sanitarie
- Organizzazioni di manifestazioni culturali
- Attività organizzativo gestionale

### Sono interessato alla seguente Area:

- Area Aritmie - AR
- Area Chirurgica - ACH
- Area Emergenza/Urgenza - AEU
- Area Informatica - AIN
- Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP
- Area Management & Qualità - AMQ
- Area Nursing - ANS
- Area Prevenzione Cardiovascolare - AP
- Area Scopenso Cardiaco - 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. 196/2003 (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. 196/2003. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono il Centro Servizi ANMCO srl, 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. 196/2003, 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 ai sensi della L. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, Centro Servizi ANMCO srl, 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 Presidente Regionale \_\_\_\_\_

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

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

## 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:* Cesare Greco (Roma)  
*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 cardiovascolare:*

Sergio Pedè (San Pietro Vernotico - BR)

*Per la cardiologia nucleare:* da individuare

*Per le sindromi coronariche acute:*

Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)

[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:*  
 Paolo Bonomo (Cagliari),  
 Giulietta Ferranti (Bentivoglio - BO),  
 Rossella Gilardi (Milano), Lucia Sabbadin (Trento)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Claudio Coletta (Roma),  
 Tiziana Maietta (Roma)

*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 CARDIOVASCOLARE

*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 CARDIACO

*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)

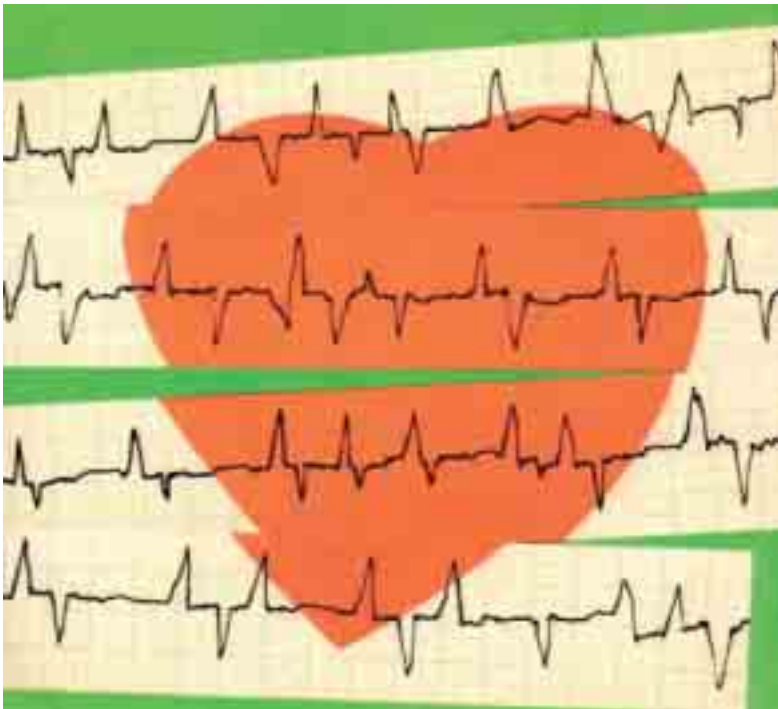
*Medical Writer:* Renata De Maria (Milano)

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

## LA RICERCA: IL PUNTO A METÀ DEL 2004



**A**ll'inizio del mio mandato come Chairman dell'Area Aritmie era in corso il dibattito sulla opportunità della sopravvivenza dell'Area dato che si era consolidata nel nostro Paese un'Associazione di aritmologia forte (l'AIAC), capace di coagulare i miglio-



Copertina del 45 giri di Alfredo "radio cardiology" (particolare)

ri specialisti del settore e in grado di rappresentare tutti gli aritmologi italiani a livello internazionale.

All'epoca io sostenni l'utilità che l'ANMCO mantenesse la sua Area Aritmie, perché ritenevo che l'Area stessa non era una alternativa all'AIAC (che per vocazione si rivolge agli specialisti) ma aveva un ruolo diverso avendo come target i cardiologi clinici. In questa ottica l'Area Aritmie avrebbe dovuto sfruttare l'opportunità di fare ricerca

clinica nel campo delle aritmie coinvolgendo estesamente i cardiologi clinici su temi di interesse generale, sfruttando lo sperimentato network che l'ANMCO possiede.

Giunto alla fine del mandato, che passerà all'amico Maurizio Lunati dalla fine dell'anno, e ormai liberato dal possibile sospetto che un "conflitto di interessi" influenzasse la mia presa di posizione, continuo a pensarla allo stesso modo.

A sostegno della mia tesi vado ad elencare i numerosi progetti di ricerca che sono nati e cresciuti in grembo all'Area Aritmie, ispirati dai presupposti appena esposti, progetti che malgrado le difficoltà economiche del momento spero vedano la luce quanto prima.

### **RIFAF (Registro italiano della fibrillazione atriale familiare)**

Obiettivi: definire la prevalenza, caratteristiche cliniche e modalità di trasmissione genetica della fibrillazione atriale familiare

Chairman e Co-chairman: M. Disertori, E. Arbustini

Steering Committee: R. Cappato, P. Delise, A. Gavazzi, M. Lunati

Stato dei lavori: approvato dal Comitato Scientifico ANMCO

Sponsor: da individuare

### **Effetto dei sartanici nella prevenzione della fibrillazione atriale**

Obiettivi: vedi titolo

Chairman: M. Disertori

Steering Committee: A. Capucci, P. Delise, F. Lombardi, A. Mugelli, M. Santini.

Stato dei lavori: approvato dal Comitato scientifico e in fase di reclutamento dei Centri

Sponsor: Novartis

CONSULTA ANCHE:

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

### **Efficacia degli omega-3 nella prevenzione della fibrillazione atriale**

Obiettivi: vedi il titolo

Chairmen: P. Delise, M. Scaglione

Steering Committee: F. Ammirati, D. Catanzariti, M. Gulizia, M. Lunati

Stato dei lavori: sottoposto al Comitato Scientifico ANMCO, in attesa di approvazione

Sponsor: contatti con Sigma Tau

### **Indagine conoscitiva sulla gestione clinica della fibrillazione atriale in Italia**

Obiettivi: valutare i comportamenti dei cardiologi clinici italiani in tema di diagnosi e terapia nella fibrillazione atriale, attraverso un questionario inviato a tutti gli iscritti all'ANMCO

Chairmen: P. Delise e D. Catanzariti

Steering Committee: F. Ammirati, M. Gulizia, M. Lunati, M. Scaglione

Stato dei lavori: approvato dal Consiglio Direttivo

Sponsor: ANMCO

### **Indagine conoscitiva sull'utilizzo dei device nei pazienti con scompenso**

Obiettivi: valutare i comportamenti dei cardiologi italiani in tema di applicazione di pacemaker biventricolari e defibrillatori nei



**Il Prof. Paul D. Withe intento a leggere con attenzione un elettrocardiogramma, 1963**

pazienti con scompenso, attraverso un questionario inviato agli ambulatori dello scompenso.

Chairman: M. Lunati

Steering Committee: F. Ammirati, P. Delise, M. Gulizia, M. Scaglione

In collaborazione con: Area Scompenso Cardiaco

Stato dei lavori: definizione dei protocolli insieme all'Area Scompenso

Sponsor: ANMCO

### **ACTIVE**

Obiettivi: valutare l'efficacia del clopidogrel (e dell'irbesartan) nella prevenzione tromboembolica della fibrillazione atriale (vs aspirina e anticoagulanti dicumarolici)

Chairmen: S. Yusuf e S. Connolly

Endorsment: ANMCO

Stato dei lavori: già in fase di arruolamento a livello sia nazionale che internazionale

### **Studio epidemiologico sulla morte cardiaca improvvisa in Italia**

Obiettivi: studio epidemiologico sulla prevalenza, incidenza e cause della morte improvvisa

Chairman: M. Zoni Berisso in collaborazione con Area Aritmie e AIAC

Stato dei lavori: approvato dal Comitato Scientifico ANMCO

Sponsor: da individuare

Alla fine di questa esposizione consentitemi una preghiera ai nostri Associati: se vi arriva il questionario sulla fibrillazione atriale non gettatelo nel cestino. È molto semplice, va compilato di getto e porta via solo pochi minuti. Sappiamo perfettamente che al giorno d'oggi la routine asfissiante rende prezioso il vostro tempo. Fate tuttavia un piccolo sacrificio. La consapevolezza di quello che stiamo facendo e la possibilità di governare i nostri percorsi clinici è uno dei punti di forza che noi medici ancora abbiamo!

## BLITZ-2 FINAL INVESTIGATOR'S MEETING



**L**unedì 22 marzo sono stati presentati e discussi i risultati di BLITZ-2, il più recente studio epidemiologico sulle Sindromi Coronariche Acute *non ST-elevation* effettuato nel nostro Paese (Tab. 1). Con questa indagine l'ANMCO ha voluto mettere maggiormente a fuoco il percorso diagnostico e gestionale dei Pazienti con Sindrome Coronarica Acuta già delineato con la prima indagine BLITZ sull'infarto miocardico acuto, effettuata nell'ottobre 2001 e pubblicata nel settembre scorso su *European Heart Journal* (2003,24,1616-29).

I Ricercatori si sono riuniti nelle sale predisposte in nove città italiane, collegate tra loro in televideoconferenza (Tab. 2). Coordinati dai Presidenti Regionali e dagli Esperti dell'Area Emergenza, i partecipanti hanno ascoltato le relazioni presentate dalla sede di Roma, discutendo poi i risultati generali

e, nella sessione pomeridiana, i dati ed i problemi emersi nell'analisi per macroregioni (Tab. 3).

Guardando tappe di BLITZ-2 si può cogliere un impegno associativo di ampio respiro, cui molti hanno contribuito, ciascuno con il proprio specifico apporto.

Vanno ricordati il ruolo ispiratore del Presidente e del Consiglio Direttivo, l'impegno culturale ed organizzativo dell'Area Emergenza, quello operativo del Centro Studi, l'apporto tecnico di Anemos – che ha permesso

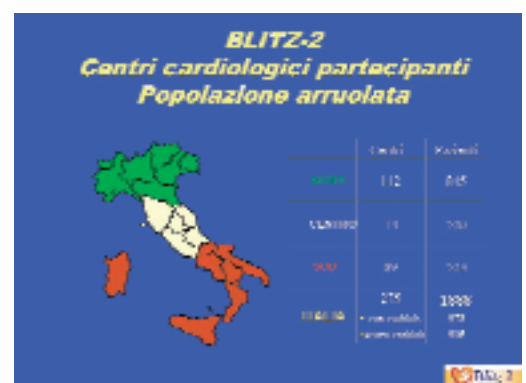
l'innovativa esperienza della raccolta dati per via elettronica – e, non meno importante, il supporto di MSD. Ma soprattutto va riconosciuto il ruolo determinante dei Ricercatori, aperti all'impiego di strumenti innovati-



Tab. 1



Tab. 2



Tab. 3



René Magritte, *Il raduno*, 1926



Tab. 4



Tab. 5

vi, quale il CRF elettronico e pronti a rispondere alla richiesta associativa di fornire dati da raccogliere con sistematicità. L'analisi dei casi raccolti è stata effettuata con rigore, sono stati verificati i requisiti di inclusione, escludendo le schede relative a Pazienti con requisiti incompleti. La popolazione finale comprende 1888 arruolati, pre-

valentemente maschi, età media 67 anni di cui la Tabella 4 descrive i fattori di rischio, la Tabella 5 la afferenza alle diverse tipologie di strutture per fascia di età. I dati di BLITZ-2 verranno ripresi nelle sessioni del Congresso Nazionale ed in particolare nella Convention delle UTIC e nella presentazione degli Studi Clinici dell'ANMCO.

di Cesare Greco

## L'ATTIVITÀ DELL'AREA EMERGENZA-URGENZA: BILANCIO E PROGETTI DI LAVORO

*La strategia di Rete Interospedaliera e l'applicazione delle Linee Guida Cardiologiche sulle Sindromi Coronariche Acute*



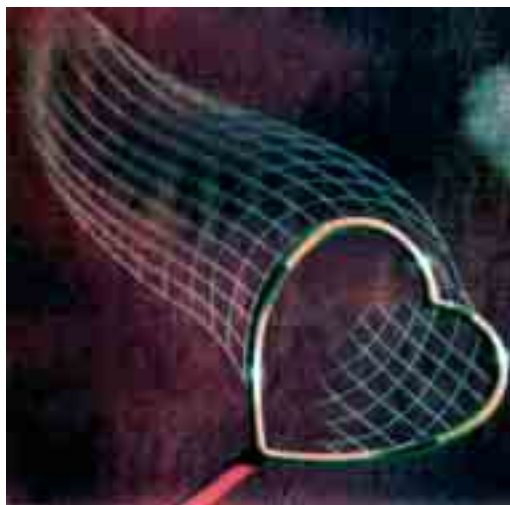
**G**li studi epidemiologici BLITZ-1 e BLITZ-2 condotti rispettivamente nel 2001 e nel 2003 dall'Area Emergenza-Urgenza dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri hanno offerto informazioni fondamentali per comprendere quanto avviene nel campo delle sindromi coronariche acute all'interno delle strutture ospedaliere italiane. I due studi hanno offerto un panorama completo, abbracciando tutte le differenti forme cliniche, dall'infarto miocardico ad ST in alto, all'infarto miocardico non ST in alto, all'angina instabile. Accanto al fatto che la successione dei due

studi ha documentato una positiva evoluzione di alcuni comportamenti, come ad esempio l'uso progressivamente maggiore dei marcatori biochimici di necrosi più specifici e l'allargamento dell'utilizzo dell'interventistica, i risultati si prestano anche ad alcune importanti considerazioni critiche:

- nell'IMA ad ST in alto la percentuale di soggetti trattati con terapia di riperfusione è nelle UTIC di circa il 55%, lontana dall'essere ottimale ed inferiore a quella di altri paesi europei;
- il ricorso all'angioplastica primaria è ancora

CONSULTA ANCHE:

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



#### Impegno per la rete

limitato, sia a causa della mancanza di Laboratori di Emodinamica nelle sedi UTIC soprattutto nel centro-sud, sia per il basso ricorso ai trasferimenti interospedalieri;

- nelle SCA NSTEMI l'utilizzo delle risorse (diagnostica invasiva, interventistica, uso di farmaci) non è determinato da una corretta stratificazione prognostica e quindi dal livello di rischio individuale a breve termine, ma solo dalla disponibilità in loco delle risorse stesse;
- queste ultime sono spesso impiegate, se disponibili, nei pazienti a rischio più basso e comunque in ritardo rispetto ai tempi suggeriti dall'evidenza e dalle Linee Guida;
- i trasferimenti interospedalieri non sono decisi in base ad una valutazione corretta del profilo di rischio.

Va considerato inoltre che la situazione delineata dagli studi BLITZ è probabilmente migliore di quella reale, poiché rispecchia quanto accade nelle UTIC e non nelle strutture ospedaliere in generale. È verosimile infatti ritenere che la disponibilità di strutture di emodinamica interventistica e l'aderenza alle Linee Guida cardiologiche siano ancora inferiori nell'intero gruppo dei pazienti ospedalizzati in Italia piuttosto che nel sottogruppo, sia pur numeroso, di quelli ricoverati nelle UTIC. A questo proposito basti esemplificare che, con-

siderando tutti i soggetti con infarto miocardico acuto ad ST in alto ospedalizzati la percentuale di trattati con terapia ripercussiva, che è del 55% nelle UTIC, scende al 45% circa.

È quindi improcrastinabile una iniziativa delle Società Scientifiche in questo campo. L'affinità dei percorsi diagnostico-terapeutici delle diverse SCA, in particolare per i sottogruppi ad alto rischio, rende potenzialmente efficace una iniziativa generalizzata di implementazione di protocolli fondati sull'appropriatezza, da portare avanti unitamente alle altre forze del settore: il decisore pubblico e l'industria farmaceutica privata.

È ampiamente documentato da osservazioni di registri internazionali e dai programmi di implementazione delle Linee Guida statunitensi, specifici per le sindromi coronariche acute, che il livello di aderenza alle Linee Guida delle singole strutture ospedaliere è in rapporto con la prognosi delle SCA ammesse nelle stesse strutture e che programmi di implementazione delle Linee Guida consentono di ottenere riduzioni della mortalità in sottogruppi ad alto rischio. Nel nostro Paese l'iniziativa delle Società Scientifiche per l'implementazione di programmi e Linee Guida è stata carente, soprattutto perché rivolta esclusivamente all'interno.

È evidente che la strategia di rete interospedaliera per la terapia delle SCA non può essere attuata se non condivisa, programmata e messa in pratica insieme al decisore pubblico ed a tutti i soggetti attivi nel settore delle SCA.

L'Area Emergenza-Urgenza sente il bisogno di promuovere una campagna nazionale di applicazione della strategia di rete interospedaliera e delle Linee Guida cardiologiche, per diffondere il modello di rete interospedaliera per l'emergenza coronarica, promuovere l'applicazione di protocolli clinico-organizzativi omogenei, ridefinire l'alto rischio in modo funzionale ad una strategia di rete e stimolare l'aderenza ai suggerimenti delle Linee Guida cir-

ca i trattamenti terapeutici, interventistici e farmacologici.

Nell'ottobre 2004 si svolgerà una Conferenza di Consenso sulla Rete interospedaliera per l'emergenza coronarica, in cui si elaborerà un modello di strategia di rete da adattare alle realtà regionali e si concorderanno i contenuti scientifici clinico-terapeutici di questa strategia. Successivamente sarà promossa una Campagna Nazionale articolata in:

- Tele-video Conferenze Regionali che coinvolgeranno gli Assessorati alla Salute Pubblica, le Agenzie di Sanità Regionali, le direzioni generali e sanitarie delle Aziende ospedaliere, le Società scientifiche del settore (SIMEU), il I18.
- Iniziative di formazione del personale del settore, da gestire insieme alle Agenzie di Sanità regionali, basate su corsi e materiale stampato.
- Una linea diretta con tutte le UTIC italiane attraverso il sito Web dell'ANMCO/Area Emergenza-Urgenza.

### **Il Progetto di Pagina Web dell'Area Emergenza-Urgenza**

L'esigenza di creare una linea di comunicazione diretta con gli iscritti all'Area Emergenza-Urgenza e con i Cardiologi di tutte le UTIC ci ha spinto a progettare una pagina Web dedicata all'Area, denominata **UTIC Hot Line**, a cui si accederà dalla Home Page del sito ANMCO, cliccando sulla familiare icona degli studi BLITZ.

La pagina Web dell'Area comprenderà alcune sottosezioni:

- Nei **Critical Pathways nell'Emergenza Cardiologica** saranno proposte flow-chart di trattamento riferite all'emergenza, includendo sia documenti internazionali che nazionali.
- In **Parla l'Esperto** si inseriranno periodici commenti sugli argomenti clinici del momento mentre nel Reader's Digest sarà presentato settimanalmente un breve com-

mento su articoli importanti, riportati come abstract in inglese.

Nella sezione **Il Meglio dell'Area** saranno offerte le presentazioni ai Congressi o lavori originali pubblicati dai componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area o del Comitato di redazione. Ne **Gli Studi dell'Area Emergenza-Urgenza** saranno inseriti tutti gli studi ed i progetti seguiti dall'Area Emergenza-Urgenza.

Una importanza centrale sarà però attribuita al **Filo Diretto con l'Area**, Forum di discussione nel quale i Cardiologi visitatori potranno inviare i loro commenti sulla pagina, proporre nuovi argomenti, discutere casi clinici, prendere posizione votando su questioni di carattere clinico-terapeutico. La pagina Web dovrà in sostanza contribuire a confrontare ed omogeneizzare gli atteggiamenti terapeutici dei Cardiologi delle UTIC, consentendo loro di "sentire" che si lavora insieme.

### **Iniziative di formazione**

Il Comitato di Coordinamento dell'Area ha identificato due tematiche particolarmente rilevanti, indirizzando su queste le maggiori energie nel campo della formazione. Si tratta dello shock nell'IMA, del problema della terapia di facilitazione per l'angioplastica nell'IMA e della trombolisi preospedaliera. Nel corso del 2004 partiranno iniziative di formazione sui primi due punti ed all'inizio del 2005 sul terzo punto.

#### **a) Corsi di sensibilizzazione al problema dello shock in corso di infarto miocardico acuto**

La mortalità dell'infarto miocardico acuto è in gran parte concentrata nei soggetti che vanno incontro a shock cardiogeno. Malgrado siano da tempo identificati predittori clinici dell'insorgenza dello shock e malgrado sia documentato in letteratura il vantaggio derivante da una strategia di contropulsazione e rivascolarizzazione miocardica precoce, in realtà il





**Marcel Duchamp, Ruota di bicicletta, 1951**

ricorso alle tecniche aggressive, in questi casi pienamente indicato, è molto poco diffuso. Allo scopo di sensibilizzare i Cardiologi delle UTIC ed in particolare quelli delle UTIC sprovviste di facilità all'interventistica, l'Area Emergenza-Urgenza, insieme al SICI-GISE, si propone di organizzare alcuni corsi di sensibilizzazione

I corsi si svolgeranno nell'ambito di 2 giornate di lavoro. Verrà posta particolare attenzione alla scelta delle terapie farmacologiche preparatorie nell'ambito del trasferimento dei pazienti tra strutture ospedaliere a diversa dotazione tecnologica e si discuterà il problema dell'utilizzo della contropulsazione

aortica anche presso strutture con UTIC senza emodinamica. Si analizzeranno i criteri gestionali per i pazienti con infarto con grave compromissione emodinamica. I corsi, che si terranno in 3 sedi al Nord, Centro e Sud dalla fine del 2004, vedranno la partecipazione di 50-60 cardiologi ospedalieri ed emodinamisti per incontro. La tematica dello shock nell'IMA sarà trattata in un position paper comune.

#### **b) La terapia di facilitazione**

La questione di quale siano le scelte di terapia farmacologica da preferire nei 90 minuti che precedono l'angioplastica in emergenza nell'IMA è tutt'ora aperta. Gli studi attualmente in corso su questo problema terapeutico porteranno nuove evidenze, ma nel frattempo è ragionevole tendere verso protocolli omogenei, basati sulle evidenze finora disponibili. Allo scopo di avviare un confronto su questa tematica un Learning intramurario organizzato insieme al SICI-GISE nel mese di ottobre 2004 sarà l'occasione di un approfondimento e di una discussione analitica.

A partire da questo lavoro sarà curata la pubblicazione di un position paper comune.

#### **Il percorso del dolore toracico**

Il percorso intraospedaliero del dolore toracico rappresenta uno degli snodi più delicati del processo di cura dei pazienti con sospetta sindrome coronarica acuta, assorbendo una notevole quantità di risorse e non essendo ancora stato sistematizzato in modo organico nel nostro Paese. Il tema è squisitamente pluridisciplinare e può quindi essere affrontato con successo solo attraverso la collaborazione delle Società Scientifiche cointeressate.

L'Area Emergenza-Urgenza ha avviato una collaborazione con la SIMEU per arrivare alla condivisione di protocolli articolati per diverse tipologie di strutture ospedaliere: la collaborazione si è concretizzata nella formazione di una Commissione Nazionale congiunta che inizierà i lavori a partire dal Congresso Nazionale dell'ANMCO, passando per una inchiesta sugli assetti organizzativi degli ospedali italiani relativamente al dolore toracico, per arrivare ad un documento comune di indirizzo.

#### **I corsi di Formazione BLS-D ACLS**

Negli ultimi anni l'ANMCO ha svolto una importante attività nel campo della formazione attraverso i corsi BLS-D ed ACLS organizzati dal Gruppo di lavoro che fa capo al Coordinatore organizzativo Giuseppe Fradella, al Coordinatore Scientifico Danilo Neglia ed ai Coordinatori BLS-D, ACLS e PBLIS rispettivamente Maurizio Burattini, Fabrizio Bandini ed Eliseo Ciccone.

Attualmente l'importante attività svolta e l'elevato livello qualitativo dei corsi sono testimoniati dalle prospettive di accordi di collaborazione con l'American Heart Association e dalla prossima strutturazione di corsi di Clinical Competence per i Cardiologi delle UTIC, da realizzare in collaborazione con il Board dell'Area Emergenza-Urgenza.



## ARIA DI PRIMAVERA

*L'Area Malattie del Circolo Polmonare sembra essere decollata. La primavera tardivamente esplosa porta con sé una serie di iniziative culturali*

### Iniziative in cantiere

Molte le iniziative messe in cantiere: individuazione dei Referenti Regionali; programmazione dell'attività a livello periferico con supporto bibliografico e di materiale didattico-formativo; progettazione di uno studio osservazionale (BLITZ-EP); sostegno allo studio WARFASA, ecc.

Accanto a questi progetti che richiedono un'ulteriore messa a punto, si attende

una partecipazione più consistente da parte di tutti gli iscritti all'Area.

Altre iniziative sono già state messe in volo.

### E-Learning: "La gestione clinica dell'embolia polmonare"

Innanzitutto l'Area ha dato un fondamentale contributo ad un progetto da tempo ideato dal Coordinatore della Commissione per il sito WEB ANMCO, Carlo D'Agostino, dedicato alla formazione a distanza su "La gestione clinica dell'embolia polmonare", il primo corso interamente on line or-

ganizzato dall'ANMCO, realizzato dalla QUBIsoft con il supporto di Boehringer Ingelheim.

Il corso comprende i seguenti argomenti:

- epidemiologia ed inquadramento clinico (C. D'Agostino)
- significato degli esami strumentali (F. Casazza)
- strategie diagnostiche (G. Favretto)
- terapia anticoagulante e trombolitica (P. Zonzin)
- embolectomia e filtri cavali (L. Roncon)
- profilassi del tromboembolismo venoso (G. Agnelli)

Si propone di approfondire le attuali conoscenze in riferimento alle più recenti Linee Guida nazionali ed internazionali mediante l'utilizzo di tecniche semplici ma efficaci di formazione a distanza. Capitoli interattivi, casi clinici a scelte multiple, bibliografia, materiale scaricabile e test di comprensione aiuteranno il medico ad impratichirsi con le nuove modalità di aggiornamento.

Il corso sarà on line da giugno 2004.

L'iscrizione può essere effettuata sui siti [www.anmco.it](http://www.anmco.it) e [www.infarto.it](http://www.infarto.it).



Giovanni Segantini,  
Primavera sulle Alpi, 1897

CONSULTA ANCHE:

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

### **IPERTENSIONE POLMONARE CORSO MURALE A FIRENZE**

Il 29 aprile 2004 si è svolto nella sede ANMCO di Firenze un corso murale dal titolo "L'ipertensione polmonare. Background e percorso diagnostico terapeutico" con il seguente programma:

*Moderatori: Pietro Zonzin (Rovigo),  
Franco Casazza (Milano)*

#### **INTRODUZIONE E ASPETTI PATOGENETICI**

Basi genetiche dell'ipertensione polmonare primitiva (*E. Arbustini, Pavia*)

La patogenesi della malattia tromboembolica (*A. Perkan, Trieste*)

Discussione

#### **IL PERCORSO DIAGNOSTICO**

Il ruolo del cardiologo (*S. Ghio, Pavia*)

Il ruolo del pneumologo (*M. Sofia, Napoli*)

Discussione

#### **PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DI CASI CLINICI**

##### **MALATTIE A RISCHIO**

Necessità di screening: in reumatologia, pneumologia, infettivologia (*C. Campana, Pavia*)

Discussione

##### **IL PERCORSO TERAPEUTICO**

La valutazione emodinamica ed i tests di vasoreattività (*N. Galiè, Bologna*)

La terapia farmacologica (*C.D. Vizza, Roma*)

La tromboendoarteriectomia polmonare ed il trapianto (*A.M. D'Armini, Pavia*)

Discussione

#### **PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DI CASI CLINICI**

### **EMBOLIA ED IPERTENSIONE POLMONARE A ROVIGO**

A Rovigo giovedì 10 giugno è programmato un corso di aggiornamento, gratuito, dedicato a "Embolia ed ipertensione polmonare" promosso dall'ANMCO Veneto in Collaborazione con l'Area. Il programma è il seguente:

*I Sessione: Embolia Polmonare Acuta  
Moderatori: M. Guarnerio (Feltre - Belluno),  
M. Morpurgo (Milano)*

14.00 Registrazione dei partecipanti

Questionario iniziale

14.30 Percorsi diagnostici  
(*G. Favretto, Treviso*)

14.45 Stratificazione prognostica  
(*F. Casazza, Milano*)

15.00 Terapia farmacologica e non  
(*P. Zonzin, Rovigo*)

15.20 Discussione

*II Sessione: Ipertensione Polmonare  
Moderatori: G.L. Nicolosi (Pordenone),  
P. Zonzin (Rovigo)*

16.20 Classificazione e inquadramento clinico (*A. Perkan, Trieste*)

16.40 Diagnostica ecocardiografica  
(*S. Ghio, Pavia*)

16.55 Ruolo dell'angiografia e della TC  
(*L. Roncon, Rovigo*)

17.10 Tests di vasoreattività e terapia farmacologica (*C.D. Vizza, Roma*)

17.25 Terapia chirurgica (*A. M. D'Armini, Pavia*)

17.40 Aspetti normativi ed organizzativi  
(*L. Milani, S. Donà - Venezia*)

18.00 Discussione

Questionario finale

Per le iscrizioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa: I&C - Via Andrea Costa, 2 40134 Bologna - Tel. 051.614.4004 Fax 051.614.2772 - e-mail: [posta@iec-srl.it](mailto:posta@iec-srl.it)

***Infine non mancate all'Assemblea degli iscritti all'Area MCP  
lunedì 24 maggio 2004 dalle 15.30 alle 17.00,  
nella sala Modigliani alla Fortezza da Basso  
in occasione del XXXV Congresso Nazionale ANMCO.***



## BENVENUTI AL CARDIONURSING 2004

**C**ome è tradizione, questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" coincide con il nostro annuale appuntamento al Cardionursing,

I numeri dell'Area Nursing si fanno sempre più grandi, e quest'anno toccano i 2.600 iscritti al Congresso: la tabella che segue (fig. 1) mostra una sostanziale impennata negli ultimi due bienni, e questa straordinaria ed imponente partecipazione ci sprona a continuare sulla strada intrapresa, con la consapevolezza che, con il contributo di tutti, si possa riuscire a fare ancora di più e soprattutto a colmare alcune lacune che si vanno evidenziando.

Tra queste, il problema, da più parti sollevato, del difetto di comunicazione fra "centro" e periferia. La "regionalizzazione" dell'Area Nursing, come realizzata fino ad oggi, non ha prodotto, o almeno non in tutte le Regioni, i risultati attesi. I Presidenti regionali (i Cardiologi) e i Referenti regionali (gli Infermieri) non in tutte le realtà sono riusciti a coagulare gruppi, a sostenere iniziative, ma soprattutto a mantenere il giusto contatto con il "centro", a sua volta, evidentemente, colpevole per non essere riuscito a realizzare una efficace trasmissione.

Ritengo giusto, quale Chairman dell'Area

Nursing in via... di "estinzione", assumere la responsabilità di questo stato di cose, consegnando al nuovo Comitato di Coordinamento, che si formerà alla fine dell'anno in corso, l'onere

di affrontare e verosimilmente risolvere questo problema.

In proposito, invito tutti coloro che leggono questo numero della rivista in sede congressuale ad intervenire alla Riunione di Area, prevista per domenica 23 maggio, durante la quale sarà affrontata specificamente la problematica dei collegamenti all'interno degli iscritti all'Area.

Ma veniamo alle nuove iniziative: nei prossimi mesi, tutti coloro che già sono iscritti all'Area Nursing e posseggono un indirizzo di posta elettronica e tutti coloro che si iscriveranno per la prima volta all'Area Nursing, compilando il Form in calce all'articolo e specificando la loro e-mail, riceveranno, a mezzo posta elettronica, la **Newsletter dell'Area Nursing**. Sarà un'occasione per informare tutti gli iscritti sull'attività dell'Area, sui progetti in corso, sulle proposte e sugli eventi delle singole Regioni, e conterrà anche una parte "scientifico-culturale" mediante la divulgazione e il commento degli articoli di più significativo interesse comparisi sull'**European Journal of Cardiovascular Nursing**: si tratta di una rivista di recente costituzione, a cui il Comitato di Coordinamento ha sottoscritto un abbonamento on-line.

Ci è sembrato opportuno, vista la grandezza numerica dell'Area Nursing, allargare i nostri orizzonti con uno sguardo a quello che si fa e si dice, in Europa, in tema di Nursing Cardiovascolare.

Per il resto, ovvero per i progetti e le iniziative in corso, e per identificare i "canali" di comunicazione con la Segreteria ANMCO e con i componenti del Comitato di Coordinamento, vi invito a "visitare" il sito web nella pagina dedicata all'Area Nursing ([www.anmco.it/attività/aree/area-nursing](http://www.anmco.it/attività/aree/area-nursing)).





## 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

### Area Nursing 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 \_\_\_\_\_ E-MAIL REPARTO \_\_\_\_\_

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

### Vuoi ricevere la Newsletter dell'Area?

Si  No

Se sì, indica in stampatello il tuo indirizzo di posta elettronica

.....

#### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 196/2003 (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. 196/2003. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono il Centro Servizi ANMCO 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. 196/2003, 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 ai sensi della L. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO e Centro Servizi ANMCO 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 \_\_\_\_\_

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



## L'AREA NURSING: IL "MIO" BILANCIO

**C**on i prossimi mesi questo Comitato di Coordinamento concluderà il proprio mandato. In questa fase, è quasi inevitabile proporre un bilancio dell'attività svolta ed alcune riflessioni sulle possibili linee di sviluppo per l'Area Nursing in così forte fermento ed evoluzione.

Per quanto mi riguarda, questa è stata un'esperienza non facile, ma estremamente ricca e stimolante. Mettermi al servizio di col-



leggi, lavorando per rendere evidente la professione infermieristica cercando di valorizzarne i risultati, mi ha costretta a mettermi in continuo apprendimento e qualche volta (spesso) mi sono resa conto di avere molta strada da percorrere.

Il confronto con i colleghi, sia all'interno del Comitato sia nel momento dei Congressi, ha costituito la risorsa più preziosa per ca-

pire quale potesse essere il contributo che avrei potuto dare.

Credo che essere parte attiva nell'ANMCO e, nella fattispecie, in seno all'Area Nursing, riconosca quale "Mission" l'essere strumento per accompagnare i cambiamenti in atto nella professione e nelle organizzazioni.

Durante questo mandato abbiamo cercato di proporre iniziative volte a coniugare il nuovo concetto di professionalità infermieristica con la domanda di salute in costante evoluzione; abbiamo cercato di essere attenti a tutto ciò che stava cambiando, raccogliendo dati all'interno delle nostre realtà riportando il tutto nelle riunioni del Comitato di Coordinamento, cercando di essere interpreti dei bisogni formativi dei colleghi. La richiesta di formazione negli ultimi anni è molto aumentata e richiede risposte sempre più sofisticate; penso però che, parallelamente alle proposte formative, sia estremamente importante che l'Area Nursing proponga iniziative di ricerca multicentriche che, coinvolgendo i colleghi su ampia scala, favoriscano la crescita professionale e nel contempo contribuiscano a definire e rendere evidenti i risultati di assistenza infermieristica. Sarà necessario mantenere forti i collegamenti con la Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. e con le Società Scientifiche presenti in ambito europeo, per acquisire stimoli che aiutino ad individuare proposte innovative, utili all'infermiere che prende in carico il paziente cardiologico. L'auspicio per i prossimi anni è che l'Area Nursing continui nel suo impegno di aiutare gli infermieri a maturare e spendere competenza e professionalità all'interno di un progetto assistenziale di qualità.

## LA III CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

### *Presentata la Carta Italiana del Rischio Cardiovascolare*

Il 15 e 16 aprile si è svolta a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità, la III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari. La collaborazione tra ANMCO-HCF e Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha, infatti, reso possibile, a distanza di cinque anni dalla precedente Conferenza, dedicata alla prevenzione della Cardiopatia Ischemica, una nuova occasione di confronto sullo stato delle malattie cardiovascolari in Italia e sulle strategie da attuare per realizzare efficaci interventi di prevenzione nella realtà assistenziale del nostro Paese.

Un'ulteriore opportunità di successo dell'evento può derivare dalla fortunata concomitanza con azioni di divulgazione e informazione sulle tematiche della prevenzione cardiovascolare, rivolte alla popolazione generale e previste nel corso del 2004, nell'ambito delle iniziative dell'"Anno del Cuore", come recentemente proclamato dal Ministero della Salute.

La Conferenza si è svolta in quattro sessioni, ognuna delle quali dedicata ad una delle quattro componenti nelle quali, attualmente, si articola la strategia della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Nella prima sessione, dedicata all'epidemiologia, sono state presentati i più recenti dati sui trend di malattia e sull'andamento dei fattori di rischio in Italia, derivati dagli studi di coorte in corso e dalla preziosa esperienza dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, che, realizzato grazie alla collaborazione tra ANMCO e ISS, ha fornito importanti informazioni



**J.W. Baur, Prospetto di Villa Borghese, 1636**

sulla distribuzione dei fattori di rischio e sulla prevalenza di malattia nelle diverse macroregioni del nostro Paese.

È stata poi sottolineata la necessità di costruire sistemi di sorveglianza, su scala nazionale, che consentano di monitorizzare l'andamento delle malattie cardiovascolari nel tempo e la loro ricaduta in termini di mortalità, di morbosità ospedaliera, nonché di valutare i costi della diagnosi e del trattamento della malattia.

Nonostante la diffusione della patologia, non esiste, purtroppo, ad oggi nel nostro Paese un sistema nazionale di sorveglianza delle MCV. Non è infatti noto, su scala nazionale, né il numero assoluto, né i tassi di attacco e di incidenza per gli eventi coronarici (EC) e gli accidenti cerebrovascolari (ACV) non fatali.

A questa prima parte ha fatto seguito una sessione dedicata alle strategie di popolazione, nella quale è stato affrontato in apertura il tema delle strategie di comunicazione, con una approfondita riflessione sulle più opportune modalità di intervento, seguito dalle proposte per un'azione efficace in realtà specifiche e peculiari, come la scuola ed i luoghi di lavoro.

Sono stati, successivamente, trattati gli





**Gian Lorenzo Bernini, Apollo e Dafne, 1622-1625**  
Roma, Galleria Borghese

*... la ninfa appare in fuga in un crescendo della sua metamorfosi: la corteccia ne avvolge ormai gran parte del corpo, ma la mano di Apollo, narrata nelle Metamorfosi di Ovidio (I, 450-567), sotto il legno di allora sente ancora il battito del cuore.*

*La presenza di questa favola pagana nella casa del Cardinale Maffeo Barberini futuro Papa Urbano VIII venne giustificata da un moraleggiante inciso scritto sulla base, che recita: "chi ama seguire le fuggenti forme dei divertimenti, alla fine si trova foglie e bacche amare nella mano".*

aspetti relativi al problema del ritardo decisionale, sottolineando le modalità operative attraverso le quali ottenerne una riduzione; mentre, a seguire, sono stati proposti, con forza, i vantaggi di un intervento di prevenzione che veda un coinvolgimento attivo, anche, del cittadino. L'ultimo tema della sessione prevedeva il trattamento degli aspetti normativi attualmente esistenti in prevenzione cardiovascolare, che rientrano nella cosiddetta strategia della Health Protection.

La prima giornata si è conclusa con il saluto inaugurale del Presidente dell'ISS e la presentazione da parte del Dott. Iadicco, per il Ministero della Salute, del progetto "Alleanza per il Cuore" e delle prospettive di azione nell'ambito dell'Anno del Cuore.

Nella terza sessione dedicata alla strategia dell'alto rischio, è stata presentata, per la prima volta in una sede scientifica ufficiale, la nuova Carta del Rischio Cardiovascolare Italiana, che, come noto, stima la probabilità di eventi cardio e cerebrovascolari nei suc-

cessivi 10 anni nella popolazione italiana di entrambi i sessi. Si ha, così, finalmente, a disposizione uno strumento costruito sulla base di dati provenienti interamente da coorti recenti italiane, che consente di eliminare tutti i dubbi e le incertezze connesse con l'impiego di carte del rischio che, utilizzando funzioni derivate da database nordamericani, espongono alla possibilità di una soprastima del rischio stesso per popolazioni dell'area mediterranea. In tale sessione sono stati successivamente trattati alcuni aspetti di grande rilevanza per la strategia individuale del soggetto ad alto rischio, quali il ruolo del medico di medicina generale e della medicina di opportunità, i compiti del cardiologo, ma anche la funzione istituzionale dell'organo regolatore e l'uso di strumenti efficaci, ma poco utilizzati come il counseling motivazionale.

Gli strumenti per un efficace intervento di prevenzione secondaria sono stati proposti nella quarta ed ultima sessione, con particolare riferimento alla carta del rischio nel post-infarto, ai problemi connessi con la politerapia, ma anche al trattamento non farmacologico ed alla sempre crescente rilevanza del ruolo del Nursing nella gestione del paziente affetto da malattia cardiovascolare.

La Conferenza si è conclusa con una animata tavola rotonda, nella quale tutte le principali componenti scientifiche ed istituzionali, attive nel campo della prevenzione cardiovascolare, hanno espresso la propria posizione in un clima di collaborazione finalizzato al raggiungimento di strategie di intervento quanto più possibile comuni.

Gli atti della Conferenza, comprensivi delle relazioni, del dibattito scaturito nelle discussioni, dei contributi della tavola rotonda e di un documento di indirizzo conclusivo saranno disponibili, come Supplemento dell'Italian Heart Journal, in occasione del prossimo Congresso ANMCO.



## LE INIZIATIVE DELL'AREA SCOMPENSO NEL CAMPO DELLA FORMAZIONE

*L'Area Scopenso continua a manifestare una forte vitalità culturale ed un crescente fermento organizzativo in tema di attività formativa*



*La ricca attività in tema di formazione svolta dall'Area Scopenso interpreta in modo pieno lo spirito dell'ANMCO, che vede uno stretto legame tra tutti i componenti della nostra Associazione Scientifica*

**N**el corso di questo biennio sono in programma tre importanti manifestazioni di carattere formativo, a carattere nazionale, rivolte a tutte le figure professionali impegnate nella diagnosi, nell'assistenza e nella terapia dei pazienti con scompenso cardiaco. La prima di queste, lo **"Scompenso Cardiaco a Funzione Sistolica Conservata"** che ha già visto la realizzazione di varie giornate in molte regioni, riguarda un tema poco conosciuto, ma di forte impatto epidemiologico e clinico. Infatti a fronte di numerosi contributi della letteratura internazionale e nazionale,

ancora non vi è chiarezza sull'esistenza e sulla corretta diagnosi di tale forma fisiopatologica di scompenso cardiaco.

L'iniziativa, che vede nuovamente insieme la nostra Associazione Scientifica e la FADOI in un progetto di aggiornamento sullo scompenso cardiaco di grande portata, ha un taglio prevalentemente pratico e coinvolge in modo prioritario le figure professionali specialistiche (cardiologi, internisti e geriatri ospedalieri e del territorio) che maggiormente sono impegnate nella gestione dei pazienti affetti da questa patologia. Partendo dal concetto di scompenso con funzione sistolica conservata (o scompenso "diastolico"), si è cercato di definirne la rilevanza epidemiologica e di sottolinearne le molteplici caratteristiche ultrastrutturali, morfologiche e fisiopatologiche nonché l'iter diagnostico e le modalità di trattamento.

Tutte le riunioni svolte fino ad oggi hanno avuto un altissimo valore culturale con buona partecipazione di pubblico.

La seconda iniziativa che vedrà la sua partenza immediatamente prima del Congresso ANMCO in tre città italiane, è stata progettata e realizzata congiuntamente con l'Area Management & Qualità ed ha come tema fondamentale il **"Management Organizzativo ed Assistenziale dei pazienti con Scompenso Cardiaco"**.

Il tema è di grande attualità: numerose esperienze di carattere gestionale ed assistenziale vengono descritte nella letteratura internazionale e non poche iniziative sorgono in varie regioni italiane.

Al fine di diffondere in modo capillare e generale i principi ispiratori e le linee di condotta che emergono dal nostro Documento sull'organizzazione in rete integrata della Cardiologia, recentemente pubblicato sull'Italian Heart Journal, è stata organizzata una serie di conferenze in tutta Italia che avranno lo scopo diretto di fare il punto sugli aspetti organizzativo-gestionali e clinici della patologia, ma anche di presentare una esemplificazione di modello gestionale basato su rete integrata dei servizi territoriali ed ospedalieri, nel trattamento di una patologia cardiaca cronica quale lo scompenso cardiaco.

È necessario pertanto che nelle riunioni Regionali venga garantita la presenza delle Istituzioni Regionali cui deve essere indirizzata in ultima analisi la nostra proposta organizzativa. Il programma dei workshop regionali prevede considerazioni sulla farmaco-economia, sull'epidemiologia dello scom-

penso cardiaco sia nella globalità del nostro Paese che nelle singole regioni, per passare successivamente al ruolo delle diverse figure professionali coinvolte nella gestione dei pazienti: dal cardiologo all'internista al medico di famiglia ed all'infermiere, nelle diverse realtà assistenziali esistenti. Infine ampio spa-



Una significativa traccia nel deserto

zio viene lasciato alla esposizione di esperienze locali sia di tipo assistenziale che diagnostico e terapeutico.

L'ultima iniziativa formativa è il progetto educativo sul beta blocco nello scompenso cardiaco denominato **“BRING OUT: Beta-blockers Implementation proGram In OUT-patient with heart failure”**.

Il progetto che prevede una serie di conferenze in tutta Italia, mette in atto interventi indirizzati a tutte le figure professionali impegnate nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, in modo da “portare fuori” dall'ambito ultraspecialistico la cultura del beta-blocco nello scompenso cardiaco, incrementandone in modo appropriato l'u-

tilizzo secondo quanto consigliato dalle Linee Guida e dalla buona prassi clinica.

La campagna educativa nazionale sul beta-blocco nello scompenso cardiaco, che si svolgerà, analogamente alle due precedenti iniziative sotto forma di quindici riunioni scientifiche a carattere regionale, è prevalentemente rivolta alle figure professionali che non hanno ancora maturato un sufficiente grado di confidenza con tale strumento terapeutico.

Il programma per tale motivo, ha un taglio prevalentemente pratico prevedendo la discussione, mediante illustrazione di casi clinici, dei punti salienti del trattamento con beta-bloccanti: l'inizio della terapia, le modalità di incremento del dosaggio, la condotta da seguire in caso di comorbidità e di peggioramento delle condizioni di compenso. Tutti i progetti hanno richiesto un importante sforzo organizzativo da parte dei rispettivi comitati scientifici: si tratta infatti di programmi educativi da diffondere su tutto il territorio nazionale ad un'ampia platea di medici.

Lo spirito dei vari comitati scientifici che hanno elaborato i programmi è stato quello di fornire messaggi efficaci, scientificamente ineccepibili che potessero avere una ricaduta nella pratica clinica quotidiana di ciascuno, nel pieno rispetto della tradizione di tutte le iniziative dell'ANMCO.

La realizzazione pratica del progetto spetta ora ai Soci delle varie delegazioni regionali, spetta cioè a tutti i membri della nostra Associazione, che nelle rispettive sedi avranno modo di rielaborare ed esporre i temi proposti alla luce della propria esperienza e realtà.

Credo che il precedente e l'attuale comitato di coordinamento dell'Area Scompenso, nella progettazione di queste iniziative abbia pienamente realizzato il mandato ed interpretato lo spirito dell'Area che prevede uno stretto legame tra tutte le

CONSULTA ANCHE:

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

componenti dell'Associazione. I tre progetti sono di alto profilo per cui confidiamo nell'attiva partecipazione e nell'entusiasmo che sempre caratterizza le iniziative formative promosse dalla nostra Associazio-

ne. Per un ulteriore approfondimento sia di tipo scientifico che organizzativo e pratico vi attendiamo numerosi all'Assemblea dell'Area Scompenso al prossimo Congresso.

## LO SCOMPENSO CARDIACO: DOPO 70 ANNI LA SFIDA CONTINUA

di Maurizio Porcu

*Per secoli abbiamo considerato lo scompenso cardiaco come una sindrome ineluttabilmente evolutiva, gravata da sintomi e segni contro i quali non avevamo che trascurabili rimedi.*

*Sono passati solo settant'anni da quando i Maestri ci esortavano ad usare con cautela la digitale e lo strofanto e a considerare con grande attenzione la novità dell'epoca, rappresentata dai diuretici mercuriali. In pochi decenni abbiamo acquisito sbalorditive conoscenze nel campo della fisiopatologia. Raffinate tecniche diagnostiche, oramai di ampio utilizzo clinico, consentono di svelare anche le fasi presintomatiche della sindrome, definendone i poliedrici aspetti morfologici. Riusciamo spesso a penetrare fin nei recessi più reconditi della fibrocellula muscolare cardiaca e ad identificare le alterazioni del genoma che sottendono diverse patologie muscolari. Sostanziate terapie farmacologiche, elettriche e chirurgiche hanno reso quasi obsoleti i quadri anasarcati d'antica memoria ed hanno migliorato in modo sostanziale la qualità di vita e la prognosi. Tuttavia l'epidemia avanza e lo scompenso cardiaco, lungi dall'essere prossimo alla sconfitta, continua a rappresentare una sfida estremamente attuale ed impegnativa per i clinici ed i ricercatori della nostra generazione.*



Appunti di Michele Bovenzi tratti dalle lezioni del Prof. Luigi Condorelli, 1937



Prof. Luigi Condorelli

## NEWS DA ANMCO ABRUZZO

*a cura del Consiglio Direttivo Regionale*

Il 15 marzo scorso si è tenuta l'assemblea elettiva dei Soci della Regione che ha visto un ampio rinnovamento del Consiglio: sono subentrati ai Consiglieri uscenti i Colleghi Mauro Cionci, Giuseppe D'Orazio, Pietro Di Sabatino, Angelo Giannandrea, Antonio Scimmia, mentre sono stati riconfermati Massimo Pasquale ed Angelo Vacri. Quest'ultimo, in una successiva Riunione del Consiglio eletto, tenutasi il 20 marzo, è stato confermato Presidente Regionale.

Si è convenuto, inoltre, di riunirsi nuovamente appena dopo il Congresso Nazionale per definire le linee operative del prossimo biennio, che si presenta sicuramente per noi tutti estremamente impegnativo, sia per i cambiamenti che si preannunciano nella sanità abruzzese, come del resto in quella nazionale, sia per la prossima elaborazione del 3° Piano Sanitario Regionale.

Il 17 aprile u.s. si è tenuta a Montesilvano, per iniziativa del Direttivo, una riunione dei Direttori delle U.O. di Cardiologia, dei Responsabili provinciali del 118 e dei Laboratori di Emodinamica, per discutere e valutare proposte correttive e migliorative della delibera regionale riguardante l'organizzazione della rete regionale per l'emergenza cardiologica, di cui si è data notizia nel precedente numero del nostro notiziario.

Alla riunione hanno partecipato il Presidente Regionale della SIC, Prof.ssa Maria Penco, il Dott. Costantino Nieddu, Dirigente dell'Assessorato alla Sanità, responsabile del settore dell'emergenza, ed il Dott. Alberto Deales, dell'Agenzia Sanitaria della Regione Marche, che ha portato il contributo dell'esperienza maturata nell'istituzione della rete per l'emergenza cardiologica marchigiana.

I dettagli e le conclusioni di questa riunione saranno oggetto di una newsletter che a breve sarà inviata a tutti i Soci della nostra Regione. Ai Consiglieri uscenti Luciano Fagagnini, Giacomo Levatesi, Aldo Mariani, Antonio Mobilij ed Alfonso Valerio un doveroso ringraziamento per l'impegno e la passione dimostrata nello svolgimento del loro mandato.

**Eventi formativi**

Ricordo a tutti gli interessati a partecipare agli eventi del Piano formativo ANMCO 2004 che l'iscrizione via Web ([www.anmco.it](http://www.anmco.it)) prevede una minor quota d'iscrizione; le scadenze per quelli che si svolgeranno nella nostra Regione sono: 27 maggio (evento medico) e 17 agosto (evento infermieristico).



**Avezzano (L'Aquila)**

## I RICOVERI PER SCOMPENSO CARDIACO IN FRIULI VENEZIA GIULIA

Gruppo di lavoro sullo Scompensamento Cardiaco.

M.C. Albanese, R. Cesanelli, A. Di Lenarda, G. Giuliano, M. Iacono, D. Miani,  
D. Pavan, R. Piazza, O. Vrizz, M. Werren, G. Zilio

*Utilizzando i dati forniti dall'Agenda Regionale della Sanità vengono analizzate alcune variabili inerenti lo scompensamento cardiaco in Friuli Venezia Giulia nel periodo 1997-2001 e descritte le esperienze gestionali in atto*

**G**razie al contributo del Dott. Luca Lattuada dell'Agenda Regionale della Sanità ci è stato possibile fotografare il fenomeno scompensamento cardiaco (SC) in Friuli Venezia Giulia relativamente al periodo 1997-2001. Nella Regione Friuli Venezia

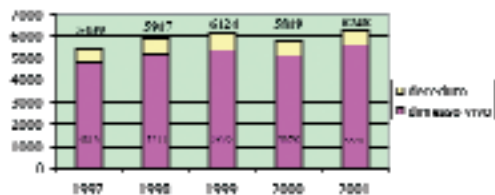
Giulia sono state recentemente pubblicate alcune analisi relative all'impatto dei ricoveri per SC nelle strutture cardiologiche ed internistiche. Attraverso l'utilizzo del DRG 127 (insufficienza cardiaca o shock) sono stati ricavati alcuni dati epidemiologici di interesse relativi a questa patologia nella Provincia di Trieste, dove il fenomeno del progressivo invecchiamento della popolazione generale è particolarmente accentuato. Sono stati valutati l'epidemiologia e l'outcome dei ricoveri per DRG 127 nella provincia di Trieste dal 1997 al 2000 (5.556 ricoveri e 69.236 giornate di degenza totali), utilizzando come strumento d'analisi la banca dati del Sistema Informativo Sanitario Regionale. Il DRG 127 è risultato responsabile del 2.6% del totale dei ricoveri e del 4% di tutte

le giornate di degenza, nonché la prima causa di ricovero per DRG medici (18.8% e di ricovero e giornate di degenza per DRG cardiovascolari (27.5 e 40.5%, rispettivamente). Il 72% dei pazienti ricoverati per DRG 127 aveva più di 75 anni. Nel 1997, una media di 4 ogni 1.000 residenti della provincia di Trieste è stata ricoverata per DRG 127 (4.6 ricoveri e 63 giornate di degenza/1000 abitanti). Nel corso dei 4 anni analizzati, il numero dei ricoveri per DRG 127 è aumentato del 20.4%, quello delle giornate di degenza dell'11.1% e la relativa spesa sanitaria del 36.7%. La gran maggioranza (89%) di questi pazienti è stata ricoverata in reparti di Medicina o Geriatria. La sopravvivenza intraospedaliera, a 1, 2 e 3 anni dal primo ricovero ospedaliero per scompensamento cardiaco è stata, rispettivamente, del 92, 80, 68 e 56%. La cardiopatia ischemica si è dimostrata l'eziologia con il maggiore impatto prognostico con una sopravvivenza a 3 anni del 44%. La prognosi è risultata in ogni caso significativamente influenzata dall'età dei pazienti, indipendentemente dall'eziologia della malattia.

Dai dati ISTAT del 2001 risultano risiedere nella Provincia di Udine 510.840 soggetti (su una popolazione regionale di 1.183.764) di cui 95.030 in Udine città. La percentuale residente di età superiore a 65 anni è del 20,58%, con un indice di vecchiaia del 177 (media nazionale 131). Il Dipartimento di Scienze Cardiovascolari dell'Ospedale S. Maria della Misericordia è Centro riferimento Nazionale per la stratificazione al Trapianto Cardiaco a cui pertanto afferiscono pazienti affetti da SC severo provenienti da altre Regioni.

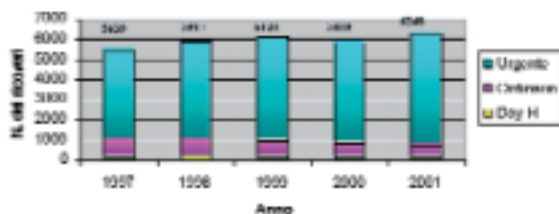
Il problema SC, per la realtà locale, è stato affrontato partendo da una indagine epidemiologica eseguita dalla Cardiologia nel 1999 che ha evidenziato come il 97% dei pazienti con diagnosi Scompensamento venisse ricoverato in Medicina.

### Esito dei Ricoveri per DRG 127 in FVG (1997-2001)



Il numero dei ricoveri per DRG 127 nella Regione Friuli Venezia Giulia è aumentato dal 1997 al 2001 del 14.9% (+609 ricoveri). La percentuale di pazienti deceduti nei 5 anni di osservazione (media 11.8%), dopo una fase di crescita dal 1997 al 2000 (dal 11.4 al 12.8%), si riduce nel 2001 al 10.5%. Tale percentuale risulta comunque nettamente superiore a quella registrata nello studio Temistocle su 2127 ricoveri per scompenso cardiaco in Italia nel 2000 (5.6%).

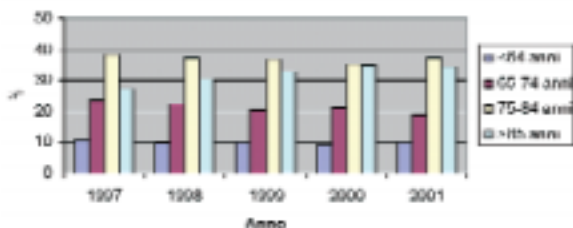
### Tipologia dei Ricoveri per DRG 127 in FVG (1997-2001)



La percentuale di ricoveri per scompenso cardiaco classificati come "urgenti" varia dal 82.2% (1997) all'88.4% (2001). Nello studio Temistocle la percentuale è risultata del 90.6%.

La percentuale dei DH è di poco superiore al 2% senza sostanziali variazioni nei 5 anni di osservazione

### Classi di età e Ricoveri per DRG 127 in FVG (1997-2001)



Dal 1997 al 2001 non sono emerse sostanziali variazioni nella percentuale di pazienti ricoverati per DRG 127 nelle classi di età (<64, 65-74 e 75-84 anni). Al contrario, l'aumento del 14.9% del totale dei ricoveri per DRG 127 è da ascrivere solamente all'aumento registrato nella classe di età >85 anni (dal 27.5% al 34.2%: +640 ricoveri, +24.3%).

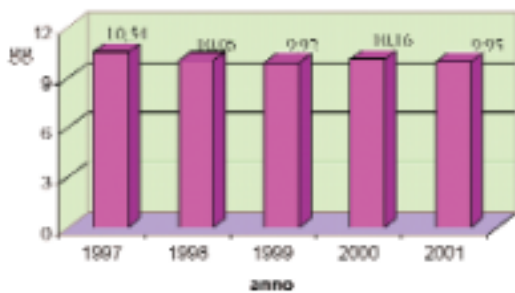
Nel 2002 è stato elaborato ed accettato dalla Direzione Generale un progetto operativo coordinato dalla Cardiologia con il coinvolgimento degli Internisti Ospedalieri e del Distretto. L'idea di base è che il punto di partenza per l'impostazione terapeutica, diagnostica ed educativa debba essere iniziata nel paziente ricoverato e rispettivamente completata, eseguita e rafforzata nel follow-up. Partendo dall'esperienza accumulata con l'Ambulatorio scompenso cardiologico inserito nella rete IN-CHF dal 1995, dall'ottobre 2003 è in funzione un ambulatorio Scompenso Interdipartimentale coordinato dalla Cardiologia, in cui lavorano Cardiologi ed Internisti, prima parte del Progetto. È inoltre entrato in funzione, nello stesso periodo un ambulatorio territoriale di continuità Assistenziale per lo Scompenso coordinato da un Cardiologo del Territorio il cui personale medico ed infermieristico utilizza i protocolli dell'ambulatorio Scompenso Ospedaliero, cui vengono riferiti i pazienti stabili residenti nel Distretto e che più facilmente, rispetto alla realtà ospedaliera, è in grado di interagire con i MMG, l'ADI, l'assistenza sociale ecc.). Ambedue gli ambulatori si sforzano di essere aperti (segreteria telefonica, contatti diretti con il MMG). Il progetto prevede ulteriori sviluppi organizzativi sia a livello territoriale che ospedaliero.

Al 31/12/2002 risultano risiedere nella Provincia di Pordenone 2.977 (1.575 femmine e 1.402 maschi) persone affette da SC documentato da una diagnosi ospedaliera (10,4 per 1.000 abitanti).

I ricoveri ripetuti entro l'anno oscillano intorno al 20%. La durata media della degenza risulta in tendenziale declino,

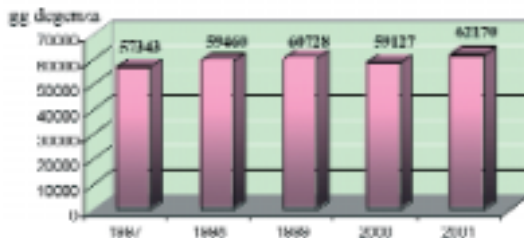
passando da 11,1 giorni nel 2000 a 10,3 nel 2002. La mortalità intraospedaliera oscilla intorno al 16-17%. Molto elevata, anche in considerazione dell'età avanzata dei pazienti (84% età > 70 anni; 52% età > 80 anni; età media 79 anni), è la mortalità cumulativa entro 6 mesi (33,2%) e ad 1 anno (41,0%) dalla dimissione. La gestione del paziente con SC nella Provincia di Pordenone presuppone la corretta diagnosi e l'identificazione della cura a lungo termine come una rete di percorsi, legati all'età del paziente, all'etiologia ed alla gravità della malattia, median-

**Degenza media dei Ricoveri per DRG 127 in FVG**



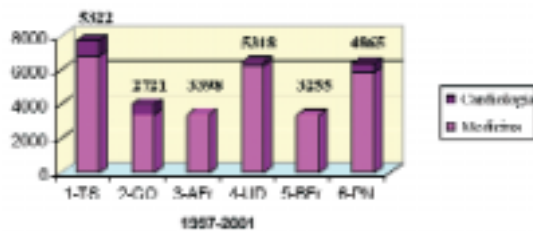
Nei 5 anni di osservazione la degenza media dei ricoveri ospedalieri per DRG 127 si è lievemente ridotta (da 10.54 a 9.95 giorni, -5.6%). Tale valore risulta inferiore a quello registrato nello studio Temistocle che risultava di 11.5 giorni nelle Medicine e di 10.5 giorni nelle Cardiologie.

**Giornate di Degenza Totali per DRG-127 in FVG (1997-2001)**



In linea con il dato dei ricoveri ospedalieri, il numero totale delle giornate di degenza è aumentato nei 5 anni di osservazione dell'8.4% (da 57343 a 62170 giorni).

**Rappresentazione % dei Ricoveri per DRG 127 in Cardiologia ed in Medicina in FVG**



Le differenze nel numero dei ricoveri per DRG 127 risentono della popolazione residente nelle rispettive Aziende, delle caratteristiche demografiche della popolazione e della tipologia della rispettiva offerta sanitaria (presenza o meno di una struttura cardiologica con posti letto). La percentuale di pazienti con DRG 127 ricoverati in Cardiologia (nelle Aziende in cui esiste una struttura cardiologica) varia dal 14.1 dell'Azienda I-TS al 3.7% della 4-UD.

te il consenso e integrazione fra gli operatori sanitari del Territorio e dell'Ospedale e fra Specialisti Ospedalieri.

Viene riconosciuto il ruolo essenziale del Medico di Medicina Generale (MMG), osservatore privilegiato per l'analisi del bisogno del paziente con SC per la differenziazione della domanda e della risposta.

Appare critica la disponibilità per i MMG di un supporto alla decisione per le problematiche di tipo cardiologico da parte dello specialista, effettuato anche per via telematica (teleconsulto, ecc.) al fine di evitare accessi impropri all'ospedale e di filtrare e risolvere in periferia i bisogni più semplici.

Il modello operativo locale è contestualizzato nel Dipartimento Cardiovascolare Interaziendale della Provincia di Pordenone che riconosce la centralità della figura del "paziente" e non della "prestazione" o dell'Unità o ambulatorio dedicato allo scompensato.

Le cardiologie degli ospedali che incidono sullo stesso bacino d'utenza, accettano e condividono ruoli funzionalmente diversi e complementari.

L'obiettivo comune dell'ASS 6 e dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone è quello di arrivare gradualmente alla compartecipazione al progetto di tutti gli attori coinvolti nelle varie fasi del percorso del paziente con SC, in primis i medici di medicina generale che svolgono un ruolo cruciale, in quanto rappresentano i "case-manager" ideali per questa tipologia di pazienti sotto la guida e nel contesto del DIC.

In sintesi, i dati presentati fotografano un fenomeno progressivamente crescente nonostante una lieve riduzione

della degenza media, l'aumento dei ricoveri ospedalieri ha determinato un aumento globale delle giornate di degenza totali. È noto come sia fondamentale una gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco sia all'interno dell'ospedale in collaborazione con Internisti e Geriatri che nel territorio in stretto contatto con i Cardiologi extraospedalieri ed i Medici di Medicina Generale. Nella regione FVG sono in atto molte esperienze, a basso costo, finalizzate a rendere operativo tutto questo.

## IL PIANO REGIONALE DELLA LOMBARDIA LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

*Il Direttivo regionale della Lombardia è stato rinnovato. Il Direttivo uscente ha portato a compimento alcune importanti azioni*

di Antonio Vincenti, Presidente uscente della delegazione regionale ANMCO Lombardia



### Il piano regionale per le malattie cardiovascolari

Il piano sanitario della Regione Lombardia 2002-2004 prevedeva che per tutta la problematica delle malattie cardiovascolari fosse preparato un piano ad hoc, sull'esempio del Piano oncologico, già giunto in regione alla sua seconda revisione.

È stato chiesto ed ottenuto che nella stesura del Piano Cardiovascolare fossero coinvolti i rappresentanti delle Società Scientifiche di ambito cardiologico, e segnatamente i rappresentanti della FIC, come espressione della vasta maggioranza del mondo cardiologico. Il lavoro è iniziato con la stesura dell'indice che prevedeva una prima parte sui dati epidemiologici relativi alla prevalenza ed incidenza delle malattie cerebrocardiovascolari, una

seconda parte sugli "obiettivi" fondamentali, una terza parte sulle "azioni" da intraprendere, una quarta sui "ruoli" che le varie parti devono rivestire.

Ogni parte del Piano, divisa in capitoli, è stata assegnata ad una sottocommissione, che comprendesse le principali competenze presenti in Regione sui singoli argomenti da trattare. Ogni commissione aveva un coordinatore che era incaricato di raccogliere e compendiare i vari contributi.

Una prima stesura, ampia e disorganica, era pronta prima della fine dell'anno passato. I contenuti generali del Piano sono stati presentati in una apposita riunione a Milano il 22 novembre 2003 che ha visto la partecipazione anche di alti esponenti dell'assessorato regionale. Successivamente un intenso lavoro di editing e di omogeneizzazione ha portato ad una versione semi-definitiva, che si è resa disponibile verso la fine di marzo, e che ora dovrà essere presentata al vaglio dei politici regionali per la approvazione e pubblicazione.

La componente ANMCO, in collaborazione con i Soci della SIC, ha chiesto ed ottenuto che i contenuti del Piano ricalcassero alcuni principi contenuti nel documento FIC "Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia". In particolare, i punti salienti del Piano si possono riassumere nei seguenti:

- La ampia prevalenza delle malattie cardiovascolari, e la complessità crescente delle tecniche, richiede che l'assistenza per questa patologia sia **organizzata in rete**; questa ha un suo ruolo in particolare nell'organizzazione per l'emergenza in tema di cardiopatia coronarica acuta, ma anche nella razionalizzazione di tutti i servizi, a partire da quelli di prevenzione, a quelli di cura e riabilitazione. Il concetto fondamentale informatore della rete è che ogni cittadino deve poter ricevere il miglior trattamento possibile scientificamente provato. Nella rete per le malattie cardiovascolari non deve trovare posto solo l'Ospedale, ma altresì le

*I contenuti del Piano ricalcano alcuni principi contenuti nel documento FIC "Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia"*





**Umberto Boccioni, *Dinamismo del corpo umano*, 1913**

strutture ed i presidi territoriali e la rete dei Medici di Medicina generale.

- Gli atti organizzativi e medici devono essere ricondotti ai principi di **qualità e di appropriatezza**: in questo capitolo rientra la cura per l'appropriatezza strutturale e la competenza clinica degli operatori, l'elaborazione, condivisione, implementazione ed utilizzo delle Linee Guida, l'appropriatezza clinica di procedure e terapie, la valutazione della soddisfazione dell'utente.
- **Il ruolo fondamentale della prevenzione**, sia quella primaria, basata sul monitoraggio del rischio mediante la carta del rischio cardiovascolare e l'attuazione di programmi di prevenzione nella popolazione, sia quella secondaria in cui un ruolo importante gioca la rete delle strutture di Riabilitazione.
- La gestione dell'**emergenza ed urgenza**, sostanzialmente incentrata sull'organizzazione dell'assistenza alla sindrome coronarica acuta ed all'estensione dell'uso della defibrillazione precoce in caso di arresto cardiaco.
- **La gestione della cronicità**, principalmente in ambito di cardiopatia ischemica cronica e di scompenso cardiaco, che anche in questi ambiti deve poter essere organizzata in rete, con ampio coinvolgimento delle strutture territoriali e dei medici di medicina generale.

*GESTIMA, registro osservazionale dell'infarto miocardico acuto con ST sopralivellato in Lombardia...*

Vi è viva speranza in tutti coloro che hanno contribuito alla stesura di questo piano, a nostra conoscenza il primo Piano Regionale dedicato espressamente alle malattie cardiovascolari, che possa essere un utile strumento per tutti gli operatori per razionalizzare gli interventi ed agire secondo comportamenti condivisi e basati sulle prove di efficacia.

### Lo studio **GESTIMA**

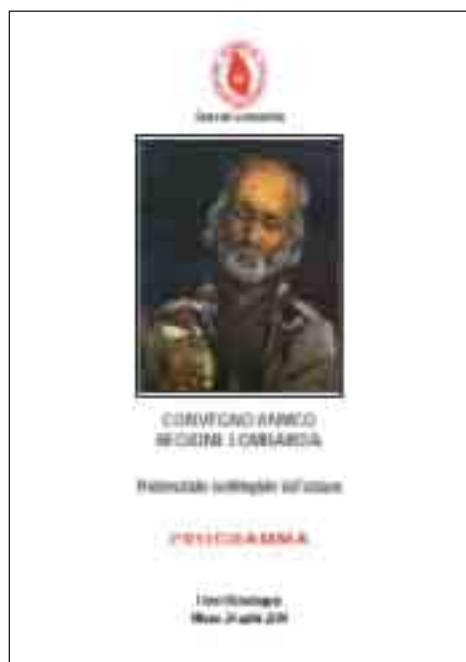
La Lombardia è nota come regione in cui abbondano le strutture ad elevata complessità tecnologica, particolarmente nell'ambito della emodinamica interventistica. Tuttavia non sono molto noti dati relativi all'effettivo comportamento dei Cardiologi delle Unità Coronariche in ambito di infarto miocardico acuto.

*Con l'aumento della sopravvivenza, e del numero di anziani nella popolazione, si pone sempre più spesso il problema di utilizzo di metodiche ad elevato impegno tecnico ed economico nel paziente anziano e molto anziano*

L'ANMCO Regionale ha dunque progettato lo studio GESTIMA, registro osservazionale dell'infarto miocardico acuto con ST sopralivellato, per definire in ambito regionale i modelli comportamentali soprattutto in tema di organizzazione per la rivascolarizzazione precoce, farmacologica o meccanica. Lo studio ha interessato anche i decisori regionali, proprio nell'ottica dell'organizzazione in rete per l'emergenza cardiovascolare prevista nel Piano Cardiovascolare, tanto che GESTIMA è stato realizzato con l'endorsement della Regione Lombardia. Lo studio ha riguardato tutti i casi di infarto con ST sopralivellato ricoverati nel mese di novembre nelle strutture che hanno aderito: (l'adesione è pervenuta da 60 strutture dotate di UCC su 66 invitate).

Sono stati raccolti dati di circa 660 pazienti, ed i risultati sono in corso di elaborazione. Quelli preliminari saranno presentati al Congresso Nazionale di Firenze a maggio. I dati che emergono sono un sostanziale elevato utilizzo delle tecniche di rivascolarizzazione sia farmacologica che meccanica (46% di angioplastica primaria), elevati tempi door to cath-lab, un numero di trasferimenti secondari non trascurabile (20%).

Lo studio GESTIMA appare comunque come un modello di valutazione epidemiologica, ripetibile, molto utile per monitorare su scala regionale i modelli comportamentali in tema di sindrome coronarica acuta.



### **Problematiche cardiologiche nell'anziano**

Il 24 aprile a Milano si è svolto il semestrale convegno ANMCO Regionale, dedicato in questa occasione alle problematiche cardiologiche dell'anziano.

Con l'aumento della sopravvivenza, e del numero di anziani nella popolazione, si pone sempre più spesso il problema di utilizzo di metodiche ad elevato impegno tecnico ed economico nel paziente anziano e molto anziano.

Sono stati discussi, sempre con riferimento ai pazienti anziani, i temi del trattamento della cardiopatia ischemica acuta, e del trattamento chirurgico della cardiopatia ischemica, del trattamento avanzato dello scompenso, della riabilitazione cardiovascolare, dell'utilizzo dei device per il trattamento delle aritmie, del trattamento della fibrillazione atriale; una relazione conclusiva ha cercato di delineare l'applicabilità agli anziani dei risultati dei grandi trial.

Le relazioni hanno suscitato molto interesse e ampia discussione, che ha preceduto l'Assemblea dei Soci per il rinnovo del Direttivo Regionale.



## Intervista al Prof. Pier Filippo Fazzini

di GIOVANNI MARIA SANTORO

Quando mi è stato proposto di intervistare il Prof. Pier Filippo Fazzini, ho considerato i vari aspetti di questo impegno. Prima di tutto, ovviamente il piacere di poter instaurare ancora una volta per qualche ora o per qualche giorno una collaborazione con lui, come quella che abbiamo vissuto per tanti anni. In secondo luogo, la possibilità di offrire un ritratto completo del Professore. Chi mi aveva dato l'incarico aveva raccomandato di ricostruire non solo la vicenda del cardiologo, ma anche di mettere in luce la personalità dell'uomo, del resto ben nota ai cardiologi ospedalieri italiani data la popolarità del personaggio. In ultimo, ho pensato all'intervista come l'opportunità di ricostruire la "storia" della cardiologia ospedaliera fiorentina perché sicuramente il Prof. Fazzini è stato protagonista di questa per quasi cinquant'anni. Mi interessava capire quale era stato il percorso, quali le scelte che avevano portato quest'uomo dall'elettrocardiografo a tre canali dei primi anni '50 alla responsabilità di dirigere una moderna divisione di cardiologia all'avanguardia nel campo della cardiologia interventistica della fine degli anni '90. Ero infatti convinto che ripercorrere questo percorso lungo e di certo gratificante, ma anche lento e faticoso, potesse essere utile per ricordare a noi tutti che le difficoltà, gli ostacoli e le amarezze non sono mai mancati, anche durante quello che probabilmente sarà ricordato come il periodo d'oro della cardiologia italiana.

L'incontro con il Professore è avvenuto nello studio della sua casa, dove per tanti anni ci siamo ritrovati per discutere i risultati della nostra attività e per programmare il lavoro di ricerca. Anche questa collocazione, con i ricordi che suggeriva, ha contribuito a farmi sentire il rappresentante dei miei colleghi di reparto, meglio dire amici, con i quali ho vissuto l'avventura della divisione di cardiologia di Careggi.

Di seguito è riportata la trascrizione dell'intervista.

**Professore, ci racconti in quale situazione si trovò quando iniziò la sua attività e come è nata la divisione di cardiologia dell'Ospedale di Careggi.**

Appena laureato, nel 1952, iniziai la vita ospedaliera nel Policlinico di Careggi come assistente volontario in una divisione di medicina. A quei tempi nei reparti ospedalieri la diagnostica strumentale cardiologica, limitata alla radiografia del torace ed all'elettrocardiogramma, era affidata ad un anziano primario radiologo che disponeva di un unico elettrocardiografo fotografico Siemens con le sole tre



**Congresso ANMCO 1995. Uno scambio di vedute tra Pier Filippo Fazzini e Giorgio Feruglio durante una pausa dei lavori**

derivazioni D1, D2 e D3, che erano quelle che ci erano state insegnate all'Università.

Nel 1953 con l'arrivo di un nuovo primario radiologo, la diagnostica elettrocardiografica in ambito ospedaliero fu affidata a Luciano Pozzi, il quale era considerato meritatamente un esperto di elettrocardiologia essendo fra l'altro, sia pure informalmente, uno dei consulenti delle Officine Galileo che era allora la principale delle ditte italiane che costruivano elettrocardiografi. Pozzi accettò di venire a Careggi senza alcuna retribuzione, con il solo titolo di assistente volontario, e mise a disposizione dell'Ospedale, oltre al suo lavoro per tre mattine la settimana, anche un elettrocardiografo Galileo R10 a 12 derivazioni di sua proprietà. Così, senza alcuna spesa, senza alcun programma e senza che nessuno lo prevedesse, o lo volesse, nasceva il primo nucleo della cardiologia ospedaliera di uno dei più grandi ospedali d'Italia. Incuriosito da questo strumento diagnostico chiesi di svolgere una sorta di apprendistato in elettrocardiologia. Pozzi, che era un personaggio geniale, anche se assai bizzarro, dopo avermi dato sommarie istruzioni tecniche ed un paio di libri da studiare, mi affidò il prezioso strumento perché procedessi ad effettuare gli esami richiesti anche in sua assenza.

Trascorsero così quasi tutti gli anni cinquanta durante i quali, rimanendo sempre assistenti volontari aggregati alla radiologia, riuscimmo ad ottenere solo una stanza più grande, un paio di elettrocardiografi e due infermiere. Nonostante queste sconfor-

tanti condizioni di lavoro, Pozzi non cessò mai di stimolarmi nell'impegno intellettuale e ricordo ancora con piacere le non poche notti trascorse nel laboratorio sperimentale della clinica chirurgica a studiare nel cane gli errori della conduzione intraventricolare nel blocco di branca bilaterale. Io gli sono rimasto molto grato di aver destato il mio interesse per gli aspetti speculativi della professione e, a mia volta, ho cercato di fare altrettanto con i miei collaboratori.

Soltanto nel 1959 un concorso (il primo dal 1952) ci permise di ottenere un posto di ruolo, Pozzi come aiuto ed io come assistente, come medici-chirurghi addetti al servizio di elettrocardiologia, che tuttavia rimaneva aggregato alla radiologia.

Nel 1963 si cominciò ad avvertire la spinta propulsiva dell'ANMCO che, guidata da Giorgio Feruglio, propugnava il concetto che la cardiologia, per le sue conquiste tecniche e scientifiche e per le sue grandi capacità assistenziali, doveva entrare rapidamente ed estesamente a far parte integrante dell'organizzazione sanitaria ospedaliera con la dignità di una disciplina autonoma. In quell'anno finalmente dopo oltre dieci anni di attività il nostro Servizio raggiunse l'autonomia!

Con l'autonomia risultò più agevole sviluppare le attività del servizio. Nel 1964 grazie all'elargizione di un Istituto di Credito (la prima che in tanti anni eravamo riusciti a procurarci!) potemmo dotare il Servizio del defibrillatore esterno a corrente continua con sincronizzatore che Lown aveva introdotto nella pratica clinica appena due anni prima e pressoché nello stesso periodo arrivammo a disporre anche di un buon poligrafo. Ma naturalmente eravamo ben consapevoli di essere ancora ben lontani dalle istituzioni cardiologiche italiane più avanzate!

L'anno dopo, nel 1965 si presentò un'occasione straordinaria che purtroppo non andò a buon fine. Erano da poco comparsi i primi lavori americani sui risultati ottenuti dalle unità coronariche nel controllo della morte improvvisa da fibrillazione ventricolare in corso di infarto acuto. La OTE, che era subentrata alle officine Galileo nella produzione degli apparecchi elettromedicali, aveva messo a punto una centrale per il monitoraggio dei pazienti critici, un prototipo di Unità Coronarica, che ci metteva a disposizione per valutarne insieme ai suoi tecnici validità e difetti nell'applicazione clinica. Ma eravamo un servizio senza letti e quindi senza pazienti, per cui ci occorreva la collaborazione dei primari medici; che ce la negarono adducendo la giustificazione che i tempi non erano ancora maturi per iniziative così avveniristiche! Sfumò così l'occasione di mettere in funzione a Careggi la prima unità coronarica d'Italia!

Nonostante le lotte di retroguardia promosse dagli internisti, universitari ed ospedalieri, il progresso della cardiologia italiana procedeva in maniera incalzante ed era chiaro che le Amministrazioni ospedaliere non avrebbero potuto continuare a lungo ad ignorare le proprie carenze. Nel 1967 al martellante impegno organizzativo dell'ANMCO si aggiunse un formidabile strumento per quella pro-

mozione culturale che è risultata sempre il sostegno fondamentale per la crescita della cardiologia ospedaliera italiana: Renato Donatelli e Fausto Rovelli dettero vita al primo dei Corsi di Aggiornamento in Cardiologia del De Gasperis. Ma specialmente il primo corso servì anche a mostrare ai cardiologi convenuti a Milano da ogni parte d'Italia che nel nostro paese esistevano già strutture cardiologiche che avevano raggiunto livelli di eccellenza paragonabili a quelli stranieri e ciò costituì per tutti un'iniezione di fiducia ed un forte stimolo per impegnarsi ad ottenere l'adeguamento delle proprie strutture.

Negli stessi anni prendeva avvio anche da noi a Firenze un'attività cardiocirurgica moderna ad opera di Leonardo Salvatore, un giovane assistente della Clinica Chirurgica che si era formato a Parigi alla scuola di Dubost. Pur senza un incarico ufficiale, ma con il tacito consenso di tutti, mi distaccai dal Servizio di Cardiologia ospedaliera e cominciai a lavorare come cardiologo nel piccolo reparto di cardiocirurgia dell'Università. Spinto da questi eventi che si andavano verificando al di fuori di una qualsiasi programmazione, nell'aprile del 1969 il Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale deliberò di costituire un Dipartimento di Cardiologia formato da una divisione di cardiologia con unità di cura intensiva, una divisione di cardiocirurgia con aggregato un laboratorio di cardiologia sperimentale ed un servizio di cardiologia per l'espletamento delle indagini strumentali. Sebbene al momento esistesse soltanto il servizio di Cardiologia e la piccola sezione di cardiocirurgia ospitata in Clinica Chirurgica, erano state finalmente poste le basi amministrative che ci avrebbero permesso di poter crescere. Questa delibera ebbe una prima utilizzazione nel 1971 in quanto consentì di trasferire la sezione di cardiocirurgia dalla Clinica chirurgica ad ambienti ospedalieri, di assumere alcuni assistenti cardiocirurgici, di approntare i locali che avrebbero dovuto accogliere l'Unità Coronarica e di spostare me dall'organico del servizio a quello della divisione di cardiologia, rimanendo addetto alla cardiocirurgia. Eravamo abbastanza soddisfatti: l'attività cardiocirurgica procedeva a pieno ritmo con eccellenti risultati e permetteva insieme l'espletamento delle attività cardiologiche di maggior impegno tecnologico, quali l'emodinamica e l'elettrostimolazione cardiaca. Ma la gracilità gerarchica di Salvatore, semplice assistente universitario, e mia, aiuto cardiologo ospedaliero, si prestò a che una serie di contrasti universitari, ospedalieri e politici minacciasse la prosecuzione dell'attività. Poiché facevo parte da poco del Direttivo dell'ANMCO esposi al Consiglio le mie preoccupazioni e Fausto Rovelli, come sostegno dell'ANMCO propose di fare a Firenze il Congresso Scientifico del 1972, scegliendo come tema organizzativo quello della Cardiocirurgia in Italia. Con mia grande preoccupazione mi fu dato incarico di provvedere a tutta la parte organizzativa; fortunatamente mi venne benevolmente in soccorso Giacomo Binda che allora era aiuto a De Gasperis e possedeva grandi doti ed esperienze organizzative in ogni settore, compreso quello congressuale. Il

Congresso si svolse con gran successo, ma la cardiocirurgia non si salvò dallo smembramento e Salvatore fu messo in condizione di andarsene. Sarebbero trascorsi quindici anni, prima di riavere a Careggi una Cardiocirurgia efficiente!

Se il Congresso non fu di utilità per la cardiocirurgia lo fu invece, e molto, per la cardiologia. Convinsi il Presidente del Consiglio di Amministrazione che sarebbe stato sconveniente ricevere a Firenze cardiologi di tutta Italia e non avere ancora in funzione a Careggi, uno dei maggiori ospedali d'Italia, un'Unità Coronarica. Ebbi l'autorizzazione ad utilizzare in via provvisoria i locali già da tempo apprestati, naturalmente se fossi riuscito a procurare tutto ciò che non c'era: gli apparecchi di monitoraggio e tutte le attrezzature elettromedicali, il personale medico, quello infermieristico. La OTE mi prestò gli apparecchi, Francesco Marchi procurò un'eccellente caposala che pensò agli arredi ed a tutto il materiale occorrente per accudire i pazienti, la direttrice della scuola infermieri mi mise a disposizione 10 allieve del secondo anno sul punto di diplomarsi e l'Unità Coronarica fu aperta. Giacomo Binda riuscì perfino a far giungere la televisione ed il reparto appena aperto andò in onda sulla rete nazionale! Ovviamente secondo il costume italiano il provvisorio divenne definitivo. Nacque così il primo nucleo della divisione di cardiologia, che avrebbe raggiunto il suo completamento con la collocazione negli ambienti definitivi dopo altri sei anni, nel 1978. Fu allora che finì la faticosa marcia per adeguarsi agli standard europei; tutte le difficoltà che ho incontrato dopo mi sono sembrate irrilevanti.

**Più che una storia questa è un'epopea. Pensa-vo di sapere tutto della cardiologia ospedaliera fiorentina e invece devo confessare che molti dei fatti che Lei ha raccontato mi erano sconosciuti. Mi piacerebbe approfondire ora il ruolo che secondo Lei ha avuto l'ANMCO per la cardiologia italiana e per la sua storia personale.**

L'ANMCO è stato un fenomeno associativo di straordinaria importanza che ha avuto un ruolo determinante nella nascita e nello sviluppo della cardiologia italiana, e non solo di quella ospedaliera. La formula intelligente che ha permesso tante realizzazioni, sia assistenziali che scientifiche, è stata di trasformare di fatto un organismo sorto come sindacale in una potente ed efficiente organizzazione di tipo culturale. Peccato però che ad un certo punto la componente sindacale sia stata talmente tralasciata da consentire che molte strutture fra le più importanti, nate come ospedaliere, siano state progressivamente facogitate dall'espansione universitaria.

Mi iscrissi all'ANMCO poco dopo la sua fondazione, e nel numero uno di Cardiologia negli Ospedali (25 maggio 1964) il mio nome figura fra gli iscritti del 1963, che erano 58 in tutto. Nel 1970 fui eletto nel Consiglio Direttivo per il biennio 71-72 e da allora, fino al 1993, ho avuto ripetutamente incarichi associativi che, insieme alla direzione della collana "il Punto su," mi hanno dato occasione di avere rapporti di lavoro, scambi di vedute e discus-

sioni con quasi tutti i personaggi più rappresentativi della cardiologia italiana, ospedalieri e non. Da queste frequentazioni ho tratto molti spunti di riflessione, utili insegnamenti, continui stimoli per migliorare. Non ultimo, ho avuto modo di sviluppare tante care amicizie che prescindono ormai dal comune interesse per la cardiologia e sono divenute vere e proprie amicizie di famiglia.

**Fra i vari incarichi ricoperti nell'ANMCO quale è stato il più oneroso?**

I due incarichi più impegnativi sono stati la direzione del Giornale di Cardiologia e la presidenza dell'ANMCO. Per il giornale ho avuto modo di giovarmi di una segreteria di redazione costituita da alcuni dei miei diretti collaboratori con i quali avevo un rapporto quotidiano e da un comitato di redazione nominato su mia scelta: poche discussioni, nessun contrasto, molta efficienza. Vi erano da affrontare solo le difficoltà che venivano dall'esterno della redazione, più che altro dipendenti dall'organizzazione editoriale e dalle limitate risorse economiche a disposizione.

Di gran lunga maggiore il peso della Presidenza dell'ANMCO ove ogni iniziativa richiedeva il consenso del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale, ambedue organismi elettivi che, giustamente, esprimevano opinioni differenti e talora anche molto contrastanti. Perciò molte discussioni, alcuni contrasti e, più che altro, una lentezza decisionale alla quale le mie caratteristiche caratteriali mal si adattavano. Fu una prova impegnativa che riuscii a portare a termine grazie ad alcuni sostegni determinanti, fra i quali ricordo quello molto energico di Carlo Vecchio, past-president, e quelli più diplomatici di Giovannini, Nicolosi e Delise.

**Queste difficoltà non saranno dipese dal suo carattere?**

Senza dubbio. Riconosco di avere un carattere "non facile", come dicono gli amici più benevoli: poco conciliante, molto esigente, impaziente, autoritario. Ho fatto diversi tentativi per controllare questi difetti, ma con scarsi risultati. C'è forse qualche collegamento fra questi miei aspetti caratteriali e la mia formazione giovanile impostata molto sulla disciplina e sui doveri e poco sui diritti. Per questo sono convinto che efficacia ed efficienza richiedano ordine e disciplina, nel quadro di una precisa scala di responsabilità.

**In pratica una gerarchia; non sarà che con queste idee lei abbia impresso alla vita del reparto un tono un poco militaresco?**

È possibile ed al proposito conosco molti commenti ironici sul mio modo di condurre il reparto. Però devo dire che funzionava tutto molto bene. D'altro canto sia nell'ambito dell'ospedale che al di fuori di esso ho prestato sempre molta attenzione alle opinioni degli altri e, come ho ricordato prima, ho cercato sempre di adottare prontamente ogni idea che mi sembrava valida. Nella gestione del reparto non credo di aver mai preso decisioni di un certo rilievo senza consultarmi con i miei più diretti collaboratori, accogliendo ogni utile suggerimento. Però ho sempre ritenuto che l'ultima decisione fosse un mio preciso dovere e che una volta stabilita

la linea da seguire non ci dovessero essere deviazioni, salvo che non fossero determinate da valide motivazioni.

A parte alcuni aspetti formali che certamente avrebbero potuto essere affinati, ma che in definitiva ritengo d'importanza abbastanza marginale, credo che chiunque abbia la responsabilità di un reparto sia tenuto a riservare a sé la responsabilità di decidere ed il diritto di pretendere da parte di tutti i collaboratori la stretta osservazione delle regole. Sono anche della convinzione che l'ammalato ricoverato in un reparto non apprezzi molto di essere gestito collegialmente e che sia confortato nel potere individuare una figura di riferimento molto attenta allo svolgersi di ogni attività che lo riguarda e capace di controllare ed esigere che tutto sia eseguito nel migliore dei modi con puntualità e precisione.

#### **Con queste convinzioni quali sono stati i rapporti con i collaboratori?**

Questa è una domanda che sarebbe più giusto rivolgere ai collaboratori; tu stesso potresti dare informazioni precise ed estese. Comunque dirò quali sono le mie impressioni.

Nel corso degli anni mi sono accorto che qualche medico e diversi infermieri desideravano cambiare reparto ed io per quanto ho potuto li ho assecondati; molto raramente mi è capitato di essere io a richiedere un allontanamento.

In genere ritengo di essere stato molto fortunato, e forse anche un poco abile, nella scelta dei collaboratori. Di certo ho potuto sempre ottenere un corretto espletamento delle funzioni assistenziali il che, sia a livello medico che infermieristico, richiede il possesso di conoscenze complesse ed aggiornate e molto spirito di sacrificio. Da molti collaboratori medici ho anche ottenuto un impegno in attività intellettuali di tipo creativo i cui risultati, talora lusinghieri, hanno dato a me, e certo anche a loro, notevoli soddisfazioni. Ritengo che di questo mi siano rimasti grati.

Anche gli infermieri hanno avuto un modo simpatico per manifestarmi un benevolo apprezzamento: quando ho lasciato il servizio mi hanno offerto un loro ricordo, accompagnato da una pergamena ove è scritto: Consapevoli che non c'è "limite al peggio"! Con affetto. I suoi infermieri.

#### **Come è cambiata la Sua vita ora che è in pensione?**

Per 45 anni l'ospedale è stata la mia seconda casa ed i miei collaboratori la mia seconda famiglia. Quando a settanta anni sono andato in pensione ho provato a continuare l'attività privata ma ho seguito soltanto per un anno. Senza l'ospedale e senza il quotidiano scambio di vedute con i colleghi collaboratori, la cardiologia aveva perduto per me ogni interesse. Il distacco è avvenuto senza sofferenza né rimpianti; partecipo solo raramente a Congressi, ma solo all'inaugurazione, per incontrare i vecchi amici, con molti dei quali del resto sono in un affettuoso rapporto familiare. Le poche volte che mi capita di passare dal reparto noto molte abitudini cambiate, ma osservo anche con piacere che gli spazi studio sono sempre occupati da qual-

che medico libero da compiti assistenziali: segno che l'impegno intellettuale si sta mantenendo viva-  
ce.

#### **A parte le idee che ha già espresso sulla conduzione di un reparto e sull'attività intellettuale che preferibilmente un medico dovrebbe svolgere a completamento di quella assistenziale, quali altre raccomandazioni farebbe ai giovani cardiologi ospedalieri?**

In primo luogo un consiglio che ebbi quando ero molto giovane ed ero allievo interno nell'Istituto di Anatomia Patologica. Mi fu detto allora dal mio Maestro: vede caro Fazzini, quando affronta un problema non si deve tanto preoccupare che la soluzione che lei propone sia veramente quella esatta, il che spesso è troppo difficile o impossibile ad appurare, basterà che lei sia certo che nessuno possa dimostrare con facilità che il suo ragionamento è sbagliato. Ho sempre ritenuto prezioso questo consiglio che solo apparentemente può sembrare spregiudicato ma che in realtà vuol dire: sii tu stesso il revisore più severo di ogni tuo ragionamento. Una seconda considerazione è connessa al concetto enunciato in economia liberista che "l'abbondanza delle risorse crea certamente degli sprechi, ma l'esiguità delle risorse determina uno spreco totale". Spesso può essere così: ho visto molti non utilizzare le poche risorse di cui disponevano, nell'attesa lunga, e spesso vana, di entrare in possesso di tutto ciò che ritenevano necessario.

Io raccomando di non cadere in questo errore: nell'attesa di ottenere mezzi più adeguati occorre verificare se si sta ottenendo il massimo dal poco che possediamo. Se non si acquista l'abitudine di ottenere il massimo rendimento dalle risorse a disposizione (personale, locali, apparecchi) si rischia di raggiungere scarsi risultati anche disponendo di molto.

Qui si conclude l'intervista. A rileggerla ora, a distanza di qualche giorno, mi sembra che emerga un ritratto fedele del Professore (così da sempre identificato per antonomasia dai suoi medici e infermieri). Pier Filippo Fazzini è stato un personaggio "scomodo" per l'establishment sanitario fiorentino, perché molto spesso contrario alle posizioni allineate dei più, perché sempre pronto a combattere battaglie già in partenza apparentemente perdute. Tutti però gli hanno sempre riconosciute le caratteristiche del leader: autorevolezza, grande competenza professionale, coraggio delle scelte, sincerità nei rapporti umani. A me ha insegnato tanto: da lui ho imparato a mettere l'interesse del paziente in cima alla lista delle mie priorità, ho imparato a fare bene le cose, tutte, anche quelle in apparenza meno importanti, ho imparato la necessità di lavorare duramente per ottenere risultati. Oltre a questo, da lui ho imparato a fare il cardiologo e, come me, hanno imparato il mestiere della cardiologia i colleghi di Careggi con i quali ho diviso oltre venti anni duri, faticosi, di gran sacrificio ma ricchissimi di soddisfazioni professionali. Penso che nessuno di noi dimenticherà quegli anni. Sono stati una scuola di serietà professionale e di rigore morale: cioè, ed è quello che più conta, una scuola di vita.



## Intervista al Prof. Pasquale Solinas

di PAOLO VERDECCHIA

Il Prof. Pasquale Solinas, Primario della Divisione di Cardiologia del Policlinico di Perugia negli anni tra il 1968 ed il 1990, è stato socio fondatore dell'ANMCO nel lontano 1963 e ne è stato consigliere, poi vice Presidente ed infine Presidente negli anni 1988-1990. Sotto la sua Presidenza fu deciso l'acquisto dell'attuale sede di Via Lamarmora, con indubbi vantaggi per l'Associazione. In quegli anni l'ANMCO è cresciuta a ritmi vertiginosi.

### **Prof. Solinas, come si è accostato alla Cardiologia?**

Ero Assistente Universitario in Clinica Medica, diretta dal prof. Dominici (un epatologo), che aveva affidato la Cardiologia al Prof. Diogene Furbetta. Negli anni '50 il Prof. Furbetta creò il Centro per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari e Reumatiche presso il Policlinico di Perugia ed io fui aggregato a questo Servizio. Questo Centro fu uno tra i primissimi in Italia, sorto poco tempo dopo quello fondato da Di Giuseppe all'Ospedale di Ancona, da Puddu e Masini a

Roma e da Rovelli a Milano. Allora, i principali strumenti in uso erano l'elettrocardiografo ed il poligrafo. Per un breve periodo usammo anche il ballistocardiografo! Avevamo vita difficile poiché la nostra attività non era ancora riconosciuta a livello istituzionale. Eravamo solo una sezione non riconosciuta della Clinica Medica Universitaria.

### **Come ha contribuito alla nascita dell'ANMCO?**

A Napoli, intorno al 1955, fondammo l'Associazione dei Centri Cardiologici, che furono poi riconosciuti con Decreto del Ministero della Sanità. Formalmente riconosciuti come Cardiologi Ospedalieri, diventammo più forti e numerosi. Nel 1963, a Venezia, fondammo l'ANMCO e ad uno dei nostri primi congressi affidammo una relazione al Simposio Organizzativo al Dottor Cecati, Assessore alla Sanità di Perugia, allo scopo di promuovere il riconoscimento e l'organizzazione dei Reparti Cardiologici Ospedalieri. Si arrivò così al riconoscimento, per legge, della



L'attuale Sede ANMCO - Via La Marmora, 36

Cardiologia Ospedaliera (Servizi e Divisioni, con o senza Unità Coronarica).

### **Cosa è avvenuto di importante durante la Sua Presidenza?**

Un aspetto che ricordo con grande piacere è la crescita esponenziale del numero degli associati. Erano 1450 nel 1984 e sono passati ad oltre i 3000 durante la mia Presidenza. Nonostante vivessimo un periodo piuttosto favorevole in termini di possibilità di reperimento di risorse economiche, mi sono sempre preoccupato di portare avanti, pur con una gestione finanziaria attenta e senza sprechi, uno sviluppo degli uffici e delle attività. Pensa che allora la segreteria era composta da sole 2 unità! Era evidente che l'organico segretariale doveva essere incrementato, e così fu fatto successivamente. Abbiamo consolidato l'istituzione degli AMICI DELL'ANMCO e abbiamo cercato di rendere il bollettino CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI più agile e informativo, anche ai fini del miglioramento del contatto con gli associati e con le Delegazioni Regionali.

### **Cosa ricorda dell'acquisto della nuova sede di Via Lamarmora?**

La vecchia sede di Via S. Monaca era diventata inadeguata per spazi e strutture. Peralto, il canone di locazione era esorbitante ed in continua crescita. Tuttavia i costi di acquisto di una nuova sede erano molto elevati anche per allora. Abbiamo dovuto darci da fare per trovare proposte vantaggiose. Finalmente abbiamo trovato l'occa-

sione: dopo molte trattative siamo riusciti a strappare un costo di acquisto di quasi 2 milioni e mezzo al metro quadro, conveniente anche per allora. Il prezzo mi è sembrato vantaggioso anche perché si trattava di un immobile di indubbio prestigio, funzionale e confortevole, situato in un'area di grande valore edilizio. Abbiamo utilizzato la formula del leasing, che ci ha comportato notevoli vantaggi di tipo fiscale. Ma non tutti erano d'accordo. Ci sono state accese discussioni in Consiglio Direttivo. L'amico Feruglio, ad esempio, si era inizialmente opposto, ma poi, una volta convinto (con il decisivo aiuto di Fazzini), si è adoperato nelle trattative con una grinta e una competenza manageriale che a me certamente mancava.

### **Da chi era composto il Consiglio Direttivo sotto la Sua Presidenza?**

Vittorio Puddu era Presidente Onorario. I Vice-Presidenti erano Campolo e Tavazzi. Gullace era Segretario e Martiny Tesoriere. I Consiglieri erano Baldi, Di Carlo, Furlanello, Mininni, Pinelli, Santini e Vinci.

### **La nuova sede ha portato vantaggi?**

Certamente, ed in tutti i settori. Ad esempio, il glorioso Giornale Italiano di Cardiologia, organo scientifico ufficiale della nostra Associazione, ha finalmente trovato spazi più ampi e funzionali. Anche il Centro Studi, che doveva divenire il motore delle nostre attività di ricerca ha trovato una sistemazione più conveniente. Per non parlare della Segreteria e degli spazi destinati agli eventi formativi ed alle riunioni del Consiglio Nazionale. Peralto, anche l'organizzazione dei congressi Nazionali richiedeva spazi sempre maggiori.

### **Prof. Solinas, il concetto di management in cardiologia è oggi molto diffuso. L'ANMCO si è dotata di un manager per la gestione del Centro Servizi. Che ne pensa?**

Per statuto, l'ANMCO deve promuovere l'aggiornamento professionale degli associati, la ricerca negli ospedali ed il miglioramento delle attività cliniche in generale. Tutto questo ha un costo, e negli anni a venire il costo è destinato a crescere ancora. Mi rendo anche conto che oggi viviamo in un'epoca di grande competitività in tutti i settori, compreso quello della formazione e della ricerca. Con queste premesse, ben venga il manager del centro Servizi, a condizione che porti ad un aumento delle risorse da destinare agli obiettivi prioritari dell'ANMCO: aggiornamento professionale e ricerca clinica. Penso in particolare a tutte le ricerche che non trovano un finanziamento, penso al costo degli abbonamenti per le riviste scientifiche, a quello di tante altre fonti di aggiornamento per gli associati. Penso alla formazione a distanza, di cui oggi sentiamo tanto parlare.

*Grazie Prof. Solinas!*

Cardiologia negli Ospedali

## **Una nuova Sede per nuovi traguardi**

Il Presidente Solinas

Sono felice di annunciare a tutti che abbiamo una nuova Sede, una grande, bellissima Sede, di nostra proprietà! via Lamarmora n. 36: dovete venire tutti a contribuire a farne la casa dell'ANMCO.

Dal punto di vista economico è stato un affare, una vera occasione: sia per il prezzo cui l'abbiamo avuta (quasi 2 milioni e mezzo al metro quadro in area di grande valore edilizio, a 500 m. dal Duomo); sia perché la forma di acquisto (il leasing) ci consente grossi vantaggi fiscali, problema che si è fatto per noi molto importante.

Feruglio, che si era inizialmente opposto, una volta convinto, si è adoperato per portare a buon fine l'acquisto con competenza ed una abilità manageriale che a me certamente manca.

Io sentivo e sento tutt'ora la bontà dell'investimento fatto, mosso dalla necessità impellente di dover lasciare la sede attuale, di fronte ad affitti esorbitanti e crescenti, per spazi di poco o nulla maggiori.

Gli spazi acquisiti ci consentono non solo comodità e migliore funzionalità dei nostri uffici, ma anche possibilità di iniziative nuove in parte già programmate: mi riferisco al Centro Studi che deve divenire il motore delle nostre crescenti attività scientifico-culturali ed un ufficio redazionale del Giornale Italiano di Cardiologia, che può ancora migliorare la presentazione del nostro Giornale.

Il tempo dirà se ho sbagliato a volere questa Sede, ma oggi ho motivi di certezza e soddisfazione e ringrazio quanti mi hanno aiutato ad arrivare alla conclusione dell'affare che è stato di non poca fatica: la Biggini in primis, parte attiva e consigliere femminile prezioso; Martiny, Matta e Carapelli esperti di conti e faccende finanziarie ed infine, ripeto, Feruglio, manager deciso e sicuro.

Venite tutti al Congresso e venite a visitare la Sede della Vostra Associazione.

*Arrivederci a maggio*



## IL “CUORE” DELLA BUGATTI ROYALE

di Francesco Bovenzi

Il cuore è un “motore” estremamente più piccolo e molto più leggero del motore di una Bugatti Royale. Esaminate le sue prestazioni, non possiamo che continuare a stupirci nel considerare il suo ininterrotto lavoro. Sappiamo che nel corso di una vita un cuore batte in media più di due miliardi e mezzo di volte e spinge in circolo circa 200 milioni di litri di sangue.

Il richiamo alla metafora cuore/pompa, flusso/propulsore, ritmo/slancio, vita/energia, battito/velocità, ci porta al meccanico Albert del racconto “Rebus” di Antonio Tabucchi in - Piccoli equivoci senza importanza - Editore Universale Economica Feltrielli.

Albert come tutti i meccanici era un po' filosofo, come del resto, lo siamo anche noi cardiologi. E infatti, studiando il cuore, così come i motori, si possono capire tante cose.

Alla fine le due rappresentazioni, quella del cuore e quella del motore Bugatti, possono sovrapporsi dando la medesima immagine della vita che è fatta come «... un ingranaggio, una ro-  
tella qua, una pompa là, e poi c'è una cinghia di trasmissione che collega tutto e trasforma l'energia in movimento, proprio come nella vita, un giorno mi piacerebbe capire come funziona la cinghia di trasmissione che lega tutti i pezzi della mia vita, il concetto è lo stesso, bisognerebbe aprire il cofano e stare lì a studiare il motore che ronza, collegare tutto, tutti gli istanti, le persone, le cose, dire: questo è il vano motore, erano i miei giorni di allora, questo è Albert, fu il motorino di avviamento, questo ero io, i pistoni con la camera a scoppio, e questa è la candela che fece scoccare la scintilla dell'accensione; e ora a bordo, si parte. La scintilla fu Miriam, naturalmente, lei ho già capito, ma quale sarà stata la cinghia di trasmissione? Non quella immediata, quella fu una Bugatti Royale, così dissi a Albert; ma quella vera, occulta, che unisce tutti i pezzi, che fa muovere una macchina in quel preciso modo come si mosse, col suo ritmo, le sue pulsazioni, il suo slancio, la sua velocità e il suo arresto».

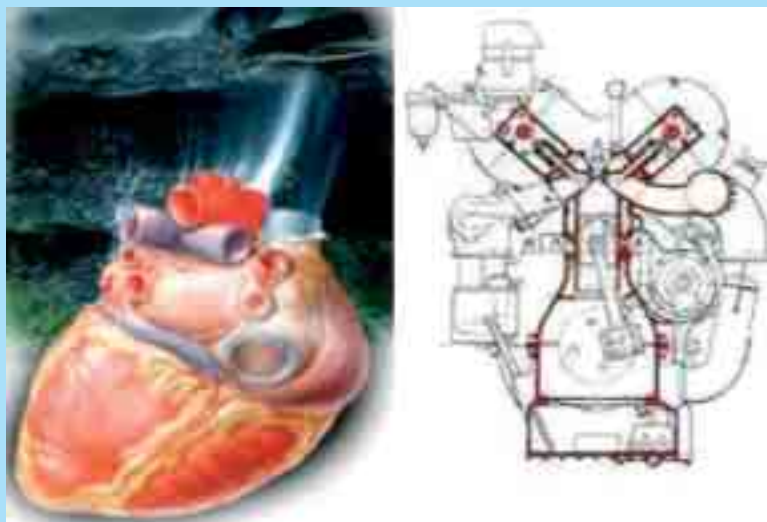


Tamara de Lempicha,  
Sulla Bugatti, 1925

### La Bugatti Royale



## Cuore e motore



**Motore Bugatti Royale**

*Ettore Bugatti progettò l'imponente Tipo 41 come un'auto da re, non soltanto nel senso figurato del termine.*

*Questo spiega perché fu presto soprannominata Royale o Bugatti D'Oro (Golden Bugatti).*

*Ma la Tipo 41 non ebbe né dalle Case regnanti, né da un capo di Stato grande riconoscimento: il risultato fu che in 6 anni ne furono costruite soltanto 6.*

*Tutto ciò che riguardava la Royale era enorme: il passo da 4318 mm, il suo peso di oltre 2500 Kg e il gigantesco motore a 8 cilindri (275 CV a soli 3000 giri/min) sviluppato da un 16 cilindri per aeroplani prodotto a metà degli anni 20.*

*Il prezzo la rese di gran lunga l'auto più costosa al mondo.*

**La Bugatti Royale**



## PIÙ PARTECIPAZIONE ALLE DONNE IN ANMCO: PERCHÉ NO?

di Francesco Bovenzi

*"Il mio governo sarà formato al cinquanta per cento da donne, applicheremo per legge il principio di parità per le alte cariche dell'amministrazione".*

**José Luis Rodríguez Zapatero, 8 marzo 2004**

*Il dibattito relativo alla crisi storica della rappresentanza femminile nelle istituzioni politiche e associative è molto attuale. Proprio per questo, con piacere pubblichiamo un puntuale contributo del Collega Giuseppe Steffenino, cui fa eco l'intervento delle Colleghe Alessandra Chinaglia e Maria Grazia Sclavo.*

*La speranza è che all'interno dell'ANMCO si sviluppi una sensibilizzazione alla problematica con maggiore impegno da parte di tutti. Auguriamoci che presto si possano raccogliere e vagliare proposte e adottare misure concrete tese a promuovere una maggiore rappresentanza e partecipazione attiva delle donne.*



**Settimana delle giovani donne, 1940**

## ANMCO: ASSOCIAZIONE NAZIONALE MASCHI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

di Giuseppe Steffenino

*Un'osservazione assai rudimentale: anche se non conosco la percentuale esatta, negli ospedali italiani ci sono parecchie donne cardiologo (o cardiologi donna, come preferite). Non so quante donne cardiologo siano iscritte all'ANMCO, ma nei posti di comando dell'Associazione ce ne sono pochine:*

- Direttivo: 0/12
- Presidenze Regionali: 2/21
- Chairman Area: 0/10
- Direzione IHJ: 0/2
- Comitato di Coordinamento Area Aritmie: 0/6
- Comitato di Coordinamento Area Informatica: 0/6
- Comitato di Coordinamento Area Chirurgica: 0/6
- Comitato di Coordinamento Area Management & Qualità: 0/9
- Comitato G8-Cardio ANMCO: 0/10
- Comitato di Coordinamento Area Malattie del Circolo Polmonare: 0/6
- Comitato di Coordinamento Area Scompenso Cardiaco: 0/9
- Comitato di Coordinamento Area Emergenza-Urgenza: 2/15
- Comitato di Coordinamento Area Nursing: 5/9
- Comitato di Coordinamento Area Prevenzione Cardiovascolare: 2/7
- TOTALE: 11/128 = 8,6%

*Non so cosa si debba pensarne, ma credo occorra chiedersi qualcosa. Forse sarebbe giusto e utile chiedere alle donne cardiologo iscritte all'ANMCO cosa ne pensano.*



**Malcontento e proteste**

## ALESSANDRA CHINAGLIA E MARIA GRAZIA SCLAVO RISPONDONO

---

Caro Beppe,  
ti ringrazio per aver portato alla discussione, con dati precisi, una evidenza che finora non mi pare abbia trovato l'attenzione dovuta all'interno dell'ANMCO: le cardiologhe in Italia sono numerose ed attive, ma nei ruoli direttivi sono assai scarsamente rappresentate.

Dalla tua analisi emerge che quasi la metà delle donne appartengono al Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing, un settore prevalentemente femminile.

Aggiungo che anche a livello delle Delegazioni Regionali la componente femminile è assente (in 11 Regioni), o scarsa (una rappresentante nelle altre Regioni, in una sola Regione tre).

Perché questa assenza? Perché le donne non ricoprono cariche elettive? Non perché non vengano votate; piuttosto perché raramente si candidano.

Abbiamo scelto una professione impegnativa e sappiamo che qualsiasi impegno ulteriore all'interno dell'Associazione va ad aggiungersi ai normali orari di lavoro e può non essere facilmente conciliabile con le esigenze familiari. D'altra parte l'esperienza, sia pur parziale, è di colleghe competenti, attive, che si aggiornano e partecipano agli eventi formativi ed associativi al pari dei colleghi maschi.

Quindi non ritengo che il problema tempo costituisca l'unico limite alla partecipazione. Credo invece che per una donna sia più difficile, a parità di competenza, proporsi in un ruolo dirigenziale abitualmente considerato al maschile. E che sia necessario pagare un prezzo elevato in termini di impegno, lavoro e talvolta anche aggressività per riuscire a dimostrare a se stesse ed agli altri che si è in grado di svolgere tale ruolo. Convinta che una maggiore rappresentatività femminile costituirebbe un arricchimento per l'ANMCO, ad iniziare dalla base e quindi dalle Delegazioni Regionali, mi auguro di poter scegliere di sostenere anche candidature femminili alle prossime elezioni.

Alessandra Chinaglia



**Franz Borghese, I burocrati, 2002**

---

Mi è stato chiesto di commentare l'osservazione del Dott. Steffenino circa la quota ristretta delle donne nei ruoli dirigenziali dell'ANMCO. Chiedere alla donne cardiologo italiane di individuarne le cause richiede una riflessione in comune senza pregiudiziali.

In teoria nei ruoli dirigenziali ci dovrebbe essere una percentuale femminile proporzionalmente paragonabile al numero delle iscritte, sempre rispettando la relativa rappresentanza regionale, anche se il requisito della visibilità regionale mi pare non sempre si evidenzi, perfino ad oltranza per anni, anche per la controparte maschile. Tuttavia, e innanzi tutto, chiediamoci se il numero delle cardiologhe iscritte ANMCO rispecchi anche in parte la presenza femminile cardiologica negli ospedali italiani che è già stata correttamente rilevata numerosa. A parer mio non è così, ma, al di là delle varie considerazioni sulle cause generali di una non adeguata adesione associativa per i car-

diologi di entrambi i sessi e prima di lanciare le diverse strategie di inserimento, occorre porci insieme un'altra serie di domande:

- quante donne hanno conosciuto e conoscono l'Associazione e le sue finalità? ancora, quante donne hanno avuto la possibilità o hanno colto l'occasione di conoscerle?
- quante donne si sono adoperate in tal senso?
- quante donne si sono proposte al fine di entrare ed operare nell'Associazione?
- quante donne sono state agevolate (o no) al fine di portare avanti, anche ai livelli più elevati, il loro lavoro nell'Associazione?
- quanto spazio si sono prese?
- quanto hanno aspettato che venisse loro dato lo spazio necessario?

E' frequente vedere in ANMCO, peraltro anche in altre associazioni/istituzioni/sistemi organizzativi, e nella vita, le donne in ruoli di mediazione ( o

"di spalla"?), ma a mio avviso è un comportamento considerabile a termine: il discorso culturale e di proposizione del femminile deve essere portato avanti per cambiare la mentalità e ciò andrebbe fatto senza troppi complimenti. Mi chiedo, tuttavia, quante donne hanno lavorato, in team ovviamente, per l'ANMCO nelle varie regioni, quante hanno dedicato tempo, risorse psicologiche ed intellettuali ad obiettivi associativi specifici. Certamente le doti scientifiche e professionali alle donne cardiologo italiane non mancano, ci sono delle punte scientifiche e culturali di forte



**Mary Cassatt, Donna e bambina che conducono la carrozza, 1881**

rilevanza nazionale, europea ed oltre. Per emergere, tuttavia, in ruoli dirigenziali associativi, ANMCO in questa specie, dovrebbero sussistere, tuttavia, e vale per entrambi i sessi, anche altre caratteristiche, se volete qualità: capacità comunicative e lucidità intellettuale in grado di valutare ed allargare gli orizzonti programmatici, in una parola mentalità strategiche e politiche. Quante donne (ma non solo!), assorbiti, giustamente, nell'ottica tecnico-scientifica e professionale, posseggono anche queste specificità? Molto spesso allora si delega, se non addirittura si abbandona. Per contro, l'ANMCO fatica forse ad accettare donne e soprattutto donne che "facciano"?

Credo che la componente femminile abbia bisogno, in ogni caso, di una iniezione di fiducia e di competizione per sviluppare maggiormente una sana ambizione e competitività verso ruoli dirigenziali in questa Associazione, così ricca di indubbio prestigio culturale e doverosamente aspirante a ruoli di interlocutore verso le istituzioni.

Ritengo, tuttavia che dall'altra parte, quella maschile naturalmente, siano necessarie, e spesso invece sono mancate, intelligenza e mente, occhi e cuore vividi e aperti, capaci di vedere e capire, in buona fede, quella percentuale di donne con la cosiddetta marcia in più (perché per noi è indispensabile, non è un complemento voluttuario come è spesso per gli uomini), in grado di dare visibilità alla quota ANMCO femminile ora ingiustamente deprivata, come nota il Dott. Steffenino, potenziandone le caratteristiche e i meriti o apportando all'Associazione specificità ed efficacia in alcuni settori di cui non infrequentemente si sente la mancanza.

Mariagrazia Scavo



**Amedeo Modigliani, *Ritratto di donna con cappello e ciliege*, 1903**

# Figurare la Parola

a cura di Francesco Bovenzi



Stent

*“In questa rete non sono soltanto i fili che contano, ma anche l’aria che sfugge tra le maglie”.*

(PABLO NERUDA)

*“Riesco a stento a comprendere l’importanza data alla parola ricerca nella pittura moderna. A mio avviso, cercare non significa nulla in pittura. Ciò che conta è trovare”.*

(PABLO PICASSO)

Pablo Picasso,  
Donna col busto a cuore, 1945



Henry Matisse, Jazz, 1957

## IL CUORE DELL’ANMCO BATTE A RITMO DI JAZZ

La serata del 25 maggio 2004 è dedicata all’evento sociale “Tutti insieme” nel corso del XXXV Congresso Nazionale ANMCO di Firenze. Quest’anno avremo il piacere di ascoltare alla Fortezza da Basso la Doctor Dixie Jazz Band di Bologna.

Ritmo, improvvisazione, creatività, immediatezza, questo il patrimonio musicale del Jazz nato poco meno di cento anni fa a New Orleans, città

nella quale venivano deportati come schiavi milioni di negri catturati nell’Africa Occidentale.

I ritmi del Jazz hanno tante affinità con i ritmi del cuore. Ora lenti, ora rapidi, la vitalità di entrambi li accomuna inesorabilmente, così come la forza, i repentini cambiamenti, l’armonia ricorrente, la musicalità unica. Da un lato il ritmico susseguirsi di note e irripetibili accordi: il Jazz; dall’altro i “suoni” cardiaci, anch’essi unici e sempre diversi: flussi, toni, soffi, sfregamenti e movimenti che ne completano la somiglianza.

Il Cuore è anche Jazz e quest’anno lo scopriremo “Tutti insieme”.



Original Dixieland Jazz Band, 1917



**C'è...**

**FORMAZIONE**

**RICERCA**

**ORGANIZZAZIONE**

**IDEE**

**CONFRONTO**

**INFORMAZIONE**

**ARTE**

**INCONTRO**

**PARTECIPAZIONE**

**CULTURA**

**Benvenuti!**

**XXXV CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA**

**22-26 maggio 2004 - Firenze, Fortezza da Basso**



L'onore alimenta le arti



La dignità non consiste nel possedere onori,  
ma nella coscienza di meritargli

(ARISTOTELE)

