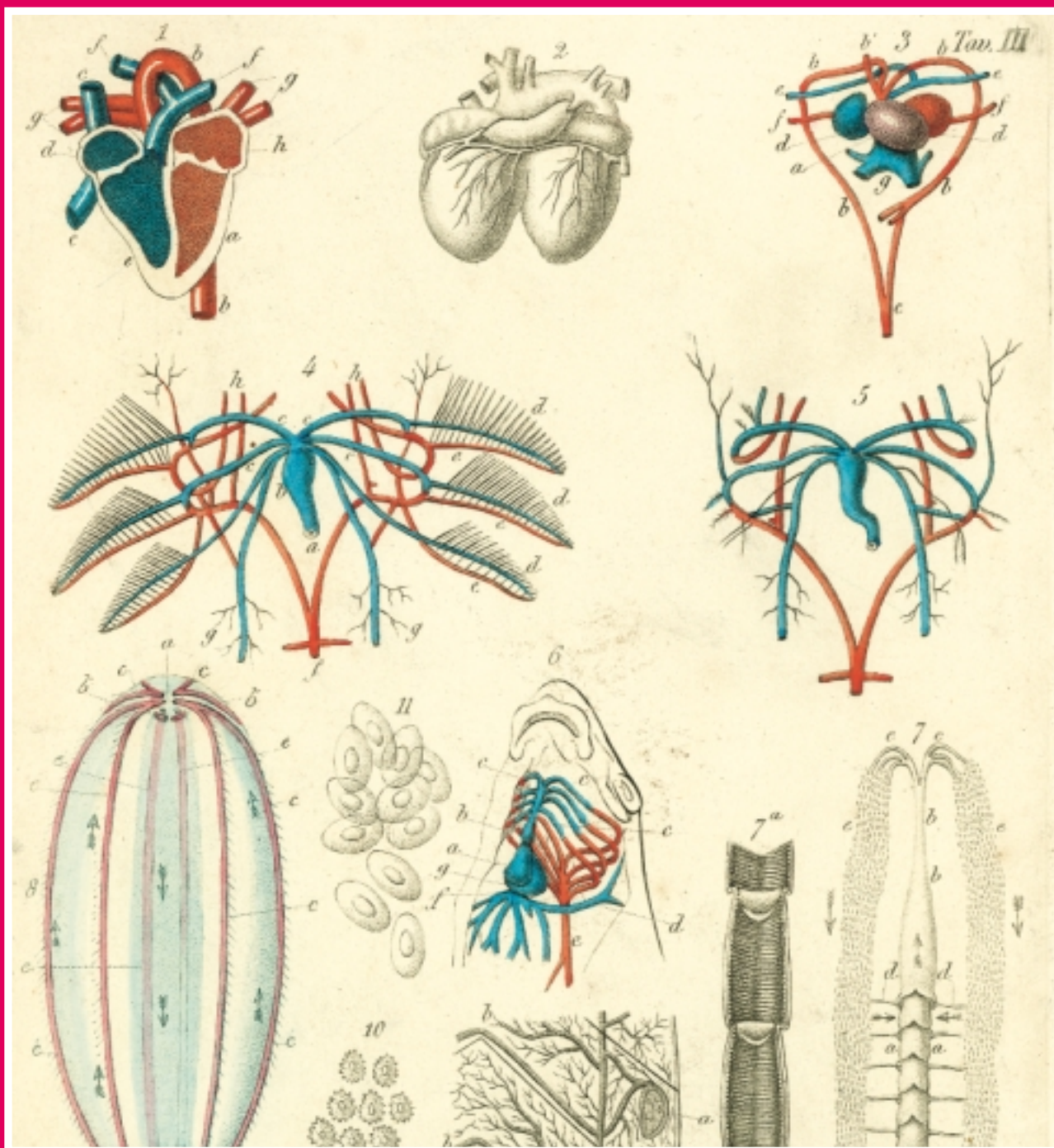


NOVEMBRE - DICEMBRE 2004 N. 142



CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



AMICI DELL'ANMCO

AstraZeneca • Aventis • Boehringer Ingelheim
Pfizer Italiana • Roche • Sanofi-Synthelabo • Servier Italia



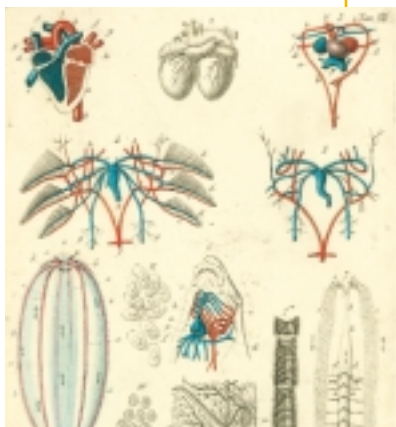
**XXXVI Congresso Nazionale ANMCO
1-4 giugno 2005**



IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL PRESIDENTE
- 3 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 14 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 16 DAL XXXV CONGRESSO NAZIONALE ANMCO
- 19 NEWS DAI CONGRESSI SCIENTIFICI NAZIONALI
- 29 DALLE AREE
Informatica - Nursing
Prevenzione Cardiovascolare
- 36 DALLE REGIONI
Calabria - Lombardia - Molise - Umbria
- 45 CUORI ALLO SPECCHIO
- 50 VIAGGIO INTORNO AL CUORE
- 59 FORUM
- 60 FIGURARE LA PAROLA

In copertina:
Immagine da una stampa antica



INDICE:

<p>2 ISTITUITO IL FONDO ETICO PER LA RICERCA <i>di Giuseppe Di Pasquale</i></p> <hr/> <p>3 VENT'ANNI DI "GISSI CULTURA". QUEI "TEMERARI" CHE INNOVARONO LA RICERCA CARDIOLOGICA <i>di Leonardo De Luca e Francesco Bovenzi</i></p> <hr/> <p>5 PARTE LO STUDIO CARDIO-SIS! <i>di Paolo Verdecchia</i></p> <hr/> <p>9 I MEDICI E LA SALUTE INTESA COME MERCATO: RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI MEDICHE RIGUARDO ALL'ODIERNA RICERCA CLINICA <i>di Luigi Oltrona Visconti</i></p> <hr/> <p>11 IPERTENSIONE ARTERIOSA: RIFLESSIONI SULLA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE <i>di Gian Francesco Mureddu</i></p> <hr/> <p>14 PROGETTO TUTTOCUORE: I RISULTATI DELL'OTTOBRE 2004</p> <hr/> <p>15 10 OTTOBRE 2004 OPEN DAY DELLA CARDIOLOGIA 1ª EDIZIONE NAZIONALE <i>poesia di una visitatrice entusiasta</i></p> <hr/> <p>16 CONVENTION DELLE UTIC: SINDROMI CORONARICHE ACUTE NSTEMI <i>di Leonardo De Luca</i></p> <hr/> <p>19 CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ NAZIONALE DI CARDIOLOGIA INVASIVA <i>di Ciro Indolfi</i></p> <hr/> <p>22 CRONACHE DAL 7° CONGRESSO GICR TORINO, 7-9 OTTOBRE 2004 <i>di Margherita Vona</i></p>	<p>30 "CALL FOR PARTICIPATION" <i>di Antonio Di Chiara</i></p> <hr/> <p>31 ACUTE CARDIAC CARE 2004: LE NOVITÀ NEL NURSING EUROPEO <i>di Quinto Tozzi</i></p> <hr/> <p>32 LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLA PRATICA CLINICA. A LECCE IL WORKSHOP DI AVVIO DELLA CAMPAGNA DI DIFFUSIONE DEI CONTENUTI DELLA III CONFERENZA <i>di Sergio Pede e Massimo Ugucioni</i></p> <hr/> <p>36 ASCOLTA IL TUO CUORE, USA IL CERVELLO! 2004, LA PREVENZIONE SU MISURA <i>di Marilena Matta</i></p> <hr/> <p>38 DELEGAZIONE REGIONALE LOMBARDA <i>di Antonio Mafri</i></p> <hr/> <p>41 CAMPOBASSO GIUGNO 2004: LA MORTE CARDIACA IMPROVISA "Eziologia, Incidenza, Strategia per Contrastarla" <i>di Emilio Musacchio</i></p> <hr/> <p>43 NEWS DALL'ANMCO UMBRIA <i>di Gerardo Rasetti</i></p> <hr/> <p>45 INTERVISTA AL PROF. PAOLO ROSSI <i>di Angelo Sante Bongo</i></p> <hr/> <p>50 FILOSOFIA DELLA MEDICINA <i>di Paolo Rossi</i></p> <hr/> <p>59 UN NUOVO GIORNALE CARDIOLOGICO "PER" E "CON" I MEDICI DI MEDICINA GENERALE <i>di Carlo Schweiger</i></p> <hr/> <p>60 FIGURARE LA PAROLA <i>a cura di Francesco Bovenzi</i></p>
--	--



ISTITUITO IL FONDO ETICO PER LA RICERCA

È in corso da anni all'interno dell'ANMCO un vivace dibattito sul problema del finanziamento degli studi clinici. La propositività in tema di Ricerca clinica da parte delle Aree o di gruppi di Soci è decisamente buona. Negli ultimi due anni oltre 20 studi sono stati approvati da parte del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo dell'ANMCO. Purtroppo alcuni di questi studi di riconosciuto valore scientifico e di sicura priorità per l'Associazione non riescono ad essere realizzati per mancanza di sostegno economico. Nonostante il faticoso lavoro svolto dal Consiglio Direttivo e dal Direttore del Centro Studi, alcune ricerche cliniche non trovano infatti l'interesse al finanziamento da parte dell'Industria Farmaceutica.

Il problema del finanziamento dei cosiddetti "studi orfani" è stato oggetto di ampio dibattito all'interno del precedente Consiglio Direttivo ed in occasione della Riunione degli Stati Generali dell'ANMCO svoltasi a Frascati lo scorso aprile e nella Riunione annuale congiunta del Comitato Scientifico con il Consiglio Direttivo dell'ANMCO svoltasi lo scorso settembre.

In futuro ci si attende che attraverso Heart Care Foundation sia possibile reperire fondi alternativi per la Ricerca. Al momento attuale è l'ANMCO a dover finanziare in parte l'attività di Heart Care Foundation. L'accesso ai bandi di finanziamento pubblico europei, nazionali e regionali è un'altra strada che potrà essere percorsa con il supporto del Centro Studi. Tutto questo in prospettiva futura.

Quello che in concreto l'ANMCO ha deciso di attuare da oggi è la scelta innovativa di destinare un fondo annuale per il finanziamento o il co-finanziamento di progetti meritevoli proposti da Aree o singoli ricercatori. Si è deciso che l'importo annuale del fondo sarà il 2% del fatturato del Centro Servizi ANMCO. Per l'anno in corso 2004 il Fondo ANMCO per la Ricerca ammonterà a circa 75.000 Euro.

Il fondo potrà essere implementato nel tempo attraverso l'incremento degli introiti del Centro Servizi che, tra le tante attività, oltre al Congresso ed alle pubblicità istituzionali degli Amici dell'ANMCO, vedrà accrescere già da quest'anno i proventi legati alla realizzazione delle Campagne Educazionali Nazionali dell'ANMCO.

In accordo con il Comitato Scientifico verranno valutate le modalità della chiamata a concorso di Progetti di Ricerca e dei metodi per la valutazione di merito. Per il momento si è deciso di iniziare a co-finanziare progetti in stand-by già approvati dall'ANMCO.

Le dimensioni attuali del Fondo Etico dell'ANMCO per la Ricerca non consentiranno il finanziamento di alcuni grandi studi per i quali è mancato l'interesse dell'Industria Farmaceutica. Ci si augura tuttavia che venga colto il valore simbolico dell'inizio di un nuovo percorso finalizzato a facilitare la propositività da parte degli Associati di progetti "spontanei" di ricerca clinica o fisiopatologica.



N. 142 - novembre/dicembre 2004

Notiziario ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

Francesco Boncompagni

Co-Editor:

Francesco Bovenzi

Comitato di Redazione:

Gennaro Santoro, 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

<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 Calducci - Firenze



VENT'ANNI DI "GISSI CULTURA". QUEI "TEMERARI" CHE INNOVARONO LA RICERCA CARDIOLOGICA

Nel 1984 l'ANMCO e l'Istituto "Mario Negri" organizzarono il primo megatrial sull'infarto miocardico acuto: il GISSI 1. Il trial nacque e fu percepito come una sorta di manifesto di un'intera società professionale fortemente impegnata a realizzare un progetto ambizioso e rivoluzionario, volto ad integrare l'attività clinica routinaria con l'esercizio sperimentale, dando vita, in tal modo, al primo network sanitario pubblico e cooperativo.

Un recente articolo (Tavazzi L, Maggioni AP, Tognoni G. Participation versus education: The GISSI story and beyond. *Am Heart J.* 2004;148:222-9) accompagnato da 4 autorevoli editoriali firmati da Braunwald, Armstrong, Sleight e Yusuf, ha richiamato alla mente i vent'anni di quella affascinante esperienza innovativa in Cardiologia che è stata definita "GISSI cultura".

L'ANMCO rappresenta ancora oggi "il cuore pulsante" di questo sistema com-



Gaetano Ricchizzi, *Il Tricolore*, 1915

plesso, che negli anni ha indubbiamente contribuito a migliorare la gestione clinica dei malati. Così, con un pizzico di orgoglio, possiamo affermare che l'esperienza trialistica del GISSI non si è affatto conclusa; anzi, essa ha aperto la strada a numerose altre originali strategie di ricerca collaborativa come i Registri. L'importanza del GISSI 1 andò ben oltre la valutazione di un singolo intervento terapeutico. Braunwald ricorda, al proposito, che questo megatrial (più di 10.000 pazienti arruolati) rappresentò l'inizio della "nuova cardiologia", sempre più attenta alla ricerca clinica. Negli anni '60 e '70 del secolo scorso, infatti, la Cardiologia si affidava in maniera determinante alle osservazioni di pochi stimati specialisti, e non disponeva di studi clinici su numeri epidemiologicamente significativi di pazienti. Non a caso, in quel ventennio la mortalità per infarto non aveva mai accennato a diminuire.

Il GISSI 1 contribuì ad uno storico cambio di rotta nel mondo cardiologico e, secondo Sleight, anche nel mondo scientifico in generale: *"dovremmo tutti imparare dai cardiologi italiani"* che seppero condurre uno studio più grazie all'entusiasmo dei partecipanti che alla disponibilità di risorse economiche. Yusuf poi, sottolinea che lo studio fu solo parzialmente finanziato da un prestito bancario, e riuscì a rispondere a domande importanti in modo del tutto indipendente dalle grandi industrie (a differenza di quanto accade molto spesso oggi), coinvolgendo nondimeno la quasi totalità delle unità coronariche italiane. Tutto ciò ha portato ad un'evoluzione culturale molto più efficace di qualsivoglia progetto educativo ed è risultato ben accetto dai medici in quanto prodotto riconoscibile della loro stessa ricerca, riducendo il rischio di parallelismi ed inevitabili gap tra ricerca e assistenza.

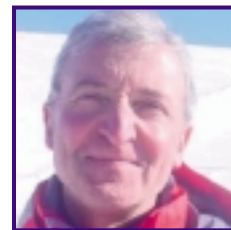
Questo processo ebbe a fondamento il principio basilare che un'attiva partecipazione può essere molto più efficace di qualsiasi forma educativa e scaturì dalla percezione corretta dello stato attuale e reale della professione medica, dei suoi problemi e delle relative potenziali soluzioni.

L'ANMCO iniziò i suoi studi osservazionali con lo specifico scopo di incoraggiare l'incorporazione di nuove strategie terapeutiche e di osservare il loro impatto sulla pratica clinica ad un livello nazionale. Questa è l'antica, ma pur sempre attuale eredità che guida anche il GISSI-Heart Failure (GISSI-HF), in cui si stanno arruolando circa 7.000 pazienti con scompenso cardiaco in classe NYHA II-IV senza limiti d'età o di frazione d'eiezione e che prevederà la distribuzione ai cardiologi, medici generici, infermieri e pazienti, nonché a tutti i ricercatori di diversi materiali didattici aggiuntivi, allo scopo di ottimizzare la terapia dei pazienti con scompenso cardiaco.

L'intuizione originale di vent'anni fa di avere la diretta responsabilità di progetti di ricerca nazionali in aree critiche e rilevanti della pratica clinica ha messo in evidenza, in Italia, il ruolo che dovrebbero avere le società scientifiche, e ci ha reso coscienti della necessità assoluta di un'attività di ricerca che sia il più possibile indipendente.

Il GISSI è riuscito a galvanizzare l'intera comunità cardiologica italiana ed ha accresciuto il senso di orgogliosa appartenenza ad una comunità scientifica e clinica, creando un clima favorevole per la realizzazione di altri studi clinici e divenendo un modello, una sorta di pietra miliare, come scrive Armstrong, per tanti altri gruppi di ricerca nel mondo.

Quella del GISSI è la storia semplice di come un'Associazione di professionisti intelligenti, caparbi e lungimiranti abbia trasformato la cultura della valutazione clinica e della cura in un paese moderno, facendone un modello di riferimento ancora attuale nel mondo.



PARTE LO STUDIO CARDIO-SIS!

Lunedì 11 ottobre si è svolta a Roma, presso l'Hotel Hilton Airport di Fiumicino, una affollata riunione di partenza (*start-up meeting*) dello Studio Cardio-Sis.

Lo studio Cardio-Sis è uno studio ANMCO altamente innovativo che porterà importanti contributi nel settore specifico della cardiopatia ipertensiva, ed in quello del trattamento dell'ipertensione arteriosa in generale. Si tratta di uno studio multicentrico, randomizzato, prospettivo, che confronta l'effetto a lungo termine (2 anni) delle seguenti strategie terapeutiche in soggetti ipertesi di età > 55 anni e con PA sistolica non ben controllata (PA sistolica ≥ 150 mmHg) dal trattamento in atto:

- 1) **Strategia usuale:** riduzione della PA sistolica al di sotto dei 140 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici
- 2) **Strategia aggressiva:** riduzione della PA sistolica al di sotto dei 130 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici.

Lo studio è eseguito secondo un disegno PROBE (*Prospective, Randomised, Open study with Blinded Evaluation of end-points*). L'end-point primario è rappresentato dalle modificazioni dei segni ECG di ipertrofia VS. L'end-point secondario è rappresentato dagli eventi cardiovascolari maggiori (es.: ictus cerebrale, infarto miocardico, morte cardiovascolare).

Perché Cardio-Sis? È ormai ben noto che la maggioranza dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico presenta valori di pressione arteriosa (PA) non ben controllati, cioè al di sopra dei 140/90 mmHg. Ciò comporta un aumento del rischio di infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e altri gravi eventi cardiovascolari. Al di sopra dei 55 anni di età, la PA sistolica è estremamente più importante della PA diastolica nel condizionare il rischio cardiovascolare globale. Più elevati sono i livelli di PA, maggiore è la probabilità che il paziente presenti ipertrofia ventricolare sinistra. La presenza di segni di ipertrofia ventricolare sinistra (VS) all'elettrocardiogramma di questi pazienti raddoppia il rischio di tali complicanze cardiovascolari indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio (fumo, diabete, ecc.). È anche accertato che le modificazioni dei segni ECG di ipertrofia VS sono potenti indicatori prognostici. I pazienti con assenza di ipertrofia VS, oppure con regressione dell'ipertrofia, sono a rischio cardiovascolare più basso rispetto ai pazienti con nuova comparsa di ipertrofia VS oppure con mancata regressione dell'ipertrofia stessa. È chiaro

quindi che il Cardiologo deve controllare attentamente le modificazioni, nel tempo, dei parametri ECG di ipertrofia ventricolare sinistra in tutti i suoi pa-



Pinturicchio, *Disputa di Gesù coi Dottori*, 1501

zienti ipertesi. Nonostante queste cognizioni siano assodate, non è ancora ben chiaro quale debba essere il livello di aggressività terapeutica ottimale ai fini dell'ottenimento della regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra.

In generale, le Linee Guida suggeriscono di scendere al di sotto dei 140/90 mmHg nei pazienti ipertesi non diabetici, e dei 130/80 mmHg nei pazienti ipertesi diabetici. Tuttavia, anche i pazienti ipertesi non diabetici con ipertrofia ventricolare sinistra sono pazienti ad alto rischio di gravi complicanze cardiovascolari, analogamente ai pazienti diabetici, e dunque un obiettivo di 130/80 mmHg potrebbe essere desiderabile anche in questi pazienti.

Come sarà la terapia medica? Allo scopo di raggiungere l'uno o l'altro dei 2 obiettivi terapeutici randomizzati, la terapia antipertensiva verrà prescritta, in accordo alle correnti Linee Guida, secondo uno schema aperto, adattato ad ogni singolo paziente sulla base del profilo di rischio definito da concomitanti fattori di rischio e malattie associate.

Pertanto, ogni ricercatore sarà del tutto libero di adattare la terapia alle condizioni specifiche di ogni paziente. Ovviamente, la terapia sarà più intensa nel gruppo randomizzato all'obiettivo terapeutico di 130 mmHg, rispetto al gruppo randomizzato all'obiettivo di 140 mmHg.

Per entrambi i gruppi, sarà utilizzato un paniere di farmaci che include diuretici (idroclorotiazide in combinazione fissa con ramipril o telmisartan, furosemide), beta-bloccanti (bisoprololo), ACE-inibitori (ramipril da solo o in combinazione fissa con idroclorotiazide), calcio antagonisti (amlodipina), inibitori diretti dell'angiotensina II (telmisartan da solo o in combinazione fissa con idroclorotiazide), inibitori centrali del simpatico (clonidina per via transdermica).

Quanti pazienti sono necessari? Sulla base del calcolo delle dimensioni del campione, dovranno essere studiati 743 pazienti in ciascuno dei 2 gruppi. Ipotezzando un'incidenza di drop-out pari al 15%, il numero di pazienti da randomizzare dovrà essere di 1.750.

Quanti centri partecipano? Partecipano a Cardio-Sis circa 50 centri (figura 1), distribuiti su tutto il territorio nazionale. Si tratta non soltanto di centri cardiologici ospedalieri, ma anche di centri universitari e di reparti di Medicina In-



Figura 1 - Centri partecipanti a Cardio-Sis

terna. Le operazioni sono coordinate dal Centro Studi ANMCO, con la lettura centralizzata degli elettrocardiogrammi presso l'Associazione Umbra Cuore e Ipertensione di Perugia.

Tutto via Internet! Una caratteristica peculiare ed innovativa di Cardio-Sis è il ricorso estensivo ad Internet per l'immissione dei dati e la gestione complessiva dello studio.

La Società **Healthware Technology** di Salerno, che collabora con ANMCO per questo studio, ha costruito una piattaforma, che gira su Internet, che sarà uti-

lizzata non solo per l'immissione dei dati, ma anche per una gestione integrata di vari aspetti di questo studio. Ogni ricercatore sarà fornito di una parola chiave che permetterà l'accesso riservato al software. Quindi, addio ai voluminosi ed ingombranti 'Clinical Record Forms' che eravamo costretti a conservare, paziente per paziente, nei nostri armadi.

Il software sarà raggiungibile attraverso il portale dell'ANMCO. È stata costruita un'area non riservata, che tutti possono visitare, che contiene informazioni sul protocollo dello studio, sul suo razionale scientifico, e che mostra la piantina dei centri partecipanti.



Figura 2 - Portale di ingresso all'area riservata dello studio

L'area pubblica contiene anche altre informazioni generali connesse allo studio. Dopo l'immissione della parola chiave, si viene ammessi all'area riservata dello studio.

Compare un portale (figura 2) che mostra le funzioni generali previste dal software.

Prima di esaminare l'area di immissione dati, notiamo alcune utili funzioni di questa piattaforma: è possibile comunicare istantaneamente con tutti gli altri centri partecipanti oppure con qualcuno di questi, lasciare messaggi generali o personalizzati, cercare documenti, ecc. Ovviamente, è sempre possibile chiedere aiuto ai programmatori, in caso di dubbi di ogni tipo (funzione 'supporto'). Cliccando la funzione 'schede dati' si entra nel vivo del software. È qui che sono immessi i dati dei pazienti, visita per visita. È qui che viene comunicato il gruppo al quale il paziente viene randomizzato. È qui che viene inserita la terapia prescritta ad ogni visita.

A questo proposito, sulla base della terapia prescritta, il software calcola istantaneamente il fabbisogno di farmaci di quel centro e, se i farmaci si stanno esaurendo, provvede all'invio immediato di un rifornimento con una latenza di meno di 48 ore!

Il 'cruscotto' riportato in figura 3 mostra come questa piattaforma software possa rendere estremamente agevoli molte operazioni. Certamente sarà necessario, all'inizio, impraticarsi un po' di questo software, ma poi garantiamo che il suo

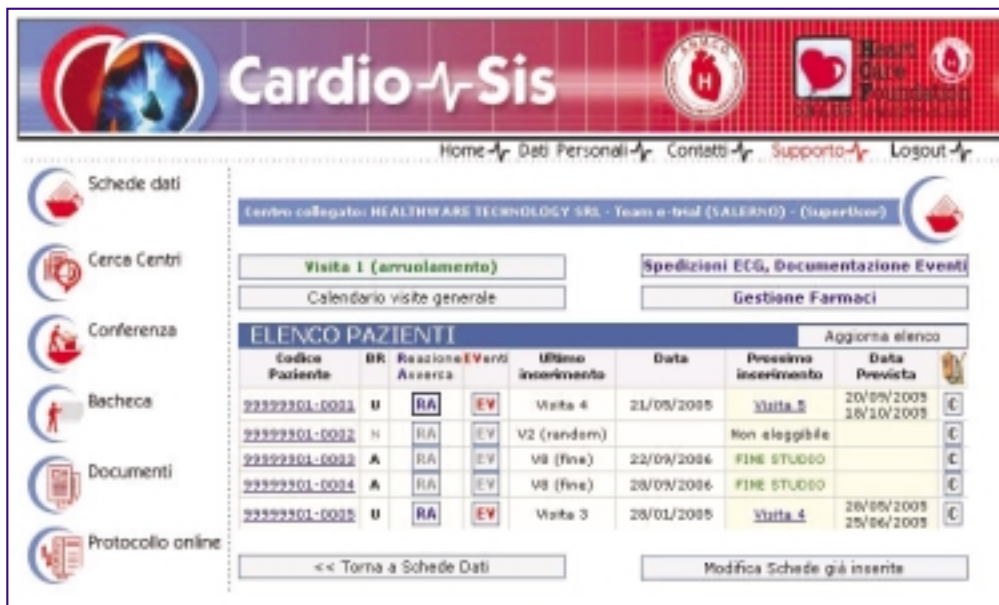


Figura 3 - Il 'cruscotto'

utilizzo diventerà veramente rapido ed intuitivo. Simuliamo una situazione fittizia: nella parte sinistra immaginiamo di avere l'elenco di 5 pazienti in studio (dal numero 1 al numero 5). Come si vede, il paziente 1 ha eseguito la visita 4 il giorno 21 maggio 2005. Nella casella immediatamente a destra, il software ci informa che la visita successiva (numero 5) dovrà essere eseguita tra il 20 settembre ed il 18 ottobre 2005. Il paziente numero 2 era stato sottoposto a screening (visita 1), ma poi non era risultato eleggibile (cioè non rispettava tutti i criteri per la randomizzazione, prevista alla visita 2). Il paziente numero 3 e numero 4 hanno finito lo studio nelle date indicate. Il paziente numero 5 ha eseguito la visita 3 il 28 gennaio 2005 e dovrà eseguire la visita 4 tra il 28 maggio ed il 25 maggio 2005.

Da questo cruscotto di controllo, attraverso un semplice click, possiamo accedere alle aree delle singole visite, dove vengono immessi i dati. È anche possibile inserire istantaneamente dati sugli eventuali eventi (end-points) cliccando sul pulsante rosso EV, e sulle reazioni avverse cliccando sul pulsante azzurro RA. Sono ovviamente possibili moltissime altre funzioni.

Tempi di inizio dello studio. Alcuni centri sono già pronti ad iniziare lo studio. Per altri centri stiamo completando l'iter burocratico che passa attraverso i Comitati Etici e le Direzioni Sanitarie degli Ospedali.

Prevediamo che almeno 15 centri possano iniziare lo studio entro il mese di ottobre 2004, e la gran parte degli altri centri nel mese successivo. La fase di arruolamento durerà 1 anno, con 2 anni successivi di follow-up.

Il Centro Studi ANMCO provvederà alle visite di monitoraggio ai centri, che saranno eseguite dopo il quarto-quinto paziente arruolato e successivamente ogni 6 mesi. È stata anche prevista una 'help-line', sia telefonica sia e-mail, per qualsiasi chiarimento connesso all'esecuzione pratica dello studio.

Conclusioni. Un aspetto importante da sottolineare è che lo studio Cardio-Sis è uno studio ANMCO indipendente che non confronta due diversi trattamenti farmacologici, ma due diverse strategie terapeutiche, con rilevanti implicazioni scientifiche e di sanità pubblica.

La proprietà dei risultati di Cardio-Sis è dei ricercatori, che con la loro attività contribuiscono alla riuscita dello studio. ANMCO ha totale autonomia di analisi e pubblicazione dei risultati ed ogni ricercatore è incoraggiato fin d'ora a contribuire con idee e proposte all'analisi dei dati che saranno raccolti.

Cardio-Sis è stato reso possibile dal supporto finanziario e dalla donazione dei farmaci da parte delle Aziende Boehringer Ingelheim, Pfizer e Aventis-Pharma, e dalla sola donazione dei farmaci da parte di Bayer. Riteniamo che il supporto concreto ad iniziative scientifiche di questo tipo sia di grande merito per l'Industria.



I MEDICI E LA SALUTE INTESA COME MERCATO: RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI MEDICHE RIGUARDO ALL'ODIERNA RICERCA CLINICA

Nella comunità medica si va diffondendo la convinzione che le problematiche della salute vengano percepite dal pubblico sempre più in termini di mercato, nell'accezione di una finalizzazione degli interessi in favore di alcuni individui. Una delle manifestazioni della crescente economicizzazione della Medicina avviene al momento della ricaduta a livello di opinione pubblica dei risultati delle ricerche cliniche. Gli studi che vengono oggi intrapresi nei pazienti per stabilire l'efficacia e la sicurezza di nuovi farmaci o di nuove procedure diagnostiche o interventistiche sono sempre più costosi, sempre meglio organizzati e vengono molto spesso sostenuti da una forte campagna "pubblicitaria" nei confronti dei media. Infatti i loro risultati hanno spesso un impatto immediato, quasi on-line, prima ancora che sulla routine quotidiana dell'attività medica, sui media e quindi sulla popolazione con messaggi che sono, anche nel nostro paese, sempre meglio orchestrati e a tutto campo (quotidiani, televisione, internet). A questo fanno naturalmente eccezione quegli studi i cui risultati sono giudicati dagli organizzatori come sfavorevoli: in questo caso vi è spesso il tentativo di non renderli noti né a livello di pubblicazione scientifica né tantomeno di campagna stampa. Il pubblico ha la sensazione che ogni giorno venga combattuta una guerra commerciale tra le multinazionali (che sono sempre meno numerose e sempre più potenti e ramificate) che producono farmaci, apparecchiature medicali e protesi, con implicazioni ignote ai pazienti (e per lo più ai Medici) e con regole assenti o sconosciute.

Inoltre le strategie di vendita dell'industria si sviluppano sempre più in maniera aggressiva, una volta che studi clinici, a volte solo preliminari e parziali, hanno dato qualche risultato. Esempi recenti provengono dalla commercializzazione di nuovi farmaci prima che sia stato concluso il programma di ricerca pianificato, basandosi su evidenze scientifiche surrogate e perciò limitate, senza che l'efficacia clinica e la sicurezza della molecola sia stata veramente provata.

Questi casi, che sono stati ampiamente stigmatizzati da alcune testate della stampa medica, sono estremamente significativi nell'evidenziare come l'industria e i Medici che si adoperano ad assecondarla acriticamente rischiano di violare regole di metodo e di etica che sono riconosciute essere alla base della ricerca stessa. Vi è infatti un'ampia letteratura medica che ribadisce come la dimostrazione di un risultato scientifico possa e talvolta debba obbligatoriamente cambiare il comportamento del Medico nella sua pratica clinica secondo precisi criteri. Questi criteri sono stati elencati in un documento della Società Europea di Cardiologia a firma anche del suo Presidente:¹

A) credibilità dell'evidenza. Una modificazione di un atto medico (sostituire un farmaco con un altro, introdurne uno nuovo o avviare una nuova procedura) è il risultato di un consenso che la comunità medica specialistica di quella patologia (Cardiologi ad esempio) esprime attraverso ad esempio delle linee-guida. Queste vengono aggiornate sempre più rapidamente dalle Società scientifiche mediche in base alla forza e alla credibilità dell'evidenza stessa: ovvero secondo quanto gli studi che dimostrano ad esempio l'efficacia di un nuovo farmaco ri-

spetto a un altro sono condotti correttamente perché disegnati e monitorati secondo regole note ai ricercatori, su un ampio numero di pazienti, con obiettivi ben definiti nel progetto e raggiunti dai risultati dello studio, pubblicati su ri-



Giorgio De Chirico, *La contrarietà del pensatore*, 1915

viste mediche prestigiose nelle quali gli articoli proposti per la pubblicazione sono sottoposti a verifica da parte di revisori indipendenti; inoltre quasi sempre i risultati di uno studio devono essere confermati da altri studi. La problematica della sicurezza di un nuovo preparato o di una nuova procedura è estremamente complessa: è noto che per evidenziare eventuali effetti collaterali che si manifestano in percentuale poco significativa i farmaci o apparecchi oggetto di studio debbano essere sperimentati su un numero molto esteso di pazienti; questo non avviene né nella fase I degli studi (dimostrazione di tollerabilità su piccoli numeri di volontari sani), né nella fase II (dimostrazione di efficacia su risultati di tipo meccanicistico-fisiopatologico, non ancora di grande rilevanza clinica, quindi ancora su piccoli numeri di pazienti). Solo con gli studi di fase III (dimostrazione di efficacia su numeri più consistenti di pazienti con obiettivi di grande rilievo clinico) e di fase IV (sorveglianza degli effetti collaterali su grandi numeri di pazienti) si può avere la reale percezione della consistenza dei problemi degli effetti negativi di un nuovo ritrovato. È quindi a maggior ragione prematuro dichiarare la reale affidabilità di un nuovo farmaco o procedura prima che queste ultime fasi della ricerca siano state compiute.

B) appropriatezza dell'utilizzo delle novità. I risultati di ricerche correttamente condotte possono portare ad esempio all'introduzione nel mercato di un nuovo farmaco ma questo non significa che esso debba essere estesamente utilizzato nella pratica clinica.

Spesso il nuovo preparato lanciato in commercio non ha caratteristiche di superiorità rispetto a un farmaco che viene tradizionalmente utilizzato per una certa indicazione ed è talvolta anche più costoso.

Le Società Scientifiche hanno e avranno sempre più un ruolo fondamentale nel definire il valore di una nuova scoperta e le sue implicazioni sotto il profilo clinico. Esse hanno una grande responsabilità etica: il valore dell'opera dei comitati scientifici che stendono le linee guida si riflette nella loro indipendenza di fronte a un giudizio di ammissibilità nella pratica clinica di un nuovo presidio passato al vaglio della comunità scientifica: quanto più esse saranno inattaccabili sotto questo profilo tanto più la comunità medica, dagli operatori degli Ospedali fino al singolo Medico di famiglia, si sentirà in dovere di seguire i consigli, quali infatti solamente sono. Un ruolo decisivo viene inoltre svolto in questo senso dalla capacità di comunicare con il pubblico che le Società Mediche hanno e avranno in futuro: gli sforzi rivolti a penetrare nell'opinione pubblica facendosi conoscere per la propria attività scientifica e culturale, per la propria correttezza e indipendenza farà sì che essa, sempre più desiderosa di ricevere le notizie da fonti indipendenti e prestigiose, possa rivolgersi ad esse per attingere informazioni utili.

Nel perseguire questi obiettivi l'industria deve essere vista come un attore fondamentale in un gioco nel quale ciascuno fa la sua parte: gli avanzamenti nella terapia delle malattie sono in gran parte merito dell'industria; il giudizio di merito e l'applicabilità di una nuova scoperta deve passare attraverso il giudizio delle Società Scientifiche, espressione delle Comunità dei Medici, e non direttamente dal produttore al consumatore.

1. Priori SG, Klein W, Bassand JP. Medical Practical guidelines. Separating science from economics. *Eur Heart J* 2003;24:1962-1964.



IPERTENSIONE ARTERIOSA: RIFLESSIONI SULLA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

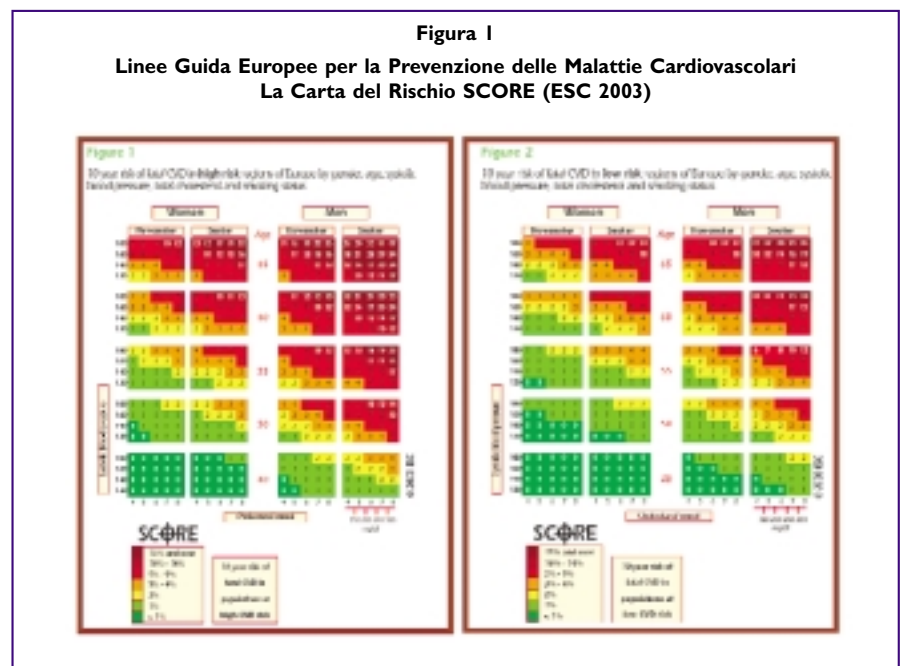
La realtà italiana nella pletora delle Linee Guida per l'ipertensione arteriosa

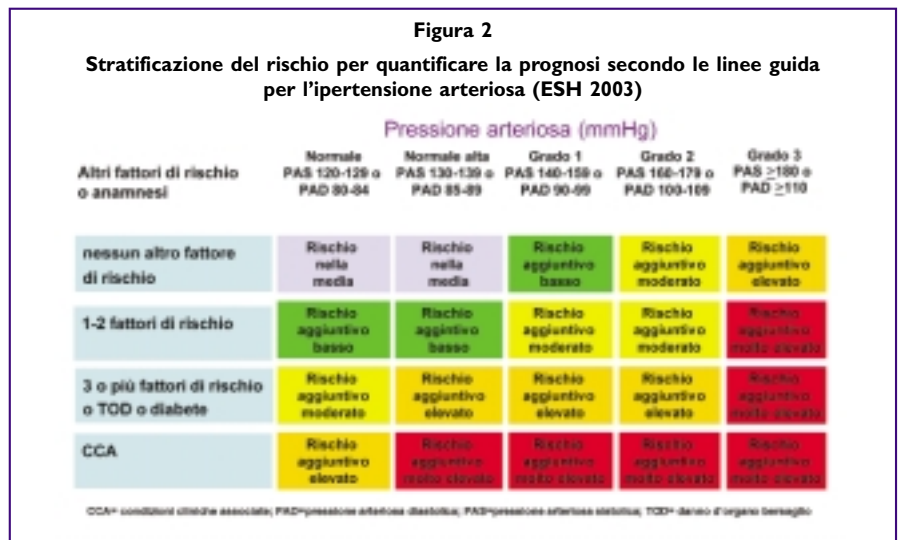
La carta del rischio SCORE, rispetto alla precedente del 1998, per la prima volta non utilizza la popolazione del Framingham Heart Study

Negli ultimi due anni abbiamo assistito ad un continuo sbocciare di Linee Guida per l'ipertensione arteriosa, le statunitensi a maggio del 2003 (JNC-7), seguite a giugno dello stesso anno dalle Linee Guida della Società Europea dell'Ipertensione arteriosa (ESH) e della Società Europea di Cardiologia (ESC); queste ultime hanno fatte proprie ed esteso le raccomandazioni del 1999 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in tema di ipertensione arteriosa. La stessa ESC, nel 2003, aveva rivisto le indicazioni europee per il management della prevenzione cardiovascolare riprendendo le indicazioni della precedente Task Force europea del 1998 proponendo un modello di stratificazione del rischio nei soggetti sani, la carta del rischio SCORE, che rappresenta la base per l'approccio sistematico

ad individui a rischio cardiovascolare (Figura 1).

Rispetto alla precedente del 1998, questa carta per la prima volta non utilizza la popolazione del Framingham Heart Study, ma coorti europee, stima il rischio non di tutti gli eventi cardiovascolari ma soltanto di quelli fatali e divide le popolazioni europee in paesi ad alto e a basso rischio con modalità secondo molti, arbitraria. La stima del rischio è espressa, come consuetudine, in percentuale a 10 anni. Un'estensione della stratificazione è proposta in individui ipertesi dalla Società Europea dell'Ipertensione Arteriosa che secondo uno schema ben conosciuto che incrocia i livelli di pressione arteriosa (grado dell'ipertensione) con la presenza o meno di markers di danno d'organo cardiaco e vascolare.





Questo schema, proposto originariamente dall'OMS, è stato modificato dall'ESH in modo da configurare la presenza e l'entità di un "eccesso di rischio" cardio-

vascolare rispetto alla popolazione pari età sana e priva di fattori di rischio (Figura 2). Il modo in cui si quantifica tale eccesso di rischio (o rischio aggiuntivo), avvicina nuovamente le Carte europee allo studio di Framingham. Infatti ogni livello di rischio aggiuntivo corrisponde ad una percentuale di rischio cardiovascolare a 10 anni secondo il vecchio modello di Framingham a cui corrisponderebbe analoga percentuale di eventi fatali secondo il punteggio SCORE (Tabella 1).

Nonostante le premesse quindi, la Carta Europea del rischio cardiovascolare rimane concettualmente ancora molto vicina

allo studio di Framingham e nel tentativo di discostarsi dalle stime statunitensi propone una carta del rischio unica che, di fatto non accomuna dividendo piuttosto Paesi ad alto da quelli a basso rischio; inoltre questo tentativo sembra

muoversi in direzione opposta al principio auspicato dalla seconda Task Force europea sulla Prevenzione Cardiovascolare che nel 1998 suggeriva che il passo successivo dopo la standardizzazione dell'approccio preventivo, sarebbe dovuta essere l'elaborazione di stime del rischio cardiovascolare nei singoli Paesi europei.

Su questa linea si era già mosso il Regno Unito che utilizza una propria Carta del

Rischio per la Prevenzione Cardiovascolare, elaborata su studi longitudinali britannici che prevede tre categorie: rischio basso se inferiore al 10% a 10 anni, intermedio tra 10 e 20% ed elevato se maggiore del 20% a 10 anni. Non è prevista una stima del rischio a parte per i diabetici e l'uso della

Carta viene consigliato nei soggetti con ipertensione lieve soprattutto per guidare l'eventuale prescrizione di aspirina o statine (Figura 3).

La Carta del rischio viene ripresa e riproposta nell'algoritmo diagnostico dei soggetti ipertesi, dalle recenti linee-guida della

British Hypertension Society le quali hanno meritato attenzione da parte della Comunità Scientifica non solo per la presentazione particolarmente pondero-

Secondo l'ESH ogni livello di rischio aggiuntivo corrisponde ad una percentuale di rischio cardiovascolare a 10 anni secondo il vecchio modello di Framingham a cui corrisponderebbe analoga percentuale di eventi fatali secondo il punteggio SCORE (Tabella 1)

Tabella 1

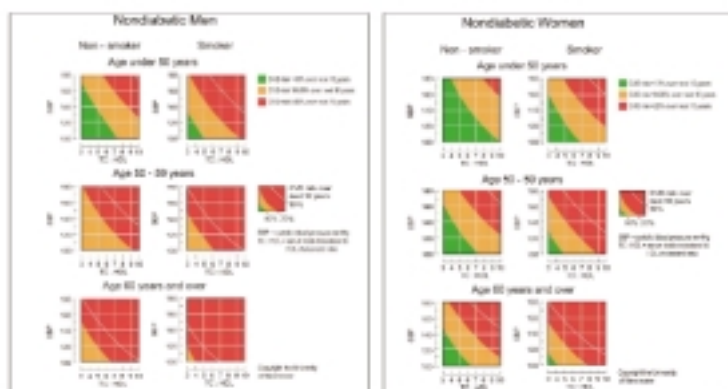
Corrispondenza tra livelli di rischio aggiuntivo delle Linee Guida ESH, rischio cardiovascolare a 10 anni secondo Framingham e rischio di eventi cardiovascolari fatali secondo il progetto SCORE

Rischio aggiuntivo	corrispondente Framingham	Rischio Score
Basso	<15% CV	<4% SCORE (eventi fatali)
Moderato	15-20% CV	4-5% SCORE (eventi fatali)
Alto	20-30% CV	5-8% SCORE (eventi fatali)
Molto alto	>30% CV	>8% SCORE (eventi fatali)

La British Hypertension Society è stata la prima ad inserire nelle Linee Guida la Carta del rischio cardiovascolare elaborata dalle Società britanniche

Figura 3

BHS-4: carta del rischio per la Prevenzione Cardiovascolare nel Regno Unito (Joint British Societies)



sa ma anche perché rappresentano il primo tentativo di gestione sinergica della prevenzione cardiovascolare, costituendo il passo avanti auspicato dalle Società europee di Prevenzione Cardiovascolare fin dal 1998.

La presentazione nello stesso mese di aprile 2004, a Roma, durante la III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, della Carta del Rischio Cardiovascolare italiana (Figura 4), frutto del lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e quindi anche dell'ANMCO, ci

pone in una posizione di privilegio rispetto ad altre realtà europee, subito dopo la realtà inglese.

Cosa c'è ancora da fare in Italia? La stima del rischio cardiovascolare in individui sani, e quindi anche negli ipertesi non complicati, dovrebbe essere verosimilmente eseguita secondo la Carta del Rischio Italiana, mantenendo l'aderenza concettuale alle linee-guida europee ed al continuum stabilito tra queste e l'OMS, ma la successiva stratificazione degli individui ipertesi in base alla presenza di malattia dell'organo bersaglio per la stima di un determinato rischio aggiuntivo rispetto alla popolazione di ipertesi pari età, dovrebbe poter essere elaborata sulla base di categorie di rischio derivate da studi italiani, sostituendo il riferimento al Framingham o allo SCORE.

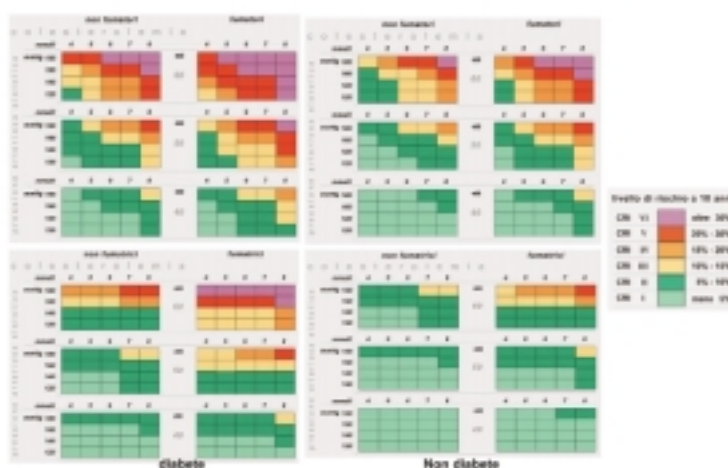
Un simile risultato, può essere unicamente frutto di osservazioni epidemiologiche costanti e a lungo termine nella nostra popolazione, frutto di lungimiranza, sensibilità e collaborazione tra organi di governo politici e tecnici, autorità locali, e Società Scientifiche.

L'ANMCO, con la collaborazione ormai solida con l'Istituto Superiore di Sanità ne rappresenta un esempio che speriamo duri nel tempo.

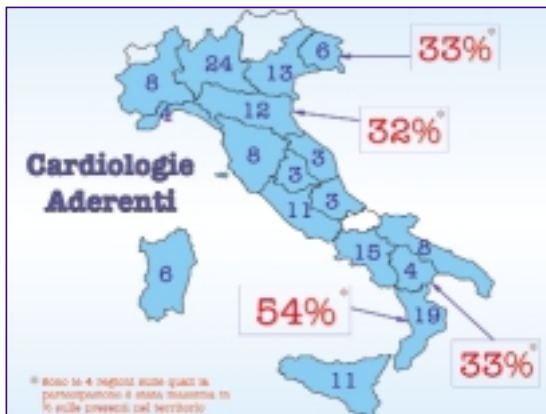
In Italia anche la stima del rischio aggiuntivo nell'ipertensione determinato dalla MOB, dovrebbe nel futuro essere elaborata sui dati epidemiologici italiani che dovrebbero sostituire ogni riferimento al Framingham o allo SCORE

Figura 4

Carta del Rischio Italiana ISS 2004



PROGETTO TUTTOCUORE: I RISULTATI DELL'OTTOBRE 2004



Su **71** Cardiologie che hanno risposto al questionario sono stati coinvolti...

267 cardiologi

417 infermieri

Hanno parlato di noi...

124 quotidiani a diffusione locale
19 quotidiani a diffusione nazionale
per un totale contatti: **5.800.000**

9 uscite televisive nazionali e regionali
per un totale contatti: **5.580.000**

Ufficio Stampa Nazionale - Star Service Communication



il risultato in numeri...

63 Città di cui **26** rappresentate dal Sindaco o Suo delegato per un totale di **70** Associazioni premiate

10 OTTOBRE 2004

OPEN DAY DELLA CARDIOLOGIA 1^A EDIZIONE NAZIONALE

Oggi, da adulti, siamo andati a scuola
e questo, a dire il vero, ci consola!
e la lezione si può dir speciale
perché è tenuta dentro l'ospedale!
Chi abbiam davanti come professori?
In camice, dei validi dottori
e le solerti e giovani bidelle
sono infermiere preparate e belle!
Un cartello ci indica la via:
"Open Day della Cardiologia"
e non importa essere istruito
per accoglier con gioia questo invito!
Con passo incerto, silenziosamente
si avvicina un pò timida la gente
e osserva i manifesti allineati
da cui sorridono cuori colorati
che ci invitano a evitare l'emozione
degli improvvisi sbalzi di pressione,
a non fumare, a non fare una mangiata
ma piuttosto una bella passeggiata
per evitare di "Botero" le modelle
obese e gonfie come mortadelle!
Qualche cartello poi ci fa sudare
specie se lo dobbiamo interpretare
e non sapete che fatica sia
legger l'ipercolesterolemia!
Ma i medici e il Primario con pazienza
(perché così son quelli di Faenza!)
han guidato ogni gruppo ansioso e attento
pronti a tranquillizzare chi, sgomento,
entrava un po' perplesso e con timore,
nell'atmosfera magica del cuore!
Quante notizie, quante spiegazioni,
quanti problemi e spinose questioni
han sviscerato i Cardiologi pronti
per far quadrar perfettamente i conti
dell'Open Day, edizione nazionale
fiore all'occhiello del nostro Ospedale!
E chi di noi non se ne andrà contento
dopo un così prezioso insegnamento?
Soddisfatti, farciti di Cultura,
pronti alla "prevenzione su misura"
affronterem le più aspre situazioni
con un coraggio e un CUORE da leoni!!!

UNA VISITATRICE ENTUSIASTA



CONVENTION DELLE UTIC: SINDROMI CORONARICHE ACUTE NSTE

MODERATORI: G. Di Pasquale, C. Greco

RELATORI: D. Ardissino, F. Chiarella, M. Galvani, A. Mafri, G. Casella, G. Ferranti, C. Cavallini

La malattia aterosclerotica coronarica, di cui le sindromi coronariche acute (SCA) costituiscono una preoccupante espressione clinica, può essere inquadrata come interazione tra una predisposizione genetica individuale e fattori di rischio ambientali (Fig. 1).

La rottura della placca aterosclerotica espone materiale altamente trombogenico e costituisce inevitabilmente un'importante condizione favorente la trombosi intracoronarica, responsabile dell'evento acuto.

Langiografia coronarica rappresenta ancora oggi il gold standard nell'identificazione delle placche aterosclerotiche, ma presenta alcuni limiti, come la definizione del remodeling della parete vascolare o la quantificazione della severità delle stenosi intermedie. Queste ultime, come è noto, sono ben visibili all'esame ecografico intravascolare (IVUS), che permette anche di studiare la costituzione anatomica della placca.

L'Optical Coherence Tomography (OCT) attraverso il backscattering tissutale analizzato in maniera computerizzata determina la caratterizzazione tissutale, nonché l'omogeneità del tessuto di placca fornendo un ausilio che, per il momento, è limitato allo studio scintigrafico. La termografia ci ha dimostrato che la temperatura delle placche varia a seconda della presentazione clinica del paziente, la cui reattività, fattori di rischio, infiammatori e coagulativi costituiscono un fondamentale ed imprescindibile aspetto tipico di vulnerabilità.

Gli studi BLITZ 1 e 2 costituiscono una delle più nobili espressioni della ricerca cardiologica ospedaliera italiana. Essi hanno avuto il merito di valutare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con SCA, evidenziando tutti i problemi e le criticità strutturali reali. In particolare, lo studio BLITZ 2 ha raccolto i dati di 1888 pazienti (275 centri) con SCA con sottoslivellamento o soprasslivellamento transitorio dell'ST o T negative entro 24 ore dalla presentazione al Pronto Soccorso (Fig. 2).

In questo studio, solo il 16.2% presentava una classe Killip >1, ma il 37% mostrava un TIMI risk score di grado elevato. Il 90% proveniva direttamente dal Pronto Soccorso, mentre il 10% da altri ospedali. Da questo studio appare chiara la differente disponibilità e distribuzione di ospedali dotati di emodinamica. Durante il primo ricovero, infatti, la coronarografia è stata eseguita solo nel 58% dei casi (al Nord nel 68%).

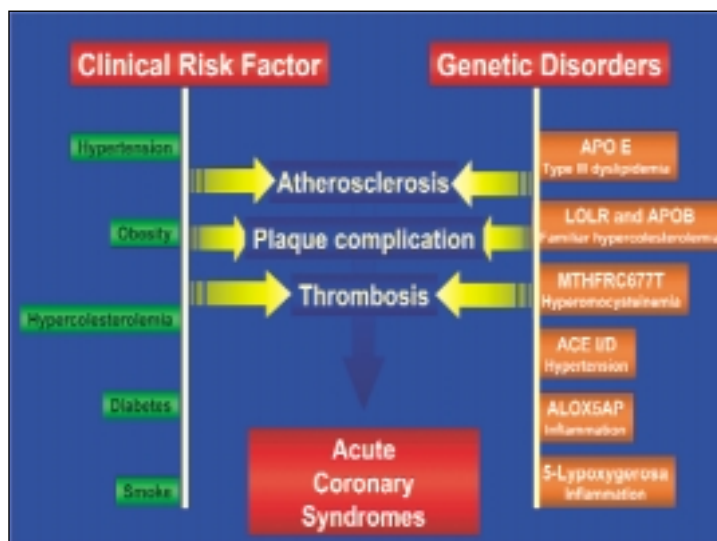


Figura 1

Essi hanno avuto il merito di valutare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con SCA, evidenziando tutti i problemi e le criticità strutturali reali. In particolare, lo studio BLITZ 2 ha raccolto i dati di 1888 pazienti (275 centri) con SCA con sottoslivellamento o soprasslivellamento transitorio dell'ST o T negative entro 24 ore dalla presentazione al Pronto Soccorso (Fig. 2).

In questo studio, solo il 16.2% presentava una classe Killip >1, ma il 37% mostrava un TIMI risk score di grado elevato. Il 90% proveniva direttamente dal Pronto Soccorso, mentre il 10% da altri ospedali. Da questo studio appare chiara la differente disponibilità e distribuzione di ospedali dotati di emodinamica. Durante il primo ricovero, infatti, la coronarografia è stata eseguita solo nel 58% dei casi (al Nord nel 68%).

Una strategia invasiva precoce è stata attuata nel 55% dei casi, con una notevole differenza tra pazienti che arrivavano in centri dotati o non di emodinamica, ma questo anche indipendentemente dal profilo di rischio (Fig. 3). Inoltre, si è spesso optato per una strategia invasiva anche in rapporto all'età: nel 71% con meno di 55 anni, contro il 44% con più di 74 anni.



Figura 2

Il 25% dei pazienti nel BLITZ 2 è stato trattato con inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa.

Le complicanze ischemiche avvenivano nel 40% dei casi entro le 48 ore, anche se la coronarografia era eseguita solo nel 20% e l'angioplastica nell'11%. A 72 ore invece le complicanze ischemiche rappresentavano il 56% e la coronarografia era eseguita nel 29%, l'angioplastica nel 26%. Ciò è importante, perché la rivascolarizzazione nei pazienti a basso rischio sottrae risorse ai pazienti ad alto rischio e paga un tributo alle complicanze procedurali.

Quindi, anche se la rivascolarizzazione precoce (<48 ore) è molto efficace nel ridurre gli eventi coronarici nei pazienti ad alto rischio con SCA senza soprallivellamento del tratto ST, nel mondo reale vincono i paradossi, ovvero: tendiamo a privilegiare i pazienti a basso rischio rispetto alle donne, ai diabetici ed agli anziani che rappresentano la maggior parte dei casi (70% nello studio BLITZ 2).

Nell'ampio registro americano CRUSADE ove il rischio condizionava gli eventi, ma non la scelta di approccio terapeutico, ciò che influenzava la mortalità intraospedaliera era il grado di adesione alle Linee Guida degli ospedali (5.9% di eventi in caso di 65% di adesione vs 3.6% con più dell'80% di adesione).

In pazienti con SCA senza soprallivellamento del tratto ST, le Linee Guida europee identificano un profilo di rischio elevato in presenza di elevati livelli di troponine, così come in presenza di diabete, di instabilità emodinamica, riscontro di aritmie maligne, cambi dinamici dell'ST, ischemia o dolore ricorrente e angina instabile post-IMA precoce, suggerendo in questi casi un approccio ag-

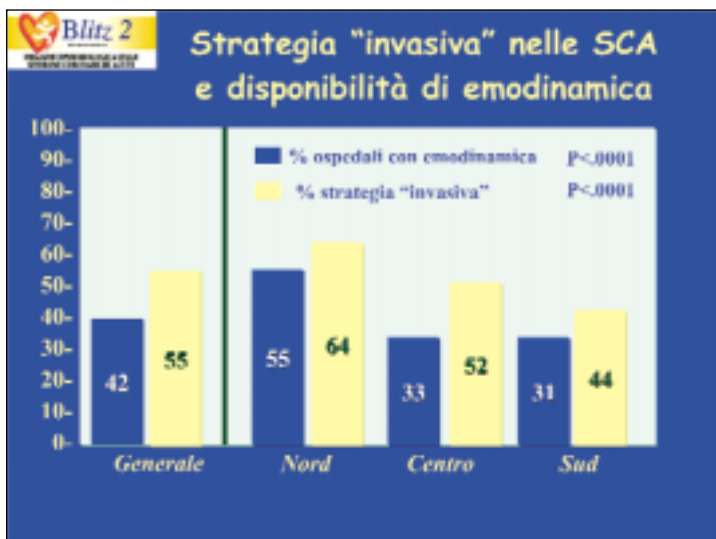


Figura 3

In pazienti con SCA senza soprallivellamento del tratto ST, le Linee Guida europee identificano un profilo di rischio elevato in presenza di elevati livelli di troponine, così come in presenza di diabete, di instabilità emodinamica, riscontro di aritmie maligne, cambi dinamici dell'ST, ischemia o dolore ricorrente e angina instabile post-IMA precoce, suggerendo in questi casi un approccio ag-

gressivo combinato all'utilizzo di inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa.

Tale rivascolarizzazione coronarica precoce è volta a prevenire il rischio immediato o le recidive di IMA, limitare l'estensione dell'IMA e trattare l'ischemia residua.

Secondo le medesime Linee Guida, l'aspirina è il farmaco da somministrare in tutti i pazienti che giungono all'osservazione per sospetta SCA, indipendentemente da loro profilo di rischio. Anche il Clopidogrel dovrebbe essere somministrato a tutti i pazienti con SCA da avviare a strategia invasiva, così come l'e-

parina della quale esiste una forma non frazionata e forme frazionate che in più possiedono una spiccata attività anti-fattore X attivato.

In 3 studi (INTERACT, A to Z e SYNERGY) non è emersa una netta superiorità delle eparine frazionate rispetto alla non frazionata quando associate a inibitori delle glicoproteine in pazienti avviati ad angioplastica, con lieve incremento di complicanze emorragiche nel gruppo trattato con eparine a basso peso molecolare.

Resta ancora discutibile il tipo di rivascolarizzazione da utilizzare. Infatti, esiste una netta differenza tra studi randomizzati (trials FRISC II, TACTICS, RITA 3), ove i pazienti sono più selezionati e il rapporto PCI vs by-pass è di 2:1, e mondo reale (registri AICARE 2, ROSAI 2, BLITZ 2), ove il rapporto è ben più a favore della PCI anche per il maggiore utilizzo

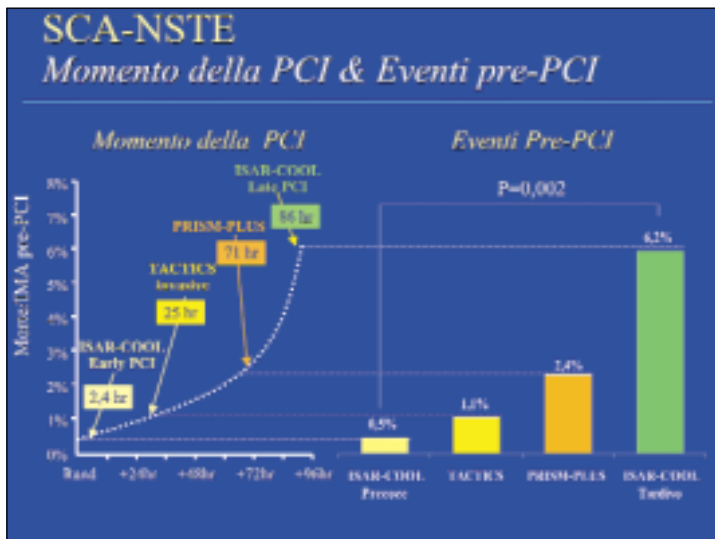


Figura 4

di stent medicati che sembrano ridurre la percentuale di restenosi.

Il timing della rivascolarizzazione deriva maggiormente dallo studio TACTICS TIMI 18 ove gran parte dei benefici nel gruppo invasivo rispetto al conservativo era legato alla precocità dell'esecuzione della procedura.

La percentuale di eventi periprocedurali (IMA e morte) variava in rapporto alla precocità dell'intervento così come nell'ISAR COOL ove la ricorrenza di eventi clinici era dello 0.5% in caso di approccio precoce (2,4 ore) e del 6,2% se veniva eseguito più tardivamente (86 ore) (Fig. 4).

Di fondamentale importanza è infine il ruolo dell'assistenza infermieristica per l'entità e la qualità delle risorse umane dedicate, le relazioni di aiuto col paziente, nonché l'identificazione di protocolli standardizzati e condivisi dal gruppo.

In conclusione, abbiamo imparato che una sfida da vincere non solo scientifica, ma anche organizzativa, è l'implementazione in tutte le regioni di una strategia di rete interospedaliera, così come è stato sottolineato nel documento Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia. E' a tutti chiara la presenza di un gradiente di rischio nelle SCA, purtroppo non sempre corrisposto da un adeguato gradiente di intervento organizzativo-terapeutico, capace di offrire a tutti le migliori possibilità di cura e sopravvivenza indipendentemente dalle risorse di un centro.

L'ANMCO raccoglie questa sfida ed è consapevole che per vincerla occorre il coinvolgimento di tutti: Istituzioni regionali, Società scientifiche di settore e SIS 118. Aspettiamo nell'immediato la creazione e l'utilizzo di reti territoriali "intelligenti", orientate su presupposti di collaborazione, di individuazione di componenti tra centri di livello crescente, contestualizzazione delle Linee Guida ed identificazione di protocolli comuni.

CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ NAZIONALE DI CARDIOLOGIA INVASIVA

Più che in altre branche della Medicina, in Cardiologia Interventistica i risultati ottenuti con nuove tecniche hanno permesso di rivoluzionare il trattamento di molte patologie. A fare un punto della situazione nell'evoluzione della Cardiologia Interventistica è l'annuale Congresso della Società Italiana di Cardiologia Invasiva GISE. L'evento ormai è diventato un appuntamento fisso non solo per chi si occupa di Cardiologia Interventistica ma per tutti i Cardiologi: sono stati trattati, infatti, argomenti di interesse generale e di carattere innovativo. Il Congresso si è svolto a Napoli, presso la Mostra D'Oltremare dal 6 all'8 ottobre u.s. Come ogni anno l'organizzazione è stata particolarmente curata: gli argomenti dei vari simposi sono stati quelli più discussi nel corso dell'ultimo anno.

Novità dell'ultimo Congresso sono stati i casi clinici dal vivo: alcuni Laboratori di Emodinamica hanno presentato casi clinici particolari, discutendo, di volta in volta, le indicazioni con il panel degli esperti e con i Colleghi del pubblico. C'è stata, in questi casi, la possibilità di discutere realmente le varie indicazioni ed i vari problemi che si presentano ogni giorno nel Laboratorio. Particolarmente brillanti i casi di stenting carotideo, molto graditi dal pubblico dell'Auditorium come tecnica e come indicazioni.

Particolare attenzione nei vari simposi è stata posta alla nefropatia da contrasto. È una frequente complicanza (la terza causa di insufficienza renale acuta ospedaliera dopo l'ipotensione e la chirurgia) nella pratica clinica, soprattutto nei pazienti diabetici che presentano una iniziale alterazione della funzione renale.

L'ipossia acuta della midollare del rene, l'aumentata densità ematica e la vaso-costrizione insieme alla presenza di un preesistente danno renale, riduce gravemente le possibilità di compenso, creando i presupposti per il danno renale acuto. Tra le varie strategie di prevenzione della nefropatia da contrasto, solo l'idratazione con soluzione salina, l'uso di mezzi di contrasto a bassa osmolarità e l'acetilcisteina, impiegata come agente anti-ossidante, si sono rilevati efficaci. Invece la prevenzione della nefropatia da contrasto in soggetti con insufficienza renale cronica di grado severo che devono essere sottoposti a procedure di Cardiologia Interventistica può giovare dell'Emofiltrazione extracorporea. I dati presentati dal Dott. G. Marenzi del Centro Cardiologico Monzino di Milano, indicano che nei pazienti con insufficienza renale cronica che devono essere sottoposti a procedure di Cardiologia Interventistica il trattamento peri-procedurale con emofiltrazione è efficace nel prevenire il deterioramento funzionale renale conseguente all'esposizione a elevate quantità di mezzo di contrasto.

Ancora una volta argomento cardine del Congresso sono stati gli stent medicati (drug eluting stent, DES): vari gli interventi sul loro utilizzo nella pratica clinica. Sono state presentate esperienze sul trattamento di lesioni particolari come la stenosi del tronco comune (TC). Il Prof. Sheiban (Laboratorio di Emodinamica dell'Università di Torino), ha presentato la casistica sull'utilizzo dei DES nelle lesioni del tronco comune. È stato sottolineato durante la relazione che il trattamento di prima scelta (da Linee Guida) è il by-pass aorto-coronarico. Il re-

cente avvento degli stents medicati e gli ottimi risultati dei trial clinici relativi all'uso dei DES in diversi tipi di pazienti possono aprire nuovi orizzonti nel trattamento della malattia del TC mediante angioplastica. Alla fine del simposio, tuttavia, la conclusione è stata ancora una volta a favore del by-pass anche nell'attuale era dei DES.

L'esperienza dell'utilizzo dei DES nella pratica clinica è stato presentato in una relazione sul registro ELISIR (il registro dei drug eluting stents è stato promosso e condotto dal GISE e coordinato dal Prof. Indolfi). Il registro ha coinvolto 55 laboratori di Emodinamica italiani. Sono stati arruolati 2.500 pazienti in cui sono stati impiantati stent medicati (a rilascio di Sirolimus nella maggior parte dei casi). Le lesioni trattate interessavano per la maggior parte (55%) il ramo discendente anteriore, lesioni complesse ed in pazienti con angina instabile. Il Registro Elisir rappresenta la fotografia della pratica clinica a volte lontana dalla realtà dei grandi trial randomizzati.

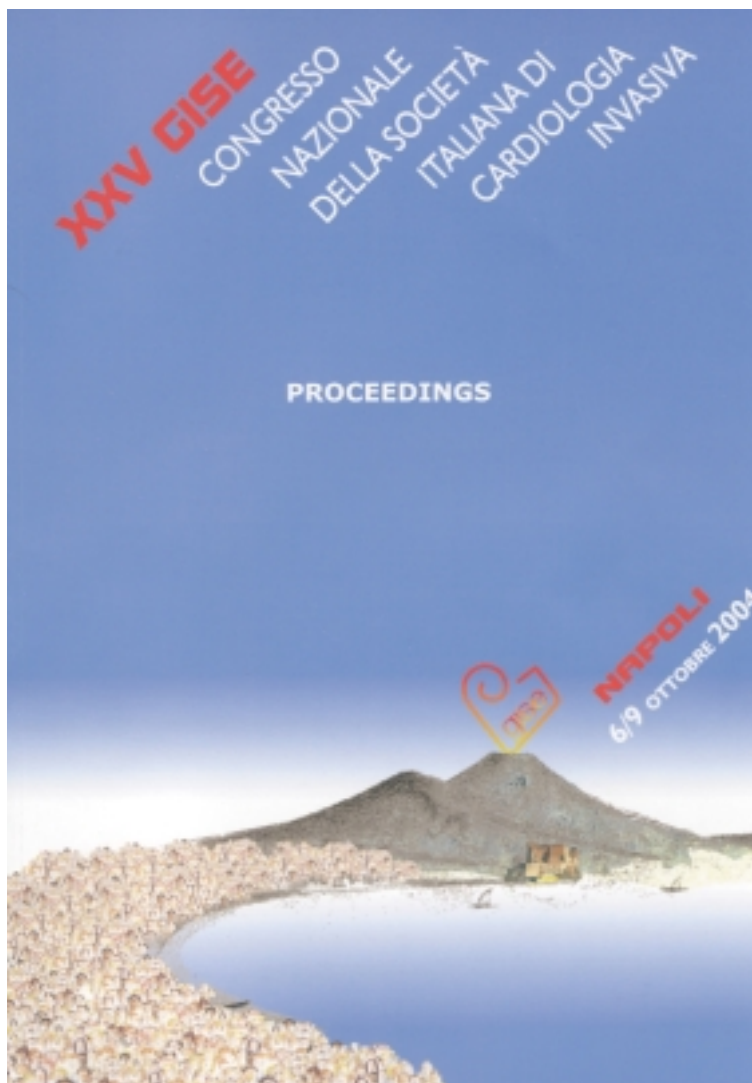
Relazioni interessanti riguardano lo shock cardiogeno. Lo shock si sviluppa prevalentemente come complicanza dell'infarto miocardico acuto. Oltre ad essere una complicanza severa dell'IMA con soprasslivellamento del tratto ST, si può presentare anche nell'IMA senza soprasslivellamento del tratto ST. In questo secondo caso è meno frequente, generalmente ha uno sviluppo più tardivo e si presenta in rapporto con caratteristiche cliniche sfavorevoli come età avanzata, diabete e maggiore incidenza di pregresso infarto.

Lo shock si sviluppa nel 75% dei casi per predominante disfunzione ventricolare sinistra, nel restante 25% per altre cause tra cui l'insufficienza mitralica severa, la rottura del setto interventricolare, la disfunzione ventricolare destra. Il primo studio randomizzato che ha mostrato come la terapia trombolitica, associata alla contropulsazione, riduce la mortalità tra i trattati è stato lo SHOCK trial.

Il merito maggiore dello studio è stato comunque quello di dimostrare per la prima volta il vantaggio del trattamento con angioplastica su quello con terapia farmacologica, vantaggio evidente soprattutto a medio termine, con una significativa riduzione della mortalità a sei mesi. In questo studio il sottogruppo gruppo di pazienti veniva sottoposto a rivascolarizzazione tardivamente: entro 12 ore dal manifestarsi dello shock. Da altre casistiche presentate, invece, si desume che i migliori risultati in termini di riduzione della mortalità vengono ottenuti in pazienti trattati con rivascolarizzazione entro le sei ore dall'esordio infartuale. La precocità del trattamento ripercussivo sembra influenzare anche l'incidenza dello shock che risulta praticamente nullo tra i pazienti trattati entro le due ore dall'esordio infartuale con trombolisi preospedaliera nello studio CAPTIM. In conclusione il simposio ha sottolineato come i punti chiave da seguire nei prossimi anni siano in particolare anticipare i tempi del trattamento ripercussivo e scegliere l'uso della rete interospedaliera per l'interventistica in gruppi selezionati di pazienti.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, oltre agli oramai indispensabili abiciximab e tirofiban, per i quali sono stati presentati numerosi studi anche nella sessione dei poster e delle comunicazioni orali, particolare attenzione è stata posta sugli inibitori diretti della trombina ed il loro utilizzo nelle sindromi coronariche acute. Il Dott. Colombo ha presentato i primi risultati del trattamento di alcuni pazienti con bivalirudina, sottolineando le indicazioni al suo utilizzo, l'assenza di sanguinamenti maggiori rispetto alla terapia tradizionale e presentando i risultati dei trial clinici più importanti: il REPLACE 1 e 2.

Altre relazioni nel corso del Congresso riguardano il trattamento di particolari



categorie di pazienti: i pazienti diabetici, il trattamento della ristenosi intrastent, il trattamento del no-reflow dopo infarto miocardico acuto, il trattamento percutaneo nei pazienti multivasali.

Alcune relazioni del Congresso ed in una riunione nel giorno precedente l'inizio dei lavori, alcune società scientifiche (ANMCO, FIC, GISE) hanno ancora una volta discusso sulla reale possibilità in Italia di costruire delle vere e proprie reti ospedaliere per il trattamento dell'infarto miocardico acuto. Le terapie dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST e delle sindromi coronariche acute (ACS) senza sopraslivellamento del tratto ST (angina instabile ed IMA senza sopraslivellamento del tratto ST) sono sostanzialmente cambiate negli ultimi anni. Queste attenzioni nell'ambito della comunità scientifica, riflettono, ovviamente, la prevalenza della malattia coronarica come principale causa di mortalità e morbilità. Gli studi clinici hanno segnalato un'importante carenza nella gestione del paziente critico: vi è spesso discrepanza tra le indicazioni delle Linee Guida e l'organizzazione di trasporto del paziente in centri dove esse possono essere applicate. L'istituzione di centri regionali per le ACS, quando ben collegati con le Comunità di appartenenza e se correttamente finanziati, ha reso la terapia della ACS molto più efficace e più efficiente. Un sistema integrato di Comunità e degli ospedali regionali efficiente nella cura dei pazienti

con infarto miocardico acuto richiederebbe un'attenta cooperazione fra sistemi di trasporto e dipartimenti di emergenza. I programmi attuali hanno come maggior difetto i sistemi di trasporto.

Un ulteriore problema è rappresentato dal volume di pazienti afferenti al laboratorio di Emodinamica e dalla competenza dell'operatore. Anche i luoghi e gli operatori con più esperienza richiedono la garanzia della qualità continua. La conclusione della riunione che ha visto anche la presentazione (nell'ambito del Congresso) della esperienza personale di alcune regioni, è che è necessario un'attenta organizzazione dei mezzi per il trasferimento in centri in cui è presente il Laboratorio di Emodinamica.

Dal punto di vista organizzativo e pratico, durante il Congresso è stato discusso il minimal data setting in Emodinamica ed un importante simposio è stato dedicato alla organizzazione tecnica dei Laboratori di Emodinamica ed alla Qualità con il progetto Oscar.

Anche quest'anno è stata completamente dedicata una sessione allo staff infermieristico. Durante i vari simposi, contemporanee alle sessioni principali, sono stati trattati argomenti di particolare rilievo: le caratteristiche tecniche dei drug eluting stents, le possibilità di utilizzo e le novità rispetto agli stent tradizionali, le indicazioni e le modalità di utilizzo del contropulsatore aortico ed anche in questo caso un simposio è stato dedicato all'organizzazione strutturale ed alle caratteristiche del personale infermieristico in Emodinamica.

CRONACHE DAL 7° CONGRESSO GICR TORINO, 7-9 OTTOBRE 2004



Si è svolto a Torino dal 7 al 9 ottobre il 7° Congresso Nazionale del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva: il Congresso ha registrato un ampio successo di pubblico, testimonianza della grande vivacità e della continua crescita culturale e organizzativa del mondo della Cardiologia Riabilitativa Italiana

Dall'estremo sud all'estremo nord dell'Italia: dopo il grande successo del Congresso del 2002 a Cosenza, questa volta l'impegno di organizzare il consueto appuntamento biennale del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e preventiva (GICR) è stato assunto dal Piemonte-Valle d'Aosta: il Congresso si è infatti svolto nella splendida cornice del Lingotto a Torino dal 7 al 9 ottobre 2004, grazie all'impegno di Biagio Ingnoli (Torino) e di Margherita Vona (Aosta), con il fortissimo sostegno del Comitato Direttivo del GICR, guidato con mano ferma da Francesco Fattoroli.

Tema di fondo di tutto il Congresso deciso dal Comitato Scientifico costituito dal Direttivo del GICR: l'importanza della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva nella cura del paziente postacuto e cronico, dentro e fuori dell'ospedale.

Il programma si è articolato in molti temi di forte attualità nel mondo della riabilitazione cardiologica: il legame indissolubile di conoscenze e strumenti di intervento tra riabilitazione e prevenzione cardiovascolari e gli ostacoli alla realizzazione di percorsi riabilitativi; le nuove problematiche

degli interventi di rivascolarizzazione: la cardiochirurgia e i nuovi modelli riabilitativi che ne derivano (senza dimenticare il problema del cardioperato anziano) e l'angioplastica coronarica nel paziente complesso; l'importante ruolo dell'esercizio fisico nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari; i nuovi strumenti di valutazione funzionale e prognostica, alcuni aspetti di comorbilità che influenzano fortemente la prognosi dei nostri pazienti in riabilitazione come il diabete e la nefropatia, la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, le possibilità terapeutiche alternative influenzanti metabolismo cellulare e bilancio simpaticovagale, non tralasciando infine il problema della sessualità del cardiopatico.

Sin dall'inizio si è avuta la sensazione che le scelte del Comitato Scientifico, di argomenti e di relatori (questi ultimi tutti di elevatissimo livello), abbiano incontrato l'interesse e la curiosità del mondo della riabilitazione, e non solo. Infatti nonostante la concomitanza di altri importanti congressi, proprio negli stessi identici giorni, la partecipazione ha superato anche le più rosee aspettative.

I partecipanti complessivi sono stati infatti circa ben 500 (tra medici, infermieri, terapisti, psicologi e dietisti). Questo sta a significare che sia pure tra mille difficoltà il mondo della Cardiologia Riabilitativa sta crescendo ininterrottamente ed è composto di persone che hanno voglia di confrontarsi e di imparare sempre più.

Non è quindi un caso che la sala Cinquecento sia stata piena di gente che aveva voglia di continuare il dibattito (che è stato peraltro ampio e vivace per tut-

ta la durata del Congresso) fino all'ultima sessione, nonostante su tutti pesassero 2 giorni di lavori ininterrotti.

Tra i partecipanti, quelli che più ci ha fatto piacere avere tra noi sono stati gli specialisti di settori naturalmente vicini alla Cardiologia Riabilitativa, come i cardiocirurghi (Prof. Valfrè, Dott. Stefano) e gli emodinamisti (Dott. De Servi, Dott. Klugmann): infatti uno dei principali obiettivi del Congresso era proprio quello di rafforzare il legame tra gli operatori che trattano il cardiopatico in fase acuta e quelli che lo seguiranno nella fase postacuta e cronica della sua malattia.

Last but not least, è importante sottolineare il successo delle sessioni delle Aree del GICR (fisioterapisti, psicologi, infermieri, dietisti) ottenuto grazie alla vivacità e all'impegno di tutte queste categorie, ciascuna delle quali ha organizzato un simposio di settore.

Questi simposi, che hanno aperto il Congresso il 7 ottobre, hanno registrato un'ampia partecipazione e un dibattito molto costruttivo.

È evidente che questo risultato testimonia la costante ed esponenziale crescita di queste figure professionali, così essenziali nell'attività multidisciplinare della Cardiologia Riabilitativa, e la loro crescente capacità organizzativa all'interno del GICR.

Sul piano organizzativo tutto o quasi si è svolto regolarmente, salvo qualche piccolo inconveniente, fisiologico forse negli eventi di questo tipo, e indipendente certo dalla volontà degli organizzatori che comunque se ne scusano con i partecipanti, i quali però, con grande classe, non ci hanno fatto pesare i "sacrifici" che hanno dovuto sostenere.

Approfitto infine di questa occasione, anche a nome di Biagio Ingnoli, che tanto impegno ha profuso nell'organizzazione (ma anche per permettere a tutti di portare via "un pezzettino di Torino nel cuore") per rinnovare un enorme grazie a tutti i partecipanti, ai relatori e ai moderatori, e a tutti quelli che hanno dedicato tempo e fatiche al successo del 7° Congresso GICR, un successo della Cardiologia Riabilitativa Italiana.

**Tema di fondo di tutto il Congresso:
l'importanza della Cardiologia Riabilitativa
e Preventiva nella cura del paziente postacuto
e cronico, dentro e fuori dell'ospedale**

7^o

Congresso Nazionale GICR

GRUPPO ITALIANO DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E PREVENTIVA

Centro Congressi Lingotto

TORINO • 7-9 ottobre 2004

PROGRAMMA DEFINITIVO



ANMCO per l'arte

L'ANMCO presenta la grande mostra del Mart,
il Museo d'arte moderna e contemporanea di Trento e Rovereto

Il Bello e le bestie

Metamorfosi, artifici e ibridi, dal mito all'immaginario
scientifico

11.12.04 - 08.05.05

Mart, Museo di Arte
Moderna e Contemporanea
di Trento e Rovereto

Corso Bettini, 43
38068 Rovereto - Trento
numero verde 800 397760
info@mart.trento.it

Orari d'apertura:
10 > 18
Venerdì 10 > 21
Lunedì chiuso

Aperture straordinarie:

Mercoledì 08.12.04, 10.00 - 18.00
Sabato 25.12.04, 15.00 - 20.00
Domenica 26.12.04, 10.00 - 18.00
Lunedì 27.12.04, 10.00 - 18.00
Venerdì 31.12.04, 10.00 - 18.00
Sabato 01.01.05, 15.00 - 20.00
Lunedì 03.01.05, 10.00 - 18.00
Giovedì 06.01.05, 10.00 - 18.00

www.ilbelloelebestie.it



Matthew Barney, CREMASTER 4: The Loughton Candidate, 1994

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 prelievamento.

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 tramite:

- bollettino di c/c postale (n. c/c postale 16340507 intestato a ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
- carta di credito (utilizzando il modulo sottoriportato)

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 2004 - 2006

ABRUZZO

Dott. ANGELO VACRI - Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE) - tel. 085/8271-8276215 - e-mail: angelougo.vacri@tin.it

BASILICATA

Dott. FRANCESCO SISTO - Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza - tel. 0971/613563 - e-mail: sistopz@tiscali.it

CALABRIA

Dott. MARIO CHIATTO - Presidio Ospedaliero - Via Viccinelli - 87075 Trebisacce (CS) - tel. 0981/5091-509263 - e-mail: compama@libero.it

CAMPANIA

Dott. MARINO SCHERILLO - Ospedale G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 BENEVENTO - tel. 0824/57679-689 - e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.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

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LAZIO

Dott. FABRIZIO AMMIRATI - Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma - tel. 06/33061-33062467 - e-mail: fabammirati@libero.it

LIGURIA

Prof. SERGIO CHIERCHIA - Ospedale Civile - Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova - tel. 010/5552236-2841 - e-mail: sergio.chierchia@hsanmartino.liguria.it

LOMBARDIA

Dott. ANTONIO MAFRICI - Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO - tel. 02/64442308 - e-mail: amafri@tin.it

MARCHE

Dott. MARCELLO MANFRIN - Osp. Cardiologico G.M. Lancisi - c/o Polo Osped. Torrette - 60122 Ancona - tel. 071/5965320-348 - e-mail: manfrinmar@libero.it

MOLISE

Dott. EMILIO MUSACCHIO - Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso - tel. 0874/4091-409319 - e-mail: cardiologiabc@virgilio.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. ANGELO SANTE BONGO - Ospedale Maggiore della Carità - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara - tel. 0321/373336-243 - e-mail: a.s.bongo@libero.it

P.A. BOLZANO

Dott. WERNER RAUHE - Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO - tel. 0471/909950 - e-mail: werraubz@yahoo.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

PUGLIA

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

SARDEGNA

Dott. GIAMPAOLO SCORCU - Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 CAGLIARI - tel. 070/539517-510

SICILIA

Dott. MICHELE GULIZIA - Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania - tel. 095/7591111 - e-mail: 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

UMBRIA

Dott. GERARDO RASETTI - Ospedale Civile Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 Terni - tel. 0744/2051 - 205274 - e-mail: g.rasetti@aospertini.it

VENETO

Dott. GIORGIO RIGATELLI - Divisione di Cardiologia - Via Giannella, 1 - 37045 Legnago (VR) - tel. 0442/632299-632111 - e-mail: jackyheart@vodafone.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"/> CNR |
| <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: _____

Non compilare

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:

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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra | <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia | <input type="checkbox"/> Informatica | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica | |
| | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio | |
| | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica | |

Altro (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP | <input type="checkbox"/> 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, 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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);
 - Milano, Via Olgettina, 58, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

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 _____

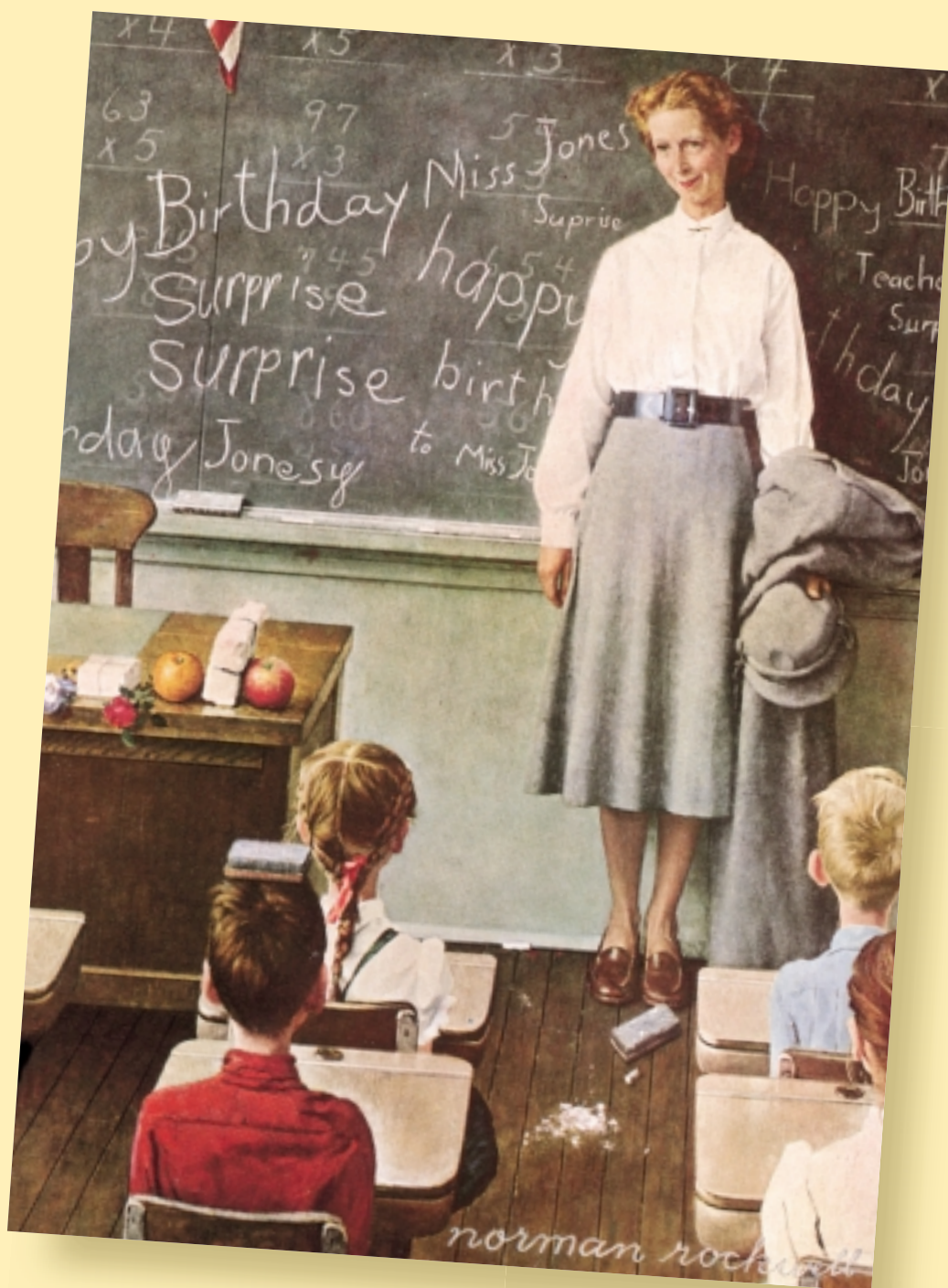
Il Presidente Regionale _____

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

Il Segretario _____

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/5793334)

*Il cardiologo moderno e illuminato
guarda alla formazione,
l'ANMCO è il ponte per raggiungerla*



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)
Referente Area Chirurgica: Stefano Benussi (Milano)
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

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)
Referente Area Chirurgica: Carlo Antona (Milano)
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)
Referente Area Chirurgica: Paolo Magagna (Vicenza)

Comitato G8 - Cardio ANMCO

Coordinatori: Gianfranco Mazzotta (Genova),
 Antonio Di Chiara (Udine), Giancarlo Carini (Bologna)
Per l'ecocardiografia: Luigi Badano (Udine)
Per l'ergometria: Roberto Tramarin (Pavia)
Per l'emodinamica: Leonardo Paloscia (Pescara)
Per l'aritmiologia: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Per la prevenzione cardiovascolare:
 Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per le sindromi coronariche acute:
 Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)
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)
Referente Area Chirurgica: Andrea Maria D'Armini (Pavia)
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)
Referente Area Chirurgica: Domenico Mercogliano (Alessandria)
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

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman: Massimo Ugucconi (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)
Referente Area Chirurgica: Paolo Ferrara (Avellino)
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)
Referente Area Chirurgica: Ettore Vitali (Milano)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso



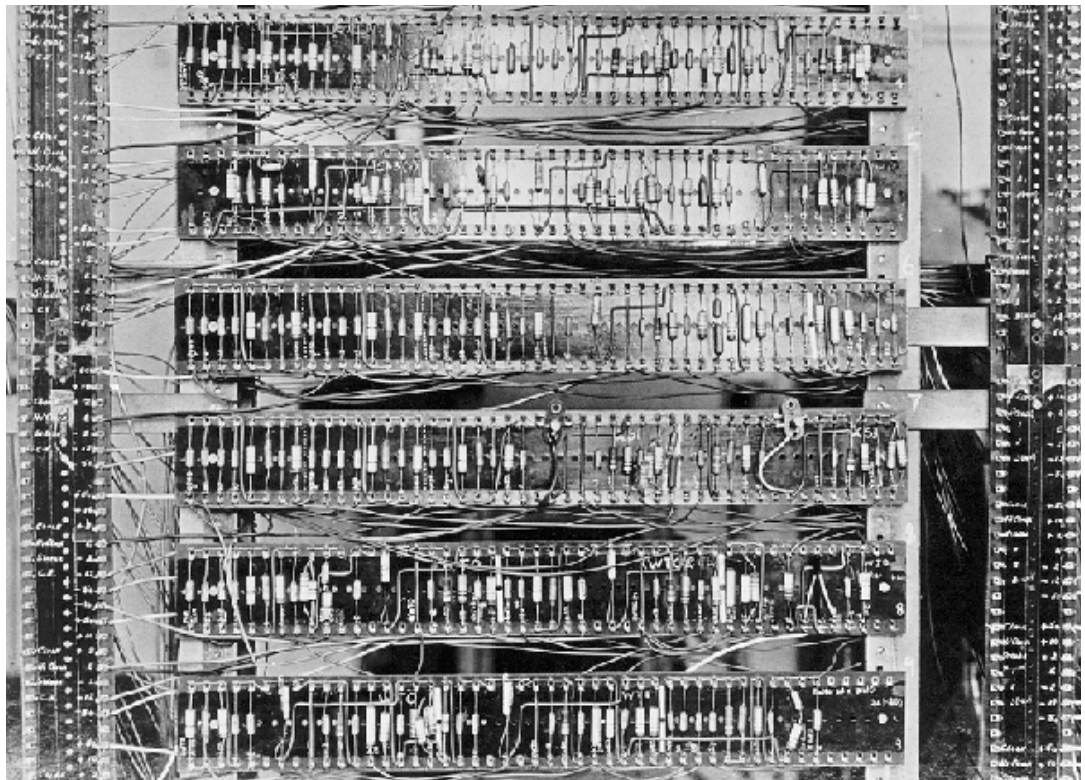
“CALL FOR PARTICIPATION”

Ai Soci ANMCO

Carissimi,

per il prossimo biennio 2005-2006 l'Area Informatica vuole affiancare al Comitato di Coordinamento, un ristretto numero di Consulenti Tecnici competenti in particolari settori dell'informatica medica ai quali affidare lo sviluppo di determinati progetti.

I Colleghi interessati, con competenze nel settore e che abbiano idee da sviluppare, possono inviare (tramite posta elettronica) un loro breve curriculum vitae (orientato alle competenze in informatica medica) e i punti di maggiore interesse da sviluppare, all'attenzione dell'Area Informatica, mail to: aree@anmco.it



Vecchio Transistor

ACUTE CARDIAC CARE 2004: LE NOVITÀ NEL NURSING EUROPEO



Si è svolto a Roma dal 17 al 20 ottobre il Congresso del **Working Group on Acute Cardiac Care** della **Società Europea di Cardiologia (ESC)** comprendente il 17 ottobre una giornata dedicata alle novità nel Nursing "intensivo". Il programma nursing è stato organizzato per conto dell'Area Nursing dell'ANMCO da Paola Di Giulio quale nostro rappresentante al Gruppo di lavoro del Cardiovascular Nursing della ESC.

La sessione è stata anche un interessante momento di confronto tra le professionalità italiane e quelle di altri Paesi europei. Partecipanti di rilievo sono state Anna Stromberg (Svezia), presidente del Gruppo di lavoro sul Cardiovascular Nursing, che ha presentato una interessantissima relazione frutto di uno studio multicentrico internazionale sulle cause del ritardo dei trattamenti acuti nei pazienti con IMA e riacutizzazione di scompenso cardiaco, e Wilma Sholte (Olanda) vicepresidente del Gruppo di lavoro sul Cardiovascular Nursing che ha messo in evidenza il ruolo degli infermieri nelle Linee Guida per le patologie cardiologiche acute.

Molto interessanti sono state comunque anche le relazioni di autori italiani che hanno affrontato esperienze ed argomenti innovativi quali la percezione dell'infermiere riguardo le rianimazioni evitabili, o l'illustrazione di alcuni modelli organizzati-

vi particolarmente efficaci, esperienze di cartella infermieristica personalizzata, l'illustrazione di uno studio in corso che mette a confronto il prelievo venoso tradizionale con quello da agocannula appositamente posizionata.

Sono state inoltre messe in evidenza esperienze particolari come la gestione dei pazienti in ipotermia dopo CCA o con pompa intraortica.

Particolarmente interessanti sono state le considerazioni sui percorsi assistenziali nell'IMA e nelle problematiche di pazienti pediatrici affetti da patologie cardiologiche acute.

Ciò che resta di un evento formativo valido e riuscito come questo è, oltre agli evidenti contenuti conoscitivi, sono anche e soprattutto gli stimoli professionali ed etici, la curiosità di affrontare problematiche aperte cui non si è potuto dare oggettivamente risposta per la novità dell'argomento, per il connubio con valenze etiche e deontologiche; esempio emblematico di ciò è la percezione soggettiva dell'infermiere sulle rianimazioni evitabili.

Sono argomenti in cui, al di là di certezze a volte fittizie basate spesso su un uso eccessivamente acritico di Linee Guida e procedure, vedono emergere la componente più importante (ed a volte conflittuale) della professionalità: la ragione e la ragionevolezza.

LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLA PRATICA CLINICA. A LECCE IL WORKSHOP DI AVVIO DELLA CAMPAGNA DI DIFFUSIONE DEI CONTENUTI DELLA III CONFERENZA

Un evento formativo ed un incontro di grande rilevanza per le strategie di prevenzione nel Sistema Sanitario del Paese

Nell'ambito della Campagna Educazionale di diffusione dei contenuti della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, il 14 e 15 di ottobre si è svolto a Lecce il "Workshop di avvio".

La Sala Congressi dell'Hotel President ha ospitato i lavori dalle 17,30 alle 20,30 della prima giornata (I Sessio-

ne) e dalle 9 alle 13,30 della seconda (II e III Sessione).

A moderare la I Sessione sono stati il Presidente Nazionale dell'ANMCO, G. Di Pasquale, e il neo-eletto Coordinatore Nazionale del GICR, S. Pirelli.

La Sessione è stata avviata dalla presentazione del **Documento Conclusivo della III Conferenza**, così come redatto dal Gruppo di Scrittura (Diego Vanuzzo, Massimo Uguccioni, Sergio Pedè, Francesco Fat-



CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione

**Presentate le
raccomandazioni per
introdurre la prevenzione
cardiovascolare nella
pratica clinica**

tirolli, Alessandro Filippi, Franco Valagussa e Simona Giampaoli) specificamente creato nell'ambito della Segreteria Scientifica della III Conferenza (composta anche da Salvatore Pirelli, Carmine Riccio, Carlo Schweiger, Fulvia Seccareccia), e della Segreteria Editoriale della stessa (composta da Maurizio Abrignani, Cristina M. Castello, Furio Colivicchi, Mariagrazia Scavo, Pompilio Faggiano).

Uguccioni, in qualità di Chairman dell'Area Prevenzione ha illustrato, in premessa, i dati relativi all'impatto epidemico delle malattie cardiovascolari in Italia ed ha riportato i risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano che hanno consentito di "fotografare" la situazione dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari nel nostro Paese e di dimostrare che la diffusione degli stili di vita non salutari e dei fattori di rischio mo-

dificabili nella popolazione italiana è veramente ampia.

Successivamente ha messo in evidenza come la maggior parte degli eventi cardiovascolari si verificano in persone con rischio inferiore alla mediana della distribuzione del rischio stesso e come questo si spieghi con il fatto che ci sono numericamente più persone nei primi decili della distribuzione e pertanto, anche se il loro rischio individuale è minore, il numero assoluto di eventi da loro prodotti è rilevante; da ciò ha derivato il concetto che, per una prevenzione efficace, è necessario sia correggere i fattori di rischio in coloro che sono a rischio elevato (*strategia dell'alto rischio*), sia ridurre il rischio in coloro che ce l'hanno intermedio, principalmente promuovendo stili di vita più sani (*strategia di popolazione*).

Ha concluso il suo intervento presentando la "Piramide della Prevenzione Cardiovascolare" (Fig. 1).

Pede, in qualità di Coordinatore della Rete



Alberto Sordi in "Un americano a Roma"

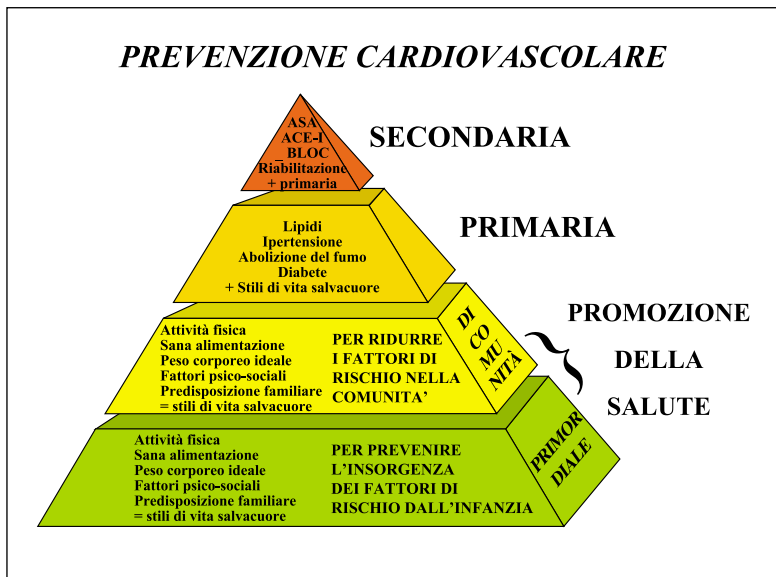


Figura 1

Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare ha presentato le *raccomandazioni* contenute nel Documento Conclusivo (Tabella 1) invitando i Medici italiani, in primis i Medici

di Medicina Generale, ma anche i Cardiologi, i Neurologi e gli altri Specialisti, ad applicarle subito nella loro pratica quotidiana, per creare nell'opinione pubblica una consapevolezza del problema, finalizzata anche alla acquisizione di risorse adeguate alla prevenzione, e contemporaneamente ridurre il rischio cardiovascolare dei loro assistiti.

Quindi, per ognuna delle sette raccomandazioni, ha illustrato le iniziative di implementazione riportandole in quattro aree di operatività (*la sorveglianza epidemiologica delle malattie cardiovascolari e dei loro fattori di rischio, le strategie di popolazione, la strategia dell'alto rischio, la prevenzione secondaria-riabilitazione*) e inserendole nella "Mappa Organizzativa della Prevenzione Cardiovascolare" (Fig. 2).

Tra la relazione di Ugucioni e di Pedè è intervenuto il Presidente della Regione Pu-

Tabella 1 *Le 7 Raccomandazioni della III Conferenza*

- 1 - **informare e sensibilizzare la popolazione** sulle dimensioni epidemiche delle malattie cardiovascolari e sulla necessità che tutti adottino uno stile di vita salvacuore (alimentazione sana sul modello della dieta mediterranea, attività fisica regolare, controllo del peso corporeo, non fumare) e che conoscano i valori ottimali dei fattori di rischio modificabili;
- 2 - **attivare organiche azioni di comunità** finalizzate a promuovere lo stile di vita salvacuore con programmi di intervento che siano prioritari nel mondo della scuola, del lavoro, del volontariato e della sanità, strutturati sul ruolo attivo dell'individuo;
- 3 - introdurre nella buona prassi clinica di Medici di Medicina Generale e Medici Specialisti e praticare con metodicità il **counseling motivazionale** per favorire cambiamenti migliorativi di comportamenti disfunzionali consolidati;
- 4 - **valutare sistematicamente il rischio cardiovascolare globale** individuale negli adulti, utilizzando come guida per le azioni di prevenzione nel singolo individuo e facendo riferimento alle Carte del Rischio Italiane ed al sistema a punteggio dell'Istituto Superiore di Sanità (www.cuore.iss.it);
- 5 - **individuare precocemente i soggetti ad alto rischio cardiovascolare** attraverso un sistema integrato, centrato sull'individuo e basato su percorsi di valutazione e di trattamento avviati dal Medico di Medicina Generale e co-gestiti con i Cardiologi in rete, con gli altri Medici Specialisti e con gli altri Operatori interessati alla prevenzione cardiovascolare;
- 6 - implementare i **percorsi di prevenzione secondaria e riabilitativi** per estenderne la valenza preventiva e la provata efficacia nella riduzione degli eventi cardiovascolari nei soggetti con patologia cardiovascolare manifesta;
- 7 - rendere operativo un **sistema di sorveglianza epidemiologica continuativa** dei fattori di rischio e degli eventi cardiovascolari finalizzandolo alla verifica degli indicatori di efficacia e all'aggiornamento programmatico degli interventi di prevenzione.

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione

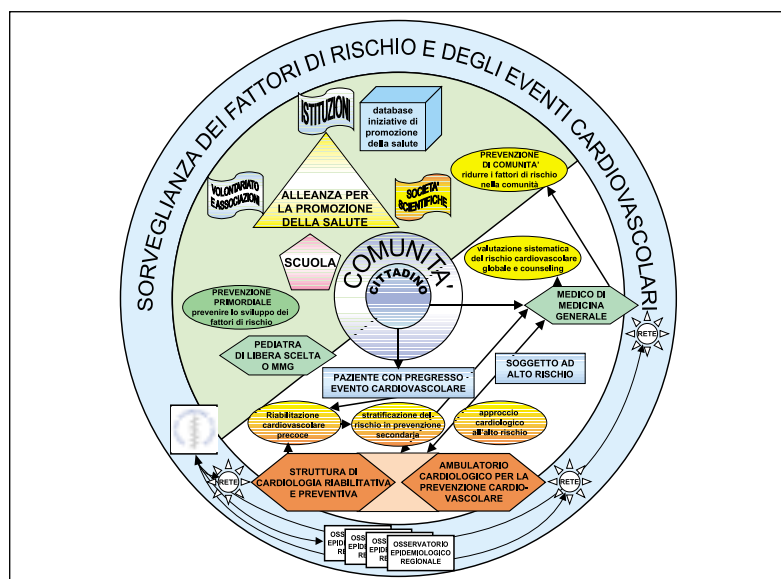


Figura 2

glia, R. Fitto, che ha portato il saluto della Puglia ed ha dichiarato un impegno concreto per la promozione della prevenzione cardiovascolare in questa Regione.

La Tavola Rotonda è stata animata da Francesco Bovenzi, A. Filippi, S. Giampaoli, R. Griffo, C. Schweiger e D. Vanuzzo; c'era da aspettarsi che sarebbe stata interessante e ricca di spunti e così è stato; ma la Tavola Rotonda è stata anche piacevolmente vivacizzata da una serie di interventi critici da parte degli uditori e da numerosi contraddittori sui temi sviluppati nelle due relazioni introduttive; un ulteriore stimolo alla discussione è venuto dall'intervento del Dott. B. Causo, Direttore Generale dalle Azienda Unità Sanitaria Locale BR/1-Brindisi, che ha partecipato quale rappresentante delle Istituzioni.

I lavori della seconda giornata sono stati avviati dalla II Sessione, moderata da G. Ignone, Presidente di ANMCO Puglia e da M. Uguccione (in sostituzione di F. Valagussa); S. Giampaoli (Istituto Superiore di Sanità) ha illustrato la

Carta del Rischio Italiana e S. Pede (in sostituzione di P. Verdecchia) ha presentato il Minimal Data Set (MDS) per la Prevenzione Cardiovascolare; sia la Carta che il MDS sono stati successivamente valutati nella loro implementazione pratica sui Personal Computer messi a disposizione dei Gruppi di Lavoro che sono stati coordinati da M. Abrignani, F. Colivicchi, R. Griffo, L. Palmieri, S. Pede, MG. Sclavo, M. Uguccione e S. Urbinati.

Il Workshop si è concluso con la Sessione dedicata al modello organizzativo delle riunioni locali che saranno rivolte ai Medici di Medicina Generale e saranno tenute, nei primi mesi del 2005, su tutto il territorio nazionale, coordinate dai partecipanti all'Evento di Lecce.

La Sessione è stata moderata da C. Riccio, Co-Chairman dell'Area Prevenzione, e da A. Filippi, Referente della SIMG per l'Area Cardiovascolare: i relatori sono stati F. Colivicchi e P. Faggiano.

Gli argomenti potevano apparire non particolarmente stimolanti e invece la presentazione dei casi, che faranno parte del pacchetto formativo, ha creato un vivace dibattito ed ha fornito importanti indicazioni per la loro formulazione definitiva, mentre un'altra serie di altri spunti è derivata dalla discussione sulle varie componenti del pacchetto formativo.

Si è trattato nel complesso di una Sessione molto positiva per la definizione dei contenuti del CD che sarà prodotto come strumento-base per lo svolgimento delle riunioni locali.

Aldilà di ogni retorica, l'incontro di Lecce è stato un evento importante per la crescita della prevenzione cardiovascolare in Italia, e di questo dobbiamo ringraziare tutti i partecipanti, ma anche l'azienda "Laboratori Guidotti", che ha fornito il sostegno per il Workshop e per lo svolgimento dell'intera Campagna Educazionale.

Stretta collaborazione tra tutti gli operatori coinvolti

Fondamentale l'integrazione Istituzioni - Territorio - Ospedale

ASCOLTA IL TUO CUORE, USA IL CERVELLO! 2004, LA PREVENZIONE SU MISURA

Città del Cuore e Cardiologie aperte negli ospedali

di Marilena Matta



Ascolta il tuo cuore, usa il cervello! 2004, la prevenzione su misura.

Inizia così la campagna di prevenzione del rischio cardiovascolare che si conclude con due eventi straordinari: iniziativa "Città del Cuore" e la manifestazione **CARDIOLOGIE APERTE OPEN DAY**.

All'iniziativa "le **Cardiologie aperte**" in Calabria hanno aderito 19 Cardiologie e percentualmente hanno aderito il 54% delle Cardiologie calabresi, così la nostra Regione si guadagna percentualmente il primo posto in Italia, dopo la Calabria abbiamo la Basilicata e al terzo posto l'Emilia Romagna.

Le Cardiologie che hanno partecipato sono:

Azienda Ospedaliera Mater Domini di Catanzaro, Ospedale Civile Pugliese di Catanzaro, Presidio Ospedaliero Mariano Santo di Cosenza, Ospedale Santissima Annunziata di Cosenza, Istituto Senili di Cosenza, Ospedale Civile di Cetraro, Ospedale Civile Ferrari di Castrovillari, Ospedale Civile di Cariati, Ospedale Civile di Lamezia Terme, Ospedale Tiberio Evoli di Melito Porto Salvo, Ospedale Civile di Paola, Ospedale S. Barbara di Rogliano, Ospedale Civile Giannettasio di

Rossano, Ospedale Scillese d'America di Scilla, Ospedale di Soriano Calabro, Ospedale G. Chidichino di Trebisacce e l'Ospedale Civile Iazzolino di Vibo Valentia.

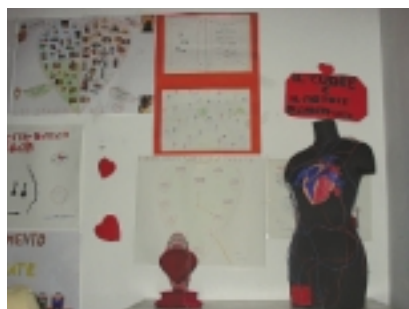
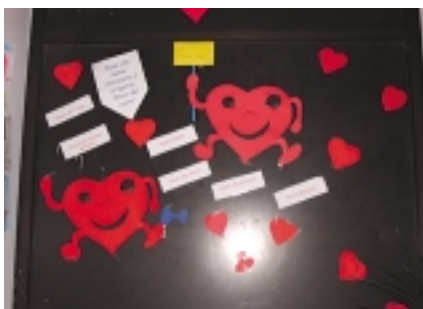
In tutti gli ospedali calabresi i "cardiologi si sono fatti visitare" e insieme ai cittadini hanno rinsaldato il legame cardiologia ospedaliera-comunità.

L'Heart Care Foundation ha a giusta ragione voluto questa iniziativa perché è ormai opinione comune che **la prevenzione** è una delle armi più efficaci per combattere le malattie cardiovascolari. Non servono sigle particolari per combattere questa battaglia, le forze congiunte delle Associazioni devono impegnarsi a sviluppare una nuova cultura su come migliorare stili di vita e comportamenti sani.

In quest'ottica si è costituita, con il coordinamento del Ministero della salute e il coinvolgimento delle più rappresentative Associazioni di volontariato, Fondazioni e Società scientifiche operanti sul territorio nazionale, l'**"Alleanza per il Cuore"** il cui obiettivo prioritario è quello di rafforzare il livello di sensibilizzazione sulle patologie cardiovascolari.

In tutta la Calabria si sono organizzate visite guidate alle Unità Operative di Car-

Iniziative di prevenzione in Calabria: le Cardiologie aperte e le Città calabresi che hanno meritato la targa di Città del Cuore



diologia con distribuzione di materiale cartaceo sul rischio cardiovascolare globale, visite alle apparecchiature e ai vari laboratori di diagnostica invasiva e non invasiva, interessanti dibattiti sui fattori di rischio come il Fumo, l'Obesità, il colesterolo e il diabete. A **Catanzaro** gli specialisti dalle 10.00 alle 17.00 hanno informato i cittadini sui rischi cardiovascolari: è stata misurata la pressione arteriosa e sono stati spiegati i principali esami diagnostici come la coronarografia o l'ecocardiogramma. A **Belvedere Marittimo** è stata organizzata una tavola rotonda dal titolo: Dalla prevenzione al trattamento delle malattie cardiovascolari: Una sfida del terzo millennio. Breve presentazione con discussione libera ed intervento attivo dei partecipanti. A **Cetraro** gli alunni delle scuole elementari e materne del 1° circolo didattico con i docenti che hanno svolto il Progetto Cuore hanno visitato il reparto e il servizio di Cardiologia e insieme ai Cardiologi hanno discusso degli argomenti che hanno interessato gli alunni nel Progetto che è stato realizzato nel 2004.

Il **Progetto Cuore** è stato realizzato nel quadro dei progetti educativi e formativi sui temi di interesse di prevenzione, di cultura della salute e di miglioramento della qualità della vita con la collaborazione degli insegnanti del Circolo Didattico di Cetraro delle scuole elementari e materne; i ragazzi sono stati educati dalle insegnanti a un vivere sano abolendo i fattori di rischio cardiovascolari con l'ausilio di materiale cartaceo, cd-rom e filmati. Il Corso ha avuto la durata di 3 mesi e a fine anno scolastico i ragazzi insieme alle insegnanti hanno allestito una mostra di disegni e sculture con premiazione finale del miglior lavoro svolto. Inoltre insieme ai rappresentanti dei genitori si sono organizzate riunioni sempre rivolte all'educazione alla salute.

L'altra iniziativa "Città del Cuore" nasce dalla collaborazione tra HCF-Progetto Tuttocuore e CO.NA.Cuore come rappresentante delle Associazioni di volontariato di Cardiopatici e di Amici del Cuore.

A ROMA si è svolta la celebrazione della consegna delle targhe il **Giovedì 7 ottobre 2004, nella Sala Cola di Rienzo del Comando Polizia Municipale, Piazza della Consolazione.**

La targa di Città del Cuore è stata consegnata a tutte le Associazioni che durante l'anno del Cuore 2004 hanno realizzato iniziative per la comunità tese alla promozione di uno stile di vita "salvacuore".

In Calabria hanno ritirato la Targa di Città del Cuore i Presidenti delle Associazioni di volontariato insieme al Sindaco della città o da un suo delegato. Le città che hanno ritirato la targa sono: Cetraro, Paola, Belvedere, Mormanno, Castrovillari, Trebisacce. Cosenza diverrà Città del Cuore il 6 dicembre.

La consegna delle targhe, per chi ha vissuto questa esperienza, è stata veramente entusiasmante perché questa è stata l'occasione giusta per rafforzare l'alleanza tra le Associazioni di volontariato e i cardiologi ospedalieri che hanno aperto le porte al **popolo del Cuore** come li definisce il Prof. Spinella.

Tutte queste iniziative ben si allineano all'impegno che il Ministro della Sanità Sirchia ha voluto inserire nel piano sanitario 2003-2004 in cui ha voluto proporre come obiettivo prioritario, il rafforzamento del livello di sensibilizzazione sulla patologia di natura cardiovascolare.

NEWS

In occasione del 7° Congresso Nazionale GICR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva) che si è svolto a Torino nei giorni 7-8-9 ottobre 2004 si è rinnovato il Consiglio Direttivo Nazionale: Coordinatore GICR: Salvatore Pirelli - Vice-Coordinatore GICR: Raffaele Griffo - Consiglieri GICR: Mario Chiatto, Maurizio Farratini, Carlo Vigorito, Margarita Vona - Past Coordinatore GICR: Francesco Fattiroli - Tesoriere GICR: Pierluigi Temporelli.



DELEGAZIONE REGIONALE LOMBARDA*di Antonio Mafrici*

Il Consiglio Regionale lombardo si è riunito, dal suo insediamento, con cadenza mensile (escluso il mese di agosto); sono stati invitati a partecipare il referente regionale di HCF, Dott. F. Cobelli, il rappresentante dell'Area Cardiocirurgia, Dott. E. Vitali e il consigliere nazionale, Dott. Oltrona Visconti.

Si è cominciato a lavorare attivamente per realizzare i punti previsti dal documento programmatico per il biennio 2004-2006.

1) Sono stati riallacciati i rapporti con le autorità regolatorie regionali e, il 21 settembre, il presidente, Dott. A. Mafrici e il segretario, Dott. V. Giudici hanno incontrato il Dott. Amigoni, responsabile della programmazione sanitaria della Regione Lombardia; in oltre un'ora di colloquio sono stati discussi i rapporti tra ANMCO e Regione, con particolare riferimento al Piano Cardio-cerebro-vascolare in via di approvazione e al quale l'ANMCO ha partecipato attivamente con numerosi Associati coinvolti nella stesura del documento. È degli ultimi giorni la notizia che al Dott. Marzegalli (facente parte del precedente Consiglio Regionale, e coordinatore della stesura del documento) è stato chiesto di fornire alcune precisazioni ed integrazioni alla versione iniziale, confermando quindi, con i fatti, la volontà delle autorità regionali a giovare della collaborazione attiva dell'Associazione.

Il 14 ottobre è stato incontrato l'Assessore alla sanità della Regione, Dott. C. Borsani, per una presentazione ufficiale della nuova delegazione ANMCO Regionale: l'incontro molto cordiale, ha evidenziato come l'Assessore fosse a conoscenza delle attività dell'Associazione ed ha confermato la volontà di una collaborazione, anche nel campo di progetti educazionali rivolti in particolare ai medici del territorio.

In data 12 ottobre il Dott. V. Giudici ha partecipato ad una seduta di Commissione Regionale per il piano di riordino della rete delle attività di riabilitazione (Commissione III, deliberazione VII/18465) assieme al Dott. M. Ferratini, presidente della sezione lombarda del gruppo di riabilitazione del cardiopatico. L'audizione è stata ottenuta a seguito di una precisa richiesta (a firma comune ANMCO e GICR) per commentare alcuni aspetti, ritenuti penalizzanti per la specificità della riabilitazione del paziente cardiopatico, contenuti nella delibera citata. La Commissione ha mostrato estremo interesse per il documento illustrato dal Dott. Ferratini, con ripetute richieste di precisazioni e commenti. L'impressione è che alcune parti della delibera potrebbero essere modificate, in accordo alle proposte fatte in sede di audizione.

Nell'ambito della manifestazione organizzata da HCF Città del Cuore, il 26 settembre a Bergamo il Dott. P. Giani ha presentato il progetto "Bergamo Vita" relativo alla defibrillazione precoce: l'argomento ha destato l'interesse del Sindaco della città, Avv. R. Bruni, che si è detto disponibile ad offrire la collaborazione del Comune per migliorare la "cultura" generale della popolazione sul problema dell'arresto cardiaco e della prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari.

2) Sono stati individuati i referenti provinciali ANMCO, colleghi cui spetta il compito di estendere, in senso centrifugo, la presenza dell'Associazione. Il passo successivo, una volta formalizzato e accettato l'incarico, dovrebbe essere quello di individuare dei referenti aziendali (anche nelle strutture accreditate) per creare una rete efficiente ed estesamente diffusa che tenga in costante comunicazione i Soci tra loro e con gli organismi centrali, per creare una vera comunità di azione nell'ambito dell'Associazione. È prevista a breve un incontro tra delegazione regionale e referenti provinciali per concordare linee e modalità d'azione.

3) Sono state inviate, come richiesto, proposte per l'organizzazione del prossimo Congresso Nazionale e per il Piano Formativo Annuale.

Sempre in ambito educativo, è in via di definizione il progetto di collaborazione tra diabetologi e cardiologi (referenti Dott. A. Mafrici e Dott. M. Romanò) per una serie di incontri (cinque) da tenersi in diverse città della Regione per mettere a punto una strategia comune per la gestione del paziente diabetico con sindrome coronaria acuta. Dopo questo argomento, è previsto che vengano messi in cantiere una serie di incontri su Diabete e insufficienza cardiaca.

Sono in via di preparazione alcuni eventi in collaborazione con i medici di medicina generale (referente Dott. M. Orlandi) e un evento formativo indirizzato agli infermieri di area critica cardiovascolare (referenti Dott. A. Mafrici, Dott. M. Orlandi).

È nostra intenzione iniziare un percorso conoscitivo sulla gestione del paziente scompensato, per il quale può essere contattato il Dott. S. Capomolla.



Il Carosello, anni '20

Si è poi in attesa di conoscere date e modalità di eventi organizzati dall'ANMCO Nazionale (shock, rete per l'emergenza, prevenzione) che avranno ricadute regionali e dei quali daremo per tempo comunicazione.

Cogliamo l'occasione per invitare i Soci lombardi a contattare la Delegazione Regionale sia per comunicare iniziative già programmate che per proporre nuove iniziative e a visitare il sito WEB dell'ANMCO (che verrà a breve rinnovato) e nel quale esiste una pagina dedicata alla Regione Lombardia. È intenzione di questo Consiglio Regionale far sì che il sito WEB diventi il mezzo di comunicazione preferenziale con i Soci, che sono invitati a fare suggerimenti (le critiche le aspettiamo dopo che tutto il sito sarà stato rinnovato) per una migliore utilizzazione. Sollecitiamo inoltre il contatto personale via e-mail sia con i componenti del Consiglio sia con i Referenti Provinciali (vd. elenco a seguire).

REFERENTI PROVINCIALI ANMCO LOMBARDIA

MILANO CITTÀ

Dott. Giovanni Magenta
Dipartimento Cardiologico
AO Niguarda-Cà Granda
P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO
Tel. osped. 02/64442611
E-mail: MAGATTI85@tiscali.it

MILANO PROVINCIA

Dott. Antonello Vincenti
Divisione di Cardiologia Osp. San Gerardo
Via Donizetti, 106 - 20052 Monza (MI)
Tel. 039/2333032-3082
E-mail: antvince@tin.it

SONDRIO

Dott. Stefano Giustiniani
Divisione di Cardiologia Ospedale Civile
Via Stelvio, 25 - 23100 Sondrio
Tel. 0342/521346
E-mail: stefanogiustinian@tiscalinet.it

PAVIA

Dott. Gianpietro Marinoni
Divisione di Cardiologia Ospedale Civile
Via Volturmo, 14 - 27058 Voghera (PV)
Tel. 0383/695799
E-mail; Gianpietro_Marinoni@ospedali.pavia.it

VARESE

Dott. Roberto Pedretti
IRCSS Fondazione Salvatore Maugeri
Via Roncaccio, 16 - 21049 Tradate (VA)
Tel. 0331/829300
E-mail: rpedretti@fsm.it

BRESCIA

Dott. Franco Bartolini
SC Cardiologia AO Mellini
25032 Chiari (BS)
Tel. 030/7102273-275
E-mail: fbartolini@libero.it

CREMONA

Dott. Salvatore Pirelli
SC Cardiologia Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333-332
E-mail: cardio.aioc@rccr.cremona.it

LECCO

Dott. Pierfranco Ravizza
SC Cardiologia Ospedale A. Manzoni
Via dell'Eremo, 9/11 - 23900 Lecco
Tel. 0341/489495-476
E-mail: p.ravizza@ospedale.lecco.it

MANTOVA

Dott. R. Zanini
SC Cardiologia Presidio Ospedaliero C. Poma
Via Albertoni, 1 - 46100 Mantova
Tel. 0376/201303-315-301
E-mail: cardiomantova@virgilio.it

LODI

Dott. E. Marangoni
SC Cardiologia Ospedale Civile
Viale Savoia, 8 - 26900 Lodi
Tel. 0371/372330-339
E-mail: marangonie@libero.it

COMO

Dott. G Ferrari
SC Cardiologia Ospedale S. Anna
Via Napoleona, 60 - 22100 Como
Tel. 031/5855842-315
E-mail: giovanni.ferrari@hsa.org

BERGAMO

Dott. Paolo Giani
SC Cardiologia Ospedale Bolognini
Via Paderno, 18 - 24068 Seriate (BG)
Tel. 035/3063314-319
E-mail: cardiologia.seriate@bg.it

CAMPOBASSO GIUGNO 2004: LA MORTE CARDIACA IMPROVVISA “EZIOLOGIA, INCIDENZA, STRATEGIA PER CONTRASTARLA”

di Emilio Musacchio



La Morte Cardiaca Improvvisa (MCI), rappresenta nel III Millennio, un problema sociale di rilevante importanza, un evento sconvolgente a livello familiare e sociale ed una sfida per il mondo sanitario; in media ogni anno una persona su mille viene colpita da arresto cardiaco che nella morte improvvisa è causa pressoché esclusiva. In Italia muoiono ogni anno circa 50 mila persone mentre l'American Heart Association ha calcolato che negli Stati Uniti l'arresto cardiaco uccide ogni anno 250 mila americani. Nella Regione Molise, la distribuzione eterogenea della popolazione sul territorio ha reso necessaria una particolare ed attenta organizzazione tra la Centrale Operativa del 118 e tutte le Terapie Intensive Cardiologiche nel tentativo di ridurre la mortalità dovuta ad eventi aritmici maggiori.

Negli ultimi anni molto è stato fatto dalla comunità scientifica per comprendere meglio i meccanismi eziologici, la fisiopatologia e le varie possibilità di prevenzione e trattamento di tale fenomeno. Ecco quindi l'occasione di un Convegno sulla Morte Cardiaca Improvvisa, dove specialisti delle varie discipline interessate si sono incontrati, ed hanno analizzato le varie strategie terapeutiche di prevenzione, discutendo con gli altri Colleghi, con i seguenti argomenti.

- Inquadramento nosografico e basi anatomo patologiche della MCI - Dott. P. Piloni
- Epidemiologia della MCI - Dott. A. Montano



Santa Maria della Strada (Matrice - Campobasso)

- Stress e Morte Cardiaca Improvvisa - Dott. E. Musacchio
- Markers e tragger della MCI: esercizio e attività sportiva - Dott. F. Baldini - Dott. R. Battista
- Meccanismi elettrofisiologici delle aritmie ventricolari nella cardiopatia ischemica - Dott. P. Paoloni
- Aritmie ipercinetiche ventricolari nella cardiopatia ischemica: ruolo dell'ICD - Dott. G. Critelli
- Identificazione dei soggetti a rischio e stratificazione prognostica - Dott. F. Ambrosini
- Stimolazione biventricolare nello scompenso cardiaco - Dott. G. Fiore
- Nuove frontiere: la genetica nello studio delle aritmie ventricolari - Dott. L. Diehel
- Sindrome di Brugada - Dott. P.L. Paolone
- Profilassi Farmacologica - Dott. A. Colavita
- La defibrillazione precoce sul territorio: utilità e modelli organizzativi nella MCI - Dott. F. Clemente
- Ruolo del Cardiocirurgo nella MCI - Dott. M. Portoghese.

I Colleghi, circa 450, hanno partecipato con vivo interesse, rendendo vivace il dibattito e molto costruttiva la seduta.

Il Consiglio Direttivo ANMCO Molise, in linea con le iniziative dell'ANMCO Nazionale, intende portare avanti il progetto sullo Scompenso Cardiaco con il Corso "BRING OUT - I Betabloccanti nello Scompenso Cardiaco" che si svolgerà a Termoli il 18 dicembre 2004 (vd. programma allegato).

IU.O. di Terapia Intensiva Cardiologica e Cardiologia Clinica del P.O. di Campobasso sta istituendo un centro per lo studio, diagnosi e terapia delle "Cardiomiopatie".

BRING OUT

(Beta-blockers Implementation proGram in Out-patient with heart failure)

I BETABLOCCANTI NELLO SCOMPENSO CARDIACO

Termoli, 18 dicembre 2004

Sessione dedicata agli Specialisti

I SESSIONE

Moderatori: P. Pilone, A.U. Vacri

- 8.30 LETTURA MAGISTRALE: LA STORIA NATURALE DELLO S.C.
E. Musacchio
- 9.30 Il progetto BRING OUT
A.U. Vacri
- 10.00 Epidemiologia dello SC e costi in Italia
C. Spedalieri
- 10.30 I presupposti fisiopatologici per l'utilizzo dei betabloccanti nello SC
G. Fiore
- 11.00 Break
- 11.30 I risultati dei trial clinici randomizzati
G. Levantesi
- 12.00 Gli studi BRING UP I e II
C. Ciglia - G. D'Orazio
- 12.30 Discussione

II SESSIONE

Moderatori: V. Mazza, A. Montano

- 15.30 La terapia farmacologica d'associazione dello SC: caso clinico.
Morrone
- 16.00 Betabloccanti e comorbilità. Caso clinico.
C. Carrino
- 16.30 Come iniziare e gestire la terapia betabloccante. Caso clinico.
F. Romanazzi
- 17.00 Gestione delle instabilizzazioni in paziente in terapia con betabloccante. Caso clinico.
A. Scimia
- 17.30 Terapia elettrica dello S.C.
P. Paolone
- 18.00 Discussione
- 19.00 Conclusioni

NEWS DALL'ANMCO UMBRIA

di Gerardo Rasetti



Il 12 marzo 2004 si è tenuta a Spoleto l'Assemblea elettiva dei Soci umbri.

Sono stati eletti membri del Consiglio Direttivo i Soci: Mauro Bazzucchi e Gerardo Rasetti di Terni, Federico Patriachi di Foligno, sono stati rieletti Maurizio Del Pinto, Giuliana Bardelli e Adriano Murrone di Perugia.

I membri del Direttivo si sono quindi riuniti ed hanno eletto Gerardo Rasetti Presidente Regionale.

Quindi si è convenuto di riunirsi nuovamente dopo gli Stati Generali tenutisi nel successivo aprile ed il Congresso Nazionale di maggio.

Nella riunione del 27 luglio 2004 è stato discusso il programma del biennio 2004-2006.

Questo si svilupperà in due tappe. Nella prima da effettuarsi prima della fine dell'anno si realizzerà:

- **Censimento delle Strutture Cardiologiche e Cardiochirurgiche** per evidenziare difformità nell'attribuzione di risorse confrontando il piano regionale, le strutture esaminate e le risorse attribuite dalle direzioni aziendali, alla luce del piano organizzativo elaborato dall'ANMCO;



Perugino, *Il battesimo di Cristo*, 1482, Cappella Sistina, Vaticano



La Basilica Superiore di San Francesco, Assisi

- **Censimento dell'attività svolta nell'anno 2003** dalle strutture censite per valutare il fabbisogno atteso anche in rapporto ai DRG accreditati fuori Regione, per individuare le aree di sofferenza a livello regionale per avanzare proposte alla Regione;
- **Identificazione dei percorsi assistenziali attuali ed eventuali correzioni;**
- **Definizione e presentazione della rete regionale per l'emergenza-urgenza cardiologica.**

Inoltre si è deciso di dare massima diffusione alle iniziative della Associazione e dell'Heart Care Foundation quali:

- Piano Annuale Formativo
- Corsi BLS-D obbligatori per chi afferrisce a UTIC
- "Non ti scordare di me"

- Corsi con i Medici di MG nell'Area Prevenzione.

Giorgio Maragoni è stato designato referente regionale per l'iniziativa della HCF, mentre Federico Patriachi è stato investito della responsabilità del progetto educativo "La Prevenzione Cardiovascolare nella Pratica Clinica".

Del Pinto è stato incaricato di monitorare i dati del 2003 relativi ai ricoveri dei pazienti cardiopatici e più specificamente dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta.

Inoltre si è deciso di avvalersi dei referenti regionali delle Società Scientifiche in modo da ottenere unità di intenti e di comportamenti.

E quindi sono stati designati:

Aritmologia - Giuseppe Bagliani

Scompenso Cardiaco - Gianfranco Alunni

Riabilitazione - Sara Mandorla

Prevenzione - Federico Patriachi

Cardiopatia Ischemica - Maurizio Del Pinto

Cardiochirurgia - Paolo Fiaschini

Emodinamica e Cardiologia Interventistica - Claudio Giombolini.

Infine è stato deliberato di realizzare un collegio cardiologico su base aziendale e su base provinciale al fine di ottenere la più ampia partecipazione alla vita dell'Associazione coinvolgendo le strutture non ospedaliere, i Medici di Medicina Generale, i cittadini, le Associazioni di volontariato e dei cardiopatici ed infine le Istituzioni.

Un programma ambizioso che per essere realizzato necessita del contributo di tutti gli Iscritti.

Quale prima tappa appuntamento per fine settembre per censire le nostre strutture cardiologiche.



Duomo di Spoleto



Cascata delle Marmore, Terni



Intervista al Prof. Paolo Rossi

di ANGELO SANTE BONGO

Come è nata in lei la passione per la Cardiologia?

La mia passione, intesa come interesse "forte", per la Cardiologia ha presentato un incremento graduale ad andamento esponenziale in funzione delle progressive conoscenze che acquisivo nel campo. Tale passione si è tuttavia innestata su una scelta fondamentale previa che è stata alla base ed ha condizionato tutto il mio cammino di uomo.

Quindi lei sostiene che prima ancora di approdare alla cardiologia, come interesse precipuo, ha fatto altre scelte in campo medico?

No la scelta fondamentale previa cui mi riferisco si configura prima di intraprendere lo studio della medicina e l'unico termine che può descriverla è "la vocazione ad essere medico". La vocazione è davvero una chiamata imperio-

sa che nasce nella coscienza senza che si possa percepirne l'origine e la provenienza.

Durante una pausa estiva a Pergola (PS), stavo sfogliando il libro nuovo di scienze della scuola media e m'imbattei in una tavola anatomica del corpo umano di cui ancora ho presente le figure a colori. Cominciai a leggere le scarse notizie presenti nel libro e decisi in modo risoluto che avrei fatto il medico. In parallelo si maturava il mio senso religioso ma la vocazione ad essere medico prevalse sempre su ogni altra cosa.

Al secondo anno del liceo classico scoprii il mio amore per la filosofia e fui particolarmente attratto dal pensiero lineare di san Tommaso che mi ha sempre accompagnato anche se lo studio della medicina ha poi assorbito il 95% delle mie energie. Ero e sono quello che in gergo scolastico si chiama *secchione*.



Il Prof. Paolo Rossi

Ha svolto altre attività mediche prima di approdare alla Cardiologia?

Una breve esperienza post-laurea, siamo nel 1951, come sostituto del medico condotto di un paesino delle Marche. Per 10 anni ho acquisito esperienza in medicina interna prestando la mia opera in corsia e nel laboratorio di elettrocardiografia, con turni di guardia di 24 ore, come assistente volontario (senza stipendio) nell'Istituto di Patologia Speciale Medica dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I; dove rimasi fino al conseguimento della libera docenza. La sera mi guadagnavo da vivere come medico convenzionato dell'INAM con 1200 assistiti.

Una utilissima parentesi americana tra gli anni '59 e '60, conquistata sul campo nel modo seguente. Senza ricorrere ad intermediari perché non ne conoscevo, sottoposi ad una serie di Ospedali statunitensi alcuni progetti di ricerca sul circolo coronarico del cane, corredando il tutto con un curriculum nel quale già figuravano oltre 40 pubblicazioni in elettrocardiografia clinica, terapia dell'ipertensione, ballistografia quantitativa, arteriosclerosi polmonare da serotonina nel coniglio e nel ratto. Ricevetti molte offerte di lavoro remunerato; scelsi quella di Samuel Bellett come Research Fellow in Cardiology nel Cardiological Department del Philadelphia General Hospital diretto dal Dott. Samuel Bellett in Philadelphia Pa.

Qui, prestavo le consulenze cardiologiche sui pazienti ricoverati, le visite in un ambulatorio di cardiologia agli abitanti dei sobborghi quasi tutti di razza nera, leggevo gli elettrocardiogrammi nella Heart Station e lavoravo ai miei progetti di ricerca sperimentale. Questi si svilupparono in due sedi:

- Il primo in un laboratorio assegnatomi dall'Ospedale, e concernente l'arteriosclerosi coronarica prodotta nel cane con prolungate infusioni intra-aortiche di 5-idrossitriptamina (serotonina). I risultati furono oggetto di una comunicazione (l'unica accettata in quell'anno, tra quelle inviate da Samuel Bellett) e poi pubblicati per esteso su *Circulation Research* 1961;9:436-40.
- La seconda ricerca fu condotta nel laboratorio del Pharmacology Institute della Pennsylvania University e riguardava la valutazione quantitativa degli effetti della nicotina sul flusso coronarico nel cane con insufficienza coronarica provocata da una progressiva costrizione della coronaria discendente anteriore (*Annals of N. Y. Accademy of Sciences* 1960;90:317-26).

Al termine del mandato, mi offrirono la direzione della Heart Station e la cittadinanza americana con rito abbreviato presso il Senato Americano, ma io declinai. Morivo di nostalgia per l'Italia e preferii rientrare, pur essendo un disoccupato di 33 anni.

Appena tornato, vinsi il primo concorso post-

bellico degli Ospedali Riuniti di Roma ed entrai come aiuto cardiologo effettivo nella divisione di Cardiologia dell'Ospedale San Camillo diretta dal Prof. Vittorio Puddu. Ricordo che il mio concorso si tinse di giallo poiché gli ospedalieri che occupavano i 4 posti con il titolo di aiuto incaricato, ostacolarono come potevano l'ingresso negli Ospedali Riuniti di concorrenti provenienti dall'Università. Il Prof. Bufano, presidente della commissione di esame, pretese che scrivessi direttamente le mie risposte alle prove orali per evitare le previste manipolazioni sulla graduatoria finale.

Cosa ricorda con più piacere degli anni della sua attività ospedaliera?

Sono un po' restio a spolverare il passato perché si corre sempre il rischio di voler apparire quello che non si è o peggio dei nostalgici. Spero che non sia il mio caso e rispondo con piacere a questa domanda. Fui assunto nel novembre del 1962. La divisione cardiologica era allora ubicata al piano terra del vecchio padiglione Cisalpino con due grandi corsie per le donne e per gli uomini, poche stanze frappede, un vecchio poligrafo. La gestione dei pazienti era come quella della vecchia medicina, e senza un grande amore per il malato. Non esisteva alcun interesse alla ricerca e allo studio approfondito dei problemi cardiologici. Mi tuffai instancabile nel lavoro con la mia solita grinta, ero entusiasta dei progressi scientifici che si stavano facendo negli Stati Uniti. Tra i tanti ricordi dei dieci anni vissuti al San Camillo di Roma emergono due realizzazioni che mi sembra doveroso menzionare:

- La prima riguarda la stimolazione elettrica cardiaca iniziata nel 1964 sia quella temporanea nell'infarto miocardico acuto che quella definitiva con l'impianto di pacemaker VVI con catetere endocardico.
- La seconda riguarda l'avvio della prima unità coronarica in Italia, iniziato nel 1965 con una gestazione che merita di essere riportata. Nel settembre 1965 partecipai alla prima edizione di una settimana di ottimo insegnamento teorico-pratico sulla terapia intensiva coronarica organizzata e diretta dal Prof. Oliver in Edimburgo per conto dell'OMS. Era presente un altro italiano il Dott. Ranzi aiuto cardiologo al Niguarda di Milano, poi primario a Lecco e mancato prematuramente. Al San Camillo di Roma le condizioni per la istituzione di una unità coronarica apparivano per così dire fallimentari in partenza: • le direzioni amministrativa e sanitaria latitanti e sorde, • il primario era molto occupato come segretario della Società Internazionale di Cardiologia e dedito alle ricerche epidemiologiche multicentrica of the "Seven Country Study", anche se guardava con simpatia alla mia iniziativa e vedendomi molto impegnato mi diceva con fare bonario: "ma chi glielo fa fare?", • i colleghi più anziani seguivano un

ritmo di lavoro che terminava verso le 11 e non erano disponibili ad una collaborazione, • le infermiere erano generiche senza alcuna preparazione specialistica, • non esistevano ambienti né attrezzature predisposte né fondi disponibili. Allora procedetti su diversi fronti: 1) galvanizzai i medici più giovani, assistenti di ruolo e volontari, e le infermiere sulla nuova terapia dell'infarto miocardico acuto che allora era tesa soprattutto al ricovero precoce, alla prevenzione della morte cardiaca aritmica e dello scompenso cardiaco; 2) indussi la OTE a darmi in usufrutto, sulla mia responsabilità personale, la centralina e tre monitor che feci posizionare in una stanza con tre posti letto separati da tende; 3) convinsi i medici a suddividersi gli orari di presenza in modo da assicurare una presenza continuata volontaria senza remunerazione (procurai loro i pasti finché non si ottenne dalla Direzione Sanitaria l'autorizzazione ad usufruire della mensa ospedaliera); 4) facevo lezioni di elettrocardiografia e di terapia intensiva alle infermiere che condensai poi in un libretto rosso, risultato molto utile anche per le infermiere delle generazioni successive; 5) avviai una campagna di stampa sui giornali di Roma per informare, istruire e sensibilizzare la popolazione al ricovero precoce in unità coronarica. I risultati complessivi furono buoni da molti punti di vista perché suscitavano l'interesse dell'autorità politica e si provvide alla costruzione di una nuova unità coronarica con sette posti letto, infermiera dedicata e stanza per l'elettrostimolazione cardiaca.

Cosa non rimpiange?

Non rimpiango di avere lasciato Roma.

Come è nata la Cardiologia di Novara che Lei ha fondato?

Il lavoro svolto nell'unità coronarica di Roma aveva accresciuto il nostro prestigio nel Paese tra i cardiologi e tra la gente. Partecipavo a molti convegni per presentare i risultati del nostro lavoro.

Molti colleghi ci venivano a trovare per acquisire esperienza sia nella terapia intensiva che nella elettrostimolazione. Su questo punto mi sovviene il ricordo drammatico di una esperienza per me inedita. Alla presenza di tre colleghi ospiti facevo una dimostrazione dell'impianto di un pacemaker. Mentre stavo operando un paziente ricoverato per disturbi lipotimici, si verificò un arresto cardiaco. Il catetere si fermò a livello dell'atrio destro e risultò essere inutile ogni tentativo di farlo procedere. La completa paralisi del circolo ematico rendeva inerte l'elettrocatteter e del tutto insensibile ai miei tentativi di spingerlo verso la tricuspide. Il cuore sullo schermo appariva immobile, mi trovavo al cospetto della morte e provai un attimo di panico. Allora pregai uno degli assistenti di eseguire un massaggio cardiaco rispettando il

più possibile la sterilità del campo operatorio. Durante il massaggio cardiaco esterno fu possibile fare avanzare il catetere fino alla punta del ventricolo destro e ristabilire la ripresa del battito cardiaco con la stimolazione procedendo al completamento dell'intervento, che giunse a buon fine senza complicazioni.

Improvvisamente nel 1971 mi fu tolta la conduzione dell'unità coronarica che fu assegnata all'altra divisione. Mi sentii tradito.

I primi di agosto del 1972 ricevetti la telefonata di un collega che non conoscevo il quale senza preamboli mi disse "sono il Prof. Gambigliani Zoccoli, vuoi venire a Novara?" Credevo che si trattasse di partecipare ad un convegno, ma poi chiari e aggiunse "come primario cardiologo". Non avevo mai sentito parlare di Novara e del suo grande ospedale, che pur essendo il secondo del Piemonte era privo di ogni struttura cardiologica. Dopo 2 giorni incontrai il presidente dell'Ospedale e i membri del consiglio di amministrazione in un ristorante fuori della città ed illustrai loro come doveva essere costruita, strutturata e organizzata una moderna divisione di cardiologia. La mia visione risultò essere molto diversa e ben lontana da quella dell'Amministrazione, che aveva seguito i consigli dei primari medici e per me del tutto inadeguata. Al termine, il presidente mi disse: "Lei sarà il nostro candidato". Dopo avere ottenuto il pieno assenso di Cecilia, la cui presenza con me a Novara e la vicinanza con i tre bambini erano per me irrinunciabili, il 20 agosto presi servizio come incaricato. Il reparto una ex-medicina e trasformata in divisione di Cardiologia, era condotto da aiuti anziani ed era dotato soltanto di un elettrocardiografo. Cominciai ad eseguire la visita quotidiana di tutti i ricoverati correggendo anamnesi ed esame obiettivo e le impostazioni diagnostiche e terapeutiche. Aprii un ambulatorio per gli esterni. Presentai in tempi brevi un progetto dettagliato che prevedeva: una unità coronarica di 2ª generazione, tutti i laboratori necessari per la diagnostica cardiologica invasiva e non invasiva, gli ambienti corrispettivi che avrebbero dovuto essere ubicati in un altro piano del padiglione completamente da ristrutturare, gli apparecchi necessari e l'impiantistica (non conosciuta dai tecnici dell'ospedale) che ne consentisse il corretto funzionamento. Nella successione degli eventi ricordo alcuni episodi che in certo qual modo sono stati cruciali o determinanti per lo sviluppo e la crescita della Cardiologia a Novara:

- Nel settembre del '72 impiantai il primo pacemaker trovando ospitalità nella sala operatoria della chirurgia pediatrica perché dotata di un amplificatore di brillantezza. Al termine dell'impianto incontrai nel cortile il presidente e alcuni consiglieri che aspettavano ansiosamente l'esito dell'intervento. Se fosse andato male mi sarei giocato il posto.

- I primi giorni di dicembre mi svegliai molto presto con un presentimento, lo telefonai all'ing. Carlo Antonimi, un manager intelligente e audace, dicendo che se non avesse trovato subito il modo di comperare tutte l'apparecchiature accendendo un prestito in leasing, più tardi non ci saremmo più riusciti. Il consiglio sanitario di allora ostacolava in tut-



Il Prof. Rossi con i colleghi cardiologi dell'University Hospital Madre Teresa Università di Tirana, Albania, 1996

ti i modi la realizzazione del progetto. Il presidente mi ascoltò e acquistammo tutte le apparecchiature poco prima che scoppiasse la crisi petrolifera nel gennaio 1973 che fece come è ben noto impennare tutti i costi.

- Il pacemaker che modifica la frequenza di stimolazione del cuore guidato dalla frequenza respiratoria, da me suggerito, è stato realizzato dalle tecnologie Biomediche di Bologna. Al primo impianto di questo tipo di protesi del tutto nuova sulla scena internazionale (1983), sono seguiti una serie di studi, originali, di valutazione funzionale di fisiopatologia cardio-respiratoria che stimolarono i colleghi più giovani allo studio e alla ricerca scientifica contribuendo ad elevare il livello culturale di tutto il reparto.

Quale è stata l'importanza dell'ANMCO per lei?

Partecipai alla vita dell'ANMCO con molta passione fin da suoi esordi sulla scena nazionale. Anche se non viene mai ricordato, a me sembra importante per la sua storia e come premessa al suo sviluppo, il primo Congresso organizzativo dell'ANMCO che si tenne a Montecatini nel 1964. Il primo presidente fu il Prof. Vittorio Puddu, affiancato con molta efficienza dal Prof. Giorgio A. Feruglio, vicepresidente, la vera anima e forza propulsiva della nascente associazione.

L'assemblea generale a Montecatini fu animata da accesi dibattiti ai quali partecipai (polemizzando con calore anche con il mio primario) affiancato e appoggiato dal Dott. Michele Lombardi, primario cardiologo di Lucca. Dalla platea di questa assemblea si ottenne: 1) la prima di-

stinzione statutaria delle due anime costitutive dell'ANMCO, quella sindacale che prevarrà nei primi anni, quella culturale che, da necessario supporto alla prima inizialmente, è diventata poi giustamente predominante negli anni successivi; 2) questa distinzione ebbe come conseguenza la istituzione di una vicepresidenza sindacale e una culturale; 3) un Consiglio Nazionale eletto con l'ufficio di presidenza dall'assemblea; 4) la istituzione dell'ANMCO regionale con il proprio delegato e consiglio regionale (fu una mia precisa proposta che ricordo con molta soddisfazione).

Sotto la presidenza di Giorgio Feruglio feci il vicepresidente sindacale forse per due legislature, comunque di scarso rilievo all'ombra di un presidente molto attivo intraprendente e più abile nei rapporti politici del sottoscritto.

A Novara mi accorsi dell'importanza dell'ANMCO regionale. Negli anni '80 si stava elaborando la programmazione regionale della sanità piemontese seguendo una concezione tutta sovietica che tendeva ad annullare il significato della terapia intensiva coronarica e a consacrare Torino come unico centro di riferimento. Cercai di parlare con l'assessore alla sanità che non volle esplicitamente ricevermi.

Allora chiamai a raccolta i cardiologi del Piemonte, responsabili dei servizi o divisioni ospedaliere, prospettando loro la necessità e l'urgenza di elaborare un nostro piano regionale per la difesa della cardiologia. Eletto delegato regionale dell'ANMCO, ho preparato e discusso il piano per la cardiologia, approvato poi dalla nostra assemblea regionale.

Il piano dell'ANMCO piemontese prevedeva la istituzione dell'unità coronarica anche nei servizi con relativo adeguamento degli organici come previsto dalla legge nazionale, tre poli di cardiocirurgia Torino, Novara e Alessandria, un pronto soccorso cardiologico sul territorio. Come rappresentante sindacale dei cardiologi ospedalieri piemontesi fui infine ricevuto a Palazzo e potei presentare il nostro piano all'assessore della sanità. Il piano dell'ANMCO fu accettato e inserito nella programmazione della Regione Piemonte e infine anche realizzato. Ciò permise a Novara di ricevere il finanziamento per la divisione di Cardiocirurgia completa e bene funzionante da molti anni.

Cosa ricorda degli anni di direzione del Giornale Italiano di Cardiologia?

Mi ha occupato dal 1981 al 1984. È stata una esperienza memorabile. Dovemmo superare un certo provincialismo previo, e ridimensionare la prepotenza dell'editore di allora. Il compito primario fu la introduzione di nuovi criteri di selezione scientifica dei lavori inviati per la pubblicazione che fossero subordinati al doppio parere vincolante degli esperti. Questi ricevevano il testo scritto (in cieco del nome degli Autori) che doveva essere esaminato sia sul piano formale che sulla giustezza delle ipotesi,



Il Prof. Rossi con alcuni bambini cerebrolesi e una suora della carità di Madre Teresa di Calcutta a Scutari nel 2002

sulla adeguatezza del metodo e della raccolta dei risultati, sulla validità della elaborazione statistica e della loro interpretazione. Il comitato di redazione fu esemplare, controllava che il lavoro dei referee fosse svolto coscienziosamente; si discuteva tutti insieme sulla differenza delle opinioni e alla fine si decideva collegialmente sulla pubblicazione o meno.

Ci racconti di altre sue esperienze editoriali e del suo impegno nello studio dell'etica e della filosofia.

"L'Informazione Cardiologica" è uscita nel 1979 come periodico che copriva e occupa uno spazio dell'aggiornamento scientifico non ancora sostituito. Ne curo anche ora la redazione e la stampa (tralasciate temporaneamente nel quadriennio 81-84), con molto impegno. È un lavoro stimolante per due motivi. Innanzitutto mi obbliga ad un aggiornamento continuo di cultura cardiologica che traduco in editoriali ed aggiornamenti per il cardiologo pratico. In secondo luogo mi ha concesso uno spazio di riflessione per il medico, di natura etica-filosofica o spirituale, forse unica nel suo genere tra i giornali di medicina. Da qualche anno è diventato anche un giornale pubblicato su internet nel sito:

www.foliacardiologica.it

L'ultima mia riflessione filosofica si presenta con il titolo: "Crisi della Ragione o Crisi della Fede?". È ancora inedita e mi auguro possa essere ospitata in queste pagine.

Lei ha accennato alla vocazione di "essere medico". Nella sua estesa esperienza ha tradotto coerentemente l'essere nel "fare il medico", posso chiederle se ritiene di avere ormai esaurito il suo compito?

È una domanda delicata che mi introduce in un territorio affascinante. Nessun uomo esaurisce i suoi compiti fintantoché conserva energia e capacità adeguate. Si tratta innanzi tutto di distinguere se si guarda ai propri compiti con l'egoismo e l'egocentrismo che sono sempre in

agguato nella nostra razionalità oppure si cerca di esperirli con lo spirito del dono e dell'amore. Soltanto nella seconda condizione si è in grado di superare certi passaggi epocali che caratterizzano in modo più o meno manifesto la vita di ogni uomo. Il brusco e inopinato pensionamento dall'Ospedale, eseguito nel modo più inurbano che si possa immaginare alla scadenza esatta del 65° anno, mi ha provocato una breve sindrome da astinenza per la improvvisa privazione del lavoro ospedaliero. Tuttavia, mentre conservavo l'attività abituale extra-ospedaliera, una precisa serie di eventi (che evito di descrivere nei dettagli storici) mi ha condotto a svolgere un compito stupendo al di là di ogni aspettativa.

Infatti, dal 1994 esercito la professione anche in Albania nella Casa delle Suore della Carità della Beata Madre Teresa di Calcutta. Tra le diverse loro Case, di Tirana, di Scutari, quella che rimane il mio punto di riferimento privilegiato è la Casa di Puka che si trova al nord sulle montagne verso il Kosovo. Qui le persone molto povere giungono dai villaggi camminando parecchie ore in sentieri scoscesi percorribili solo con i fuoristrada. Ogni persona riceve ciò di cui ha bisogno. Cibo per i più poveri. Medicine per i problemi cardiovascolari o internisti. I soggetti che necessitano di elettrostimolazione vengono inviati o portati all'University Hospital di Tirana in cui mi recavo fino a 4 anni fa per impiantare pacemaker bicamerale che procuravo dall'Italia; oggi mi sostituisce in tutto ciò con maggiore efficienza il Dott. Eraldo Occhetta aiuto cardiologo ed elettrofisiologo dell'Ospedale Maggiore di Novara.

I bambini con cardiopatie congenite da operare vengono inviati e ospitati in Italia insieme alla madre, da don Carlo Zaccaro con i mezzi forniti dalla Fondazione Madonna del Grappa di Firenze. Gli adulti con indicazione ad intervento sul cuore, una volta ottenuto il visto, si ricoverano in qualche ospedale italiano. Alle attività strettamente mediche si aggiungono conversazioni in inglese di natura teologica molto desiderate dalle Suore della Carità. Invece, agli adulti svolgo lezioni di etica con l'ausilio di un traduttore dall'italiano in albanese (lingua per me troppo difficile).

Ma il bello di tutto ciò non si trova nell'azione umanitaria, né nell'utilità arrecata a qualcuno o in certi risultati terapeutici anche se molto buoni, ma consiste essenzialmente nell'aver scoperto e nel perseguire la via che consente la contemplazione del Volto di Gesù in ogni persona sofferente. L'azione umanitaria si trasforma per questa via in carità che è il nostro amore a Dio riversato sull'uomo. Scoprire in tal modo il volto di Cristo Signore genera la gioia spirituale più genuina, inattaccabile dalle tarme del mondo purché sia sempre alimentata dalla preghiera e dal sacrificio che siano fondati sulla vera fede. (P.R.)

FILOSOFIA DELLA MEDICINA

di Paolo Rossi

Crisi della Ragione o Crisi della Fede?

Alle diverse forme del dubbio che la ragione esercita nei vari modi così come sono stati descritti nell'articolo precedente ("Il caleidoscopio del dubbio". I.C. 2004;25:25-33), si potrebbero contrapporre i suoi contrari e quindi: al dubbio scientifico la fede nella scienza, al dubbio filosofico la fede nella ragione, al dubbio assoluto la credulità che può essere una forma di dabbenaggine, al dubbio esistenziale della ragione la fiducia nelle proprie capacità intellettuali, al dubbio esistenziale della volontà l'ardore dei propri sentimenti.

Da tali contrapposizioni si generano in realtà errori, equivoci e contrasti profondi:

1. *Dubbio scientifico e fede nella scienza* esprimono due concetti essenzialmente diversi. Il primo appartiene ad una metodologia utile che serve al ricercatore per sviluppare il piano di studio e di indagine. La seconda costituisce invece una posizione filosofica che può assumere due accezioni: una positiva secondo la quale si attribuisce all'uomo la capacità di estendere sempre di più i confini della conoscenza del mondo esplorabile con i metodi oggettivi della scienza; l'altra "lo scientismo" del tutto negativa perché rifiuta, nel modo più assoluto e aprioristico, ogni altra realtà che non possa essere esplorata dalla scienza.

2. *Dubbio filosofico e fede nella ragione* non sono pensieri in contrapposizione tra loro. Infatti l'esercizio filosofico del dubbio presuppone che chi lo esercita creda in questa capacità speculativa qualunque ne sia l'esito. Anche lo scettico, pur giungendo a conclusioni negative sulle possibilità di conoscere, crede a ciò che gli suggerisce la propria intelligenza.

Invece la **fede nella ragione** può essere considerata un attributo essenziale e costitutivo dell'essere umano che consente all'uomo di percepire la coscienza del proprio io, di svilupparsi nell'autocoscienza, di amare la libertà e l'indipendenza. Costituisce il sostegno necessario a tutte le attività umane.

Senza questa fede nella ragione, che possiamo definire *naturale* perché attributo normale del suo essere razionale, l'uomo non sarebbe mai stato in grado di dominare il mondo. La fede naturale nella ragione genera la percezione della propria forza psico-fisica ed è la matrice che permette all'uomo di superare l'ignoranza e la paura, di crescere in quella fiducia in sé stesso e nel concetto di sé che alimentano la forza interiore dell'amor proprio.

Nell'armonia dello sviluppo l'amor proprio rimane un abito virtuoso finché aiuta il soggetto a trovare l'energia necessaria a superare gli insuccessi e a colmare le proprie debolezze, ma nello stesso tempo comporta sempre il rischio d'ingigantirsi e sconfinare dal campo delle virtù e degenerare in un disordine della volontà che induce all'amore disordinato o concupiscenza di sé che è la superbia.

La *superbia della vita* è l'amore disordinato alla propria eccellenza. Il superbo ha un eccessivo concetto di sé stesso, del proprio valore e tende ad esigere che gli altri lo riconoscano. Ritiene di avere dimensioni più grandi di quelle che realmente possiede ed è paragonabile ad un pallone gonfiato; tutta la sua grandezza si riduce ad un poco di vento che aprendosi il pallone, tutto subito svanisce.

Il presuntuoso sopravvaluta le proprie forze o i propri meriti, manca di docilità, maltratta gli altri, occupa il primo posto nelle assemblee, è il primo a parlare e interviene anche senza essere interpellato, disprezza le idee ed il lavoro altrui. Il superbo è umanamente sgradevole: "Fatui e superbi si dimostrano tutti coloro che abusano della loro posizione di privilegio – dovuta al denaro, alla famiglia, al grado, alla carica, all'intelligenza... – per umiliare i meno fortunati" (1).

La superbia è il principio di ogni peccato. Da questo disordine scaturiscono tutti gli altri: "Quando l'orgoglio s'impadronisce dell'anima, non è strano che, legati l'uno all'altro, gli vengano dietro tutti gli altri vizi: avarizia, invidia, ingiustizia... Il superbo tenta inutilmente di sbalzare dal suo trono Dio, misericordioso

con tutti, e installarsi al suo posto, portando con sé tutta la sua crudeltà” (2).

La ragione come Dio

La superbia annulla le domande e le paure che sono proprie dell'uomo saggio e prudente posto di fronte all'ignoto. Allo scopo di soddisfare la sua vanagloria, il superbo giunge progressivamente a considerare la ragione umana come il punto di riferimento di ogni conoscenza.

La ragione diventa così la fonte unica ed assoluta di ogni possibile verità per cui ogni soggetto è indotto e autorizzato a scegliere:

- le verità nelle quali credere,
- le regole morali a lui più convenienti,
- gli interessi da perseguire secondo il principio per cui tutto è lecito se tecnicamente possibile.

Tale assolutizzazione della ragione è stata ed è la causa di nefaste e dolorose conseguenze che hanno segnato tutta la storia del genere umano (dalla sua origine nel racconto biblico della genesi ai nostri giorni).

Il XIX secolo ha visto concludersi la evoluzione del pensiero filosofico illuminista nei principi del primo nichilismo che ha predicato l'assenza di ogni valore, la morte di Dio, la volontà di potenza come unica meta dell'uomo. Il XX secolo ha vissuto “il nichilismo maturo”.

Nell'assenza di valori assoluti e nella necessità di continuare a vivere, l'uomo è portato a vivere al massimo senza mai concludersi essendo umanamente impossibile la sua *auto-realizzazione*¹. L'economia è guidata dal profitto e dalla potenza.

Tenore di vita e consumi devono crescere continuamente con il riconoscimento di uno spazio pubblico sotto la spinta della pubblicità. Il filo logico che unisce tutti questi aspet-

ti ha una matrice comune: “la tecnologia non ha un limite interno”, non può auto-limitarsi per necessità di crescere in potenza pena la estinzione, procede su tutto quello che è tecnicamente possibile (dagli ordigni di distruzione di massa, alla procreazione artificiale, alla clonazione degli embrioni umani). Non esistendo valori massimi, non è possibile stabilire delle regole che limitino le tecnologie né è possibile stabilire un criterio oggettivo di moralità. L'unico fine è la volontà di potenza, la capacità di agire. Ma il meccanismo che permette alla volontà di esistere consiste nell'incremento continuo della potenza che genera il successivo riconoscimento pubblico che “io ho raggiunto un livello eccellente di superpotenziamento”, al quale tendo come all'*unica realtà suprema che esiste*.

• Contraddizioni e limiti del nichilismo:

- La dimensione spettacolare (performativa) della vita condotta nel culto della potenza produce una intensa gratificazione, un piacere legato all'attivazione del sistema mesolimbico dopaminergico alla base del cervello, il cui principale neuro-trasmittitore risulta essere la dopamina. Tale sostanza inonda alcuni settori del cervello, induce euforia e media l'appagamento iniziale e il successivo rinforzo come risposta a qualunque stimolo che suscita il senso del piacere (un buon pasto, il rapporto sessuale, le interazioni sociali, una vittoria sportiva, l'abuso di stupefacenti). Purtroppo, è esperienza comune che alla ripetizione continuativa di uno stimolo perseguito per fruirne diletto segue l'esaurimento psico-fisico, associato spesso ad un senso di nausea, e la diminuita percezione dei suoi piacevoli effetti.

¹ Tale impossibilità è fondata su una logica naturale perché ciò che porta a realizzare, a massimizzare le potenzialità umane trova sempre un limite ulteriore da dover superare. Quindi la vita assomiglia ad una autostrada circolare nella quale l'unico valore di senso è il correre ad alta velocità con un'auto potente che ti permetta di superare gli altri, tutto diventa applicazioni pratiche appariscenti molto grafiche con dimensioni performative. Le soste obbligate nelle piazzole sono strumentali ad un recupero, rappresentano le residue dimensioni affettive. Poiché l'uomo non può essere il fine di se stesso (vedi il perché più avanti), si crea dei surrogati: • il correre è il lavoro; • la famiglia è solo relazione, funzionale alle esigenze affettive che servono per poter lavorare; • la ricerca del successo; • il culto della bellezza (palestre e diete) e della forma fisica; • la tecnologia che offre strumenti sempre più perfetti (catena infinita come logica interna) con un'accelerazione tecnologica che obbliga ad essere aggiornati seguendo il motto “meglio morti che sfigati”, “piuttosto non vivere che vivere senza essere riconosciuti”.

ti. Le neuro scienze cominciano anche a intravederne i meccanismi molecolari, sommariamente descritti nella figura (3). Uno stimolo quando diventa forte e ripetitivo altera il circuito del piacere provocando assuefazione e dipendenza. Il desiderio di rivivere l'esperienza del piacere è tenuto vivo dal ricordo dei suoi effetti e genera la ricerca spasmodica e il potenziamento continuo dello stimolo fino all'esaurimento e alla stanchezza.

L'esaurimento della volontà di potenza rende impossibile continuare la corsa alla ricerca del successo e il soggetto deluso facilmente cade preda della nevrosi d'ansia, oppure può cadere nella depressione, o nell'angoscia e nelle crisi di panico.

- Il vero limite, molto forte, è che la volontà di potenza non può durare tutta la vita perché subentrano *astenia* e *stanchezza*. Il gioco al rialzo non può durare sempre perché ad un certo punto della vita ci si chiede "che senso ha tutto questo?". È un punto di arrivo inevitabile insito nella natura umana. La stanchezza è un fenomeno fisiologico che si può rilevare, seppure in diversi modi, in tutti gli organismi e impone l'alternanza ciclica dell'attività e del riposo. Quando la sera Zaratustra si fermò, divenne triste per non avere dato risposte alle domande sulla vita.

I frutti paradossali della ragione

Molti sono i motivi che consentono di definire la superbia un esito degenerato dell'uso della libertà. Ogni individuo sufficientemente maturo (capacità di autocritica e di responsabilità) si crea una opinione personale della libertà legata alle modalità che segue nel viverla e alle possibilità che gli sono concesse di applicarla.

Spesso l'uomo non è neanche in grado di descrivere il proprio concetto della libertà. Ecco gli elementi che hanno concorso e concorrono a considerare la superbia l'origine del male nel mondo:

- a. Il primo paradosso della ragione è la stessa "negazione dell'esistenza di una libertà dell'uomo". La libertà che crediamo di vivere è in realtà una illusione. La concezione della libertà che ci siamo creata, insie-

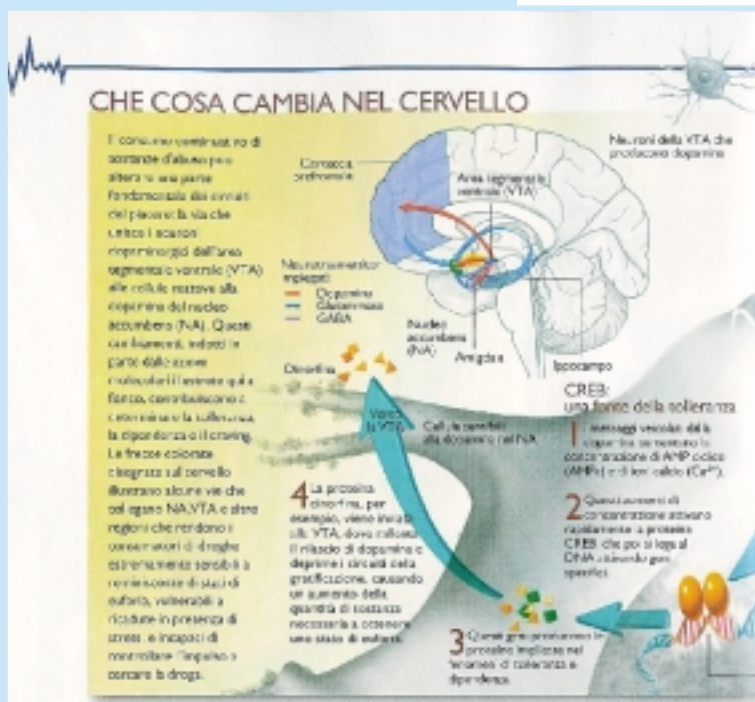


Figura 1

me alla coscienza ad essa collegata, è semplicemente il risultato di una evoluzione biologica e come tale non costituisce né valore etico in sé né trascendente la materia. La negazione della libertà ha costellato tutti i percorsi storici dell'umanità sia nelle teorie filosofiche che nelle scienze dei nostri giorni, ma contrasta con la nostra esperienza quotidiana e con la natura razionale della persona. Grazie a tale natura le persone possono conoscere l'ultimo fine come tale e quindi orientarsi verso di esso. Esse possiedono: "il dominio dei propri atti, e non soltanto sono mosse come le altre creature, ma *operano per se stesse*" (4). Chi può negare di non sentirsi padrone dei propri atti nelle normali circostanze della vita, trovandosi in pieno possesso delle proprie facoltà? Negare tale evidenza del senso comune serve soltanto ad evitare la responsabilità morale, ad oscurare la sensibilità della coscienza, e persegue tenacemente l'obiettivo di distruggere il valore trascendente della persona. Tale obiettivo è coerente con la ragione ribelle che rifiuta Dio e la sua verità. La ragione che nega l'esistenza della libertà è un evidente paradosso: "se la ragione non fosse libera con la fede naturale che ritrova in se stessa come potrebbe

negare di esserlo se non usando ed abusando di questa stessa libertà?”

b. L'uomo che non subisca forti condizionamenti ambientali tende ad agire come un essere libero fin dai primi anni di vita. Quando inizia l'uso della ragione, per quella fede naturale che lo costituisce, usa l'intelligenza per individuare i fini ai quali indirizzare gli atti liberi e la volontà per stabilire come realizzarli. Gradualmente, in relazione alla educazione che riceve e alle costrizioni che inevitabilmente deve subire, scopre il senso della libertà che gli appartiene. Egli si accorge di possederla nella sua natura e non si domanda come l'abbia ricevuta, ma certamente se gli viene contestata la rivendica come un suo elementare diritto. Chiusi nel loro egoismo molti uomini non si pongono né cercano risposta alla domanda cruciale: **“Dove viene la libertà dell'essere umano?”**, mentre pretendono di viverla incondizionatamente. Proviamo a cercarne l'origine.

- Un uomo non riceve il bene primario della libertà dai suoi genitori perché anch'essi la possedevano gratuitamente (indipendentemente dal modo come l'hanno vissuta). Tanto meno questo bene può derivare dalla società o dallo stato, organismi che tendono invece a limitarlo o sopprimerlo. Proprio nelle condizioni di vita che maggiormente opprimono l'uso della libertà, l'uomo ne vive l'anelito insopprimibile. Tale peculiarità costituisce una delle qualità fondanti la persona che designa l'essere umano nell'accezione più completa. Nella definizione originale di Severino Boezio (5). La persona è *“substantia individua, completa, alteri incommunicata, rationalis”*. Alcuni anni fa ho illustrato (6) questa definizione con la interpretazione che ne dette Tommaso d'Aquino. Qui c'interessa rivedere il significato dei termini *“completa, alteri incommunicata”*.

L'atto di essere conferisce alla persona, completa in se stessa, le proprietà di una triplice *incomunicabilità*, del tutto diverse da ciò che s'intende con i termini di egoismo e di egocentrismo. Infatti nelle sue caratteristiche di persona l'individuo umano non può: comunicare, - come parte con le altre cose essendo un tutto completo, - come l'universale comunica con i singoli, in quanto la persona

è sussistente, cioè esistente per se stessa, - come qualcosa di assumibile perché perderebbe la propria peculiarità di persona. Tali proprietà non contrastano invece la capacità del soggetto di assumere (7), di mettere in relazione il proprio Io con il Tu dell'altro o degli altri. Le capacità relazionali della persona ci dicono in modo inequivocabile che:

- Il singolo essere umano riceve per sé il dono della libertà, solo per il fatto di essere persona; un dono del quale non può vantare alcun merito né a priori perché non dovuto ai suoi antenati, né a posteriori perché non ha sostenuto alcuno sforzo per acquisirlo nell'intimità della sua coscienza.

- Questo dono della libertà non gli può essere sottratto da alcuna forza esterna perché l'Io della persona è completo e nella sua *incomunicabilità* non può essere invaso, né occupato da nessun altro, appartiene tutto a se stesso e soltanto in una relazione di amicizia si apre e riceve il tu dell'altro senza perdere nulla di sé.

- L'uomo non può essere principio e fine di se stesso perché è generato come *creatura* con tutti i requisiti dell'essere umano razionale e quindi come persona.

- La libertà può essere donata soltanto da un altro essere:
 - che sia totalmente libero,
 - che sia il principio di Sé perché non discende da altro, in tal caso si trova all'origine di tutte le cose,
 - che nell'essere umano ha voluto imprimere il sigillo della sua somiglianza con il dono della ragione e della libertà,
 - che questo dono è completo senza remore fino al punto che può essere rinnegato nel tutto o nelle sue parti perché è indissolubilmente legato alla *responsabilità* dell'uomo al quale è affidato l'uso retto del dono.

Significato del termine “fede” come atto trascendente della ragione

La fiducia nella propria ragione non richiede un atto di fede. All'uomo normale balza subito evidente che tutto ciò che nasce nella sua mente è chiaramente un prodotto di sé per cui non gli si chiede di credere a qualcuno o qualcosa che non gli appartiene o di cui non conosce la provenienza.

Non c'è alcuna incognita da accettare al buio, se l'origine e i contenuti della cosa

(pensieri, idee, fantasie, sentimenti buoni e cattivi, decisioni, sofferenze e delusioni, ecc.) risultano essere noti appena percepiti.

La fede è invece un atto della ragione che accetta come vera una cosa che non sia nata nella sua mente. In verità tutta la vita dell'uomo è impostata sulla fede; è una necessità imposta dalla vita di relazione con gli altri e con il mondo. Quasi tutto ciò che vediamo, ascoltiamo e sentiamo ci viene somministrato dall'esterno, è accettato con un atto di fede-fiducia (anche quando non concordiamo sui contenuti) e finisce con l'occupare la nostra mente al punto che non sappiamo più distinguere quanto è nostro e quanto è prodotto dalla fede. I contenuti di questa fede appartengono alle tre sfere di conoscenza essenzialmente diverse, separate e incomunicabili tra loro, descritte da Pascal nel frammento n. 793² delle *Pensée* (8). Anche la fede espressa in queste sfere di conoscenza non può essere travasata l'una nell'altra per la profonda diversa dignità che le contraddistingue; esse sono:

1. *La fede nella sfera della conoscenza fisica* riceve facilmente conferma o smentita delle cose credute da quello che constatiamo nella esperienza comune nella vita di tutti i giorni. Si tratta pertanto di una credenza che rimane in cieco per poco tempo, non presenta implicazioni morali; potremmo chiamarla come *fede nelle cose banali* per la banalità dei contenuti e per quel semplicismo un po' ingenuo che accompagna generalmente la vita di tutti gli uomini.

2. *La fede nella sfera della conoscenza intellettuale* è molto più articolata perché riguarda le diverse forme del sapere scientifico in senso lato. Può presentare diverse accentuazioni individuali fino ad assumere le caratteristiche di una fede dogmatica nelle scienze; per la quale si crede che la scienza è depositaria di ogni possibile verità. Questa forma di fede

costituisce la corrente filosofica dello "scientismo" e in forma implicita o esplicita è determinante nell'orientare la prassi contemporanea del nichilismo maturo.

La fede intellettuale è stata messa in crisi dalla radicale critica della ragione e della sua consapevolezza, provocata dalle congerie di fattori, non sempre isolabili, che hanno contrassegnato il secolo passato.

Anzitutto è da menzionare la "crisi della ragione storica" (9), da intendere come diffuso sentimento generale di sfiducia nei riguardi del progresso indefinito promesso dalla scienza e dalla tecnologia. In tale contesto hanno agito: • le scienze umane che mettono a fuoco il pesante condizionamento culturale e storico sull'agire umano in generale e sulla ricerca scientifica in specie, • l'impatto sconvolgente sulla coscienza pubblica e quindi su quella filosofica prodotto dalla tragedia dei regimi politici totalitari, dalla seconda guerra mondiale, dai campi di concentramento con l'eccidio degli ebrei nella barbarie dell'Olocausto, dalla crisi dell'Unione sovietica e del marxismo, dall'avvento della società consumistica con i suoi fenomeni di omologazione e di globalizzazione economica e mass-mediale.

Nello stesso tempo, paradossalmente, assistiamo ad un massiccio ritorno del sacro, con riti religiosi in cui si mescolano il relativismo areligioso e pragmatico dell'Europa e dell'America e la teologia negativa dell'Asia, per la quale il divino in se stesso e direttamente, non può mai entrare nel mondo delle apparenze, nel quale viviamo. C'è però anche una reazione espressamente antirazionalista all'esperienza che "tutto è relativo", e che si riassume nell'etichetta polivalente del *New Age*, o era dell'Acquario che supera la razionalità e la soggettività dell'Io mediante il ritorno estatico nel processo cosmico.

Decisiva e contemporanea è la "crisi della ra-

² "La distanza infinita che corre tra il corpo e l'intelletto³ simboleggia la distanza infinitamente più infinita che corre tra l'intelletto e la carità, poiché questa è soprannaturale [...]. La grandezza delle persone che vivono la vita dell'intelletto è invisibile ai re, ai ricchi, ai capitani, a tutti questi grandi della carne. La grandezza della sapienza che viene da Dio, è invisibile alle persone carnali e agli uomini di pensiero. Sono tre ordini di diverso genere. [...] Da tutti i corpi insieme non si potrebbe far uscire un piccolo pensiero: è impossibile; è di un altro ordine. Da tutti i corpi e da tutti gli intelletti insieme non si potrebbe trarre un solo moto di vera carità: ciò è impossibile (poiché questa carità) è di un altro ordine, di un ordine soprannaturale".

gione scientifica” che si apre con la messa in discussione della fisica e della matematica, quei saperi classici ai quali si era ispirata la ragione moderna: • la relatività di Albert Einstein sfalda alle radici l'assolutezza di tutti i concetti (tempo, spazio, velocità, ecc.) sui quali era fondata la fisica classica e la sua comprensione delle leggi naturali, • i teoremi d'incompletezza e la logica intuizionistica dissolvono la convinzione dell'auto-fondazione del sapere matematico che viene invece riconosciuto quale prodotto dell'attività costruttiva della mente.

Sovrapposta alle precedenti è subentrata la “crisi della ragione politica” resa inarrestabile dalla caduta dei sistemi di governo di ispirazione marxista dell'Est europeo. Proprio dove l'ideologia marxista della liberazione dal bisogno era stata adottata in maniera sistematica, si era instaurata una mancanza totale di libertà, i cui orrori stavano inesorabilmente davanti agli occhi di tutti.

Il marxismo riteneva di poter insegnare come condurre il corso della storia sulla retta via. Il suo enorme fascino gli derivava dal fatto di fondarsi su metodi in apparenza strettamente scientifici e di sostituire la fede delle religioni con la scienza, trasformando la scienza in azione pratica.

Tutte le promesse disattese delle religioni sembravano realizzarsi mediante una prassi scientificamente fondata. La caduta di questa

speranza era destinata a provocare un enorme disinganno, che non si è ancora placato. Il venir meno dell'unico sistema che proponeva una soluzione dei problemi umani su base scientifica poteva lasciare spazio soltanto al nichilismo, o per lo meno ad un relativismo totale³.

Cosa ci dicono questi dati? Ci dicono che non la struttura dei sistemi politici, non lo stato dell'arte della scienza possono garantire il progresso e soprattutto lasciano del tutto senza risposta le domande sulle mete ultime della vita di ogni uomo.

La fede nella sfera della conoscenza spirituale non conosce confini: o è completamente negata dall'orgoglio della ragione che si dichiara atea, o può essere vissuta con graduale progressione oppure manifestarsi improvvisa e totalizzante⁴. In ognuna di queste categorie il problema della fede spirituale assume connotati che meritano approfondimento:

Ateismo

Nei primi secoli del cristianesimo non ci si pose tanto il problema dell'esistenza di Dio quanto quello dell'essere di Dio⁵.

Successivamente cresce l'impegno dei Padri a dimostrare l'esistenza di Dio e sant'Agostino, rimanendo sulla scia neo-platonica, apre una nuova via. che si può così riassumere: “nulla nell'uomo è superiore alla ragione; ma la verità, che è eterna, necessaria e immutabile e che costituisce la norma secondo cui la ra-

³ Il relativismo è diventato effettivamente il problema della fede dei nostri giorni. Esso non si esprime soltanto come una forma di rassegnazione di fronte alla verità irraggiungibile, ma si definisce anche positivamente, ricorrendo alle idee di tolleranza, conoscenza dialogica, e libertà, che erano state coartate dalla concezione di una verità universalmente valida. Queste idee applicate in ambito politico e sociale conservano una qualche legittimità se evitano il relativismo totale che non risolve nulla in qualunque campo: c'è una ingiustizia che non può mai diventare giusta (per esempio l'uccisione degli innocenti o il negare alle persone o ai gruppi il diritto della dignità umana e di ciò che essa comporta) e c'è una giustizia che non può mai diventare ingiustizia. Ma il problema deriva dal fatto che esso non si pone dei limiti. Infatti viene adottato espressamente anche sul piano della religione e dell'etica (14).

⁴ Esempi innumerevoli: la folgorazione di Paolo di Tarso sulla strada di Damasco, la illuminazione di Agostino d'Ippona nelle sue confessioni, Francesco d'Assisi che si spoglia nudo in piazza in risposta alle ingiunzioni paterne, Ignazio di Loyola mentre guarisce le ferite di guerra in un letto di ospedale, Josemaría Escrivà che vede improvvisamente il mare senza sponde della santificazione di ogni laico nel suo posto di lavoro.

⁵ Infatti a quei tempi l'esistenza di Dio è ammessa dai filosofi (Platone, i neoplatonici, gli stoici). Invece il problema è costituito dall'essere di Dio, che per i neoplatonici è l'Uno ineffabile senza alcun rapporto con il mondo, e per gli stoici è la Ragione ordinatrice (Logos) immanente al mondo. I Padri sono perciò particolarmente impegnati nel dimostrare, contro i neoplatonici, che Dio non è l'Assoluto inconoscibile e senza rapporti col mondo finito, ma è il Creatore del mondo, che si fa conoscere agli uomini mediante le realtà finite da Lui create; e, contro gli stoici panteisti, nel dimostrare che Dio con la sua potenza crea l'universo e con la sua sapienza lo ordina, ma non è immanente ad esso, bensì lo trascende infinitamente.

gione giudica e che da questa non può venir giudicata, è superiore alla ragione e la trascende; dunque esiste Dio che è la Verità assoluta in se stessa" (10).

Lo sforzo più grande per dimostrare razionalmente l'esistenza di Dio è compiuto dagli Scolastici, i quali trattano questo problema non per confutare le teorie degli atei, ma per il valore filosofico e speculativo del tema, il quale per la ragione umana è il più alto, e per provare che c'è accordo e non frattura, tra ciò che si crede per fede e ciò che si dimostra con la ragione⁶.

Nella società contemporanea l'ateismo non è più soltanto un fenomeno filosofico circoscritto, ma si è sviluppato in un diffuso fatto esistenziale e culturale, complesso e poliedrico⁷. In quanto razionalmente fondato (così crede l'ateo), l'ateismo di oggi scalza le fondamenta del cristianesimo e riduce la fede alla superstizione o alla vana credenza in un Dio che non esiste. Queste forme di pensiero sono molto diffuse nella società contemporanea, per cui l'ateismo è diventato un fenomeno storico, religioso e sociale. Infatti la negazione di Dio come Essere Supremo, si traduce in negazione dei valori dell'uomo come di fatto è avvenuto nell'ateismo moderno e contemporaneo (14).

Le cause che hanno generato l'ateismo contemporaneo sono da individuare in motivazioni esistenziali e storiche più che in ragioni teoriche. È la nuova situazione dell'uomo nel mondo, un uomo imbevuto di spirito critico e di razionalismo, e di una comprensione di sé come valore assoluto, che rende inutile "l'ipotesi Dio", ipotesi tipica secondo i razionalisti di una fase pre-critica e pre-scientifica

dell'umanità; così come l'acutizzarsi della coscienza morale sembrerebbe rendere incompatibile l'esistenza di Dio di fronte alla presenza del male nel mondo (14).

L'ateo, tuttavia, non è soltanto colui che non crede in Dio perché non vuole credere o perché non gli conviene credere, in quanto, accettando di credere in Dio, dovrebbe mutare vita e cessare di compiere il male. Che ci siano atei di questo genere, oggi non c'è dubbio; ma sarebbe gravemente ingiusto ed offensivo affermare che tutti gli atei siano di questo tipo. In realtà gli atei di oggi come quelli di ieri adducono motivi razionali per ricusare l'esistenza di Dio: motivi che ad essi appaiono così razionalmente e scientificamente fondati da rendere a loro parere irragionevole e antiscientifico ammettere l'esistenza di Dio.

Come far conoscere Dio a chi non crede?

Voler dimostrare con argomenti razionali l'esistenza di Dio potrebbe sembrare una impresa inutile e disperata. Una impresa inutile perché, per quanto riguarda i credenti, essi, avendo la rivelazione di Dio stesso nell'Antico e nel Nuovo Testamento, non hanno bisogno di argomenti razionali per dimostrare che Dio esiste; per quanto riguarda i non credenti e gli atei, gli argomenti che dovrebbero costituire i *Praeambula Fidei* e che si portano come prove razionali dell'esistenza di Dio, non convincono se non coloro che già credono in Dio. Una impresa disperata, perché i vecchi argomenti - sia l'argomento ontologico di sant'Anselmo, sia le cinque prove di san Tommaso - dopo la critica che ne ha fat-

⁶ Essi seguono due vie: • la prima via, erede del neo-platonismo di Agostino, parte dalla riflessione su Dio come essere "pensato" per arrivare alla sua realtà come essere "esistente" (11), • la seconda via, seguendo la metafisica di Aristotele, parte non dal "pensiero", ma dalla "realtà finita", di cui l'uomo fa l'esperienza: non è perciò, intuitiva nel pensiero a priori, ma è a posteriori ragionando sulle realtà del mondo. San Tommaso propone le cinque celebri "vie", delle quali la prima si fonda sul movimento e conclude all'esistenza di un Primo Movente; la seconda si basa sulla natura della causa efficiente e conclude all'esistenza di una Prima Causa efficiente; la terza si fonda sulla contingenza della realtà finita e conclude all'esistenza di un ente che sia per se stesso Necessario; la quarta prende le mosse dai gradi di perfezione che si trovano nella realtà e conclude all'esistenza di un essere che sia perfetto in sommo grado, cioè all'Essere Perfettissimo; la quinta parte dall'ordine del mondo per concludere all'esistenza di un Essere Intelligente, dal quale gli esseri della natura vengono ordinati (12).

⁷ La *Gaudium et spes* fa una diagnosi delle sue diverse forme: ateismo sistematico, ateismo agnostico, indifferenza religiosa, ateismo pratico, umanesimo prometeico, e infine ateismo come rifiuto dei mali nel mondo (13).

to Kant, non sarebbero più proponibili⁸. Il razionalista contemporaneo respinge ogni argomentazione metafisica perché la giudica priva di significato nelle parole e nei concetti. Non avrebbe senso inoltre richiamare i principi di causalità e di finalità, che le scienze oggi mettono seriamente in questione.

Relazione tra fede spirituale e ragione

Una delle funzioni della fede, e non tra le più irrilevanti, è quella di offrire un risanamento alla ragione come ragione, non di usarle violenza, di non rimanerle estranea. Lo strumento della fede può liberare nuovamente la ragione come tale, in modo che quest'ultima messa sulla buona strada possa vedere da sé (14). L'uomo che accetta Dio per fede non rinuncia alla sua natura di essere razionale, ma non può pretendere di sottomettere la fede alla ragione, per le seguenti importanti questioni: • innanzitutto, perché la *fede spirituale* apre la mente e il cuore dell'uomo al mistero e alla Verità che la ragione non può mai raggiungere con le sole sue forze; • la fede naturale nella ragione non può sostituire in alcun modo la fede spirituale perché appartengono a due sfere di conoscenza essenzialmente diverse ed incomunicabili⁹; • infine, la ragione che vuole sottomessa la fede spirituale (ciò sarebbe cadere nel razionalismo) cade in contraddizione con se stessa perché si auto-esclude a priori dalla conoscenza di una realtà della quale sente di esserne parte e che non può dimostrare in alcun modo che non esista.

In realtà la fede può inserirsi in modo *umano nella mente e nel cuore dell'uomo*, in quan-

to trova la mente e il cuore aperti e disponibili all'accoglienza del mistero divino: "La fede e la ragione sono come due ali con le quali lo spirito umano si innalza verso la contemplazione della verità.

È Dio ad aver posto nel cuore dell'uomo il desiderio di conoscere la verità e, in definitiva, di conoscere Lui perché conoscendolo e amandolo, possa giungere anche alla piena verità su se stesso" (15). È stata una esigenza costante della fede cristiana di cercare nella ragione "motivi di credibilità" che aiutino l'uomo a credere, rendendo *ragionevole* la sua adesione alla fede¹⁰.

Se ci fosse contraddizione tra ciò che l'essere umano crede per fede e ciò che pensa con la ragione, la sua fede sarebbe "irragionevole" e quindi "innaturale": sarebbe non una fede "ragionevole", cioè superiore ma non contraria alla ragione, bensì una fede "non ragionevole" e dunque "fideismo".

Il "credere" per fede nell'esistenza di Dio in contrasto con la ragione (che pensa che Dio non esiste) costituirebbe una rottura traumatica nella personalità umana, non sostenibile a lungo (16). Nelle condizioni storiche in cui si trova, l'uomo incontra molte difficoltà per conoscere Dio con la sola luce della ragione.

Ma perché l'uomo possa entrare nella sua intimità, Dio ha voluto rivelarsi a lui e donargli la grazia di poter accogliere questa Rivelazione nella fede (17).

La ragione non esaurisce tutta la realtà dell'uomo

È pur vero che a nessun uomo è preclusa la via di Dio per la santificazione e la salvezza,

⁸ Il razionalismo neoscolastico è fallito nel tentativo di voler ricostruire i *Praeambula Fidei* con una ragione del tutto indipendente dalla fede, con una certezza puramente razionale. La filosofia non può essere il fondamento della fede perché la nostra fede si fonderebbe allora, in fondo, su mutevoli teorie filosofiche. Né la fede può essere definita come un semplice paradosso, che può sussistere soltanto contro la ragione e indipendentemente da essa.

⁹ "Di queste cose parliamo, anche, con parole non imparate dalla sapienza umana, bensì imparate dallo Spirito, comparando cose spirituali con cose spirituali. L'uomo animale non riceve le cose dello Spirito di Dio; che per lui sono follie, né può conoscerle, perché solo con lo Spirito vanno giudicate"; san Paolo apostolo, Prima lettera ai Corinzi (1 Cor 2,13-15).

¹⁰ Secondo il Magistero della Chiesa Cattolica gli argomenti convergenti e convincenti che permettono di raggiungere con certezza l'esistenza di Dio si trovano: (a) nel mondo materiale, dal quale si può giungere a conoscere, come origine e fine dell'universo, un Dio, personale il quale con la sua Provvidenza si prende cura del mondo, (b) nell'uomo che, con la sua apertura alla verità, alla bellezza, con il suo senso morale, con la sua libertà e la voce della coscienza, con la sua aspirazione all'infinito e alla felicità, s'interroga sulla esistenza di Dio, percepisce i segni della propria anima spirituale, la cui origine, essendo irriducibile alla sola materia, non può essere che in Dio. (CCC, nn. 31-33).

e ciò, nonostante gli ostacoli che ciascuno trova nel suo essere composto di materia e spirito¹¹. Le vie di Dio però non sono quelle degli uomini e la ragione non esaurisce tutta la realtà dell'uomo.

Questa è una verità fondamentale che non può essere negata. La principale ricchezza dell'essere umano risiede senza alcun dubbio nella sua soggettività, inviolabile da chicchessia, al cui centro è il cuore, inteso come sorgente dei sentimenti e con la capacità di amare anche nell'uomo più perverso, e con un desiderio inesauribile di amore. Mentre il desiderio dell'amore fisico decade e si esaurisce, quello dello spirito si accresce nella gioia; come lo provano le innumerevoli testimonianze di quelli che l'hanno vissuto e descritto nei duemila anni di vita della Chiesa. Nella storia della umanità soltanto Gesù Cristo ha saputo rispondere al desiderio di amore dell'uomo. Ma il "Dio di Gesù Cristo" non è il "Dio dei filosofi", come dice Pascal, e di un tale Dio non si sa cosa farsene. Il Dio unico di Gesù Cristo è quello che la ragione, aperta al dono della fede, può conoscere in tutti gli atti ed insegnamenti compiuti durante la sua vita terrena, come sono descritti nei Quattro Vangeli e negli Atti degli Apostoli, evitando le trappole filosofiche di alcuni esegeti moderni¹².

La ragione aderisce con la fede ai misteri della Rivelazione e alle promesse che Dio Padre ha fatto agli uomini che credono al Figlio Unigenito, Cristo Gesù Redentore del mondo. "La fede diventa la certezza delle cose sperate, convinzione delle cose che non si vedono" (Eb 11, 1). La fede richiede la conversione interiore, è un dono gratuito che Dio dà ai semplici e agli umili di cuore e la nega ai superbi, ai sapienti del mondo. Alla fede e alla purificazione del cuore, Dio fa seguire l'agàpe: "L'amore di Dio riversato nei nostri

cuori per mezzo dello Spirito Santo" (Rm 5,5).

La carità è l'amore di Dio per gli uomini e l'amore degli uomini per Dio e per il prossimo che include anche l'amore per i nemici (Mt 5,43). Gesù ha presentato la carità come il cuore della legge, il comandamento nuovo e più grande, secondo il quale saremo giudicati, e ha preteso l'amore tra gli uomini come prova dell'amore verso Dio (CCC, nn. 1822-1829).

Prof. Paolo Rossi
Via Verdi, 18 - 28100 Novara.
e-mail: paolo.no@libero.it

Bibliografia

1. S. Josemaría Escrivà: *Solco*, cit., n. 702.
2. S. Josemaría Escrivà, *Amici di Dio*, cit., n. 100.
3. Nestler E. Malenca RC, Il cervello drogato. *Mente e Cervello* 2004;2:44-53.
4. Tommaso d'Aquino, *Summa Theologiae*, q.29, a. 1, c.
5. Severino Boezio, *Contra Eutichen et Nestorium*, c. 4.
6. Rossi P. *Dignità e diritti della persona*. I. C. 1997 n.1 e 2.
7. Tommaso d'Aquino, *III Sent.*, d.5, q.2, a. 1-2.
8. Perrier G. *La vita di Pascal*, Morcelliana, Brescia 1956.
9. Penati G. *Ragione come "crisi" e tempo post-moderno*. *Giornale di Metafisica*, 1987;9:15-36.
10. Agostino d'Ippona, *De libero arbitrio*, I. II, cc.VII-XV.
11. Anselmo d'Aosta, *Prosligion*, c. 2-c. 4.
12. Tommaso d'Aquino, *Summa Theologiae*, I, q. 2, a. 3.
13. *Gaudium et spes* del Concilio Vaticano II (7. 12. 1965) nn. 19-22.
14. Ratzinger J, *La fede e la teologia ai giorni nostri*, *La Civiltà Cattolica* 1996;4:477-90.
15. Giovanni Paolo II, *Fides et ratio*, Lettera enciclica, 14 settembre 1998.
16. Editoriale, *Prove dell'esistenza di Dio*, *La Civiltà Cattolica* 1996; 2:3-13.
17. *Catechismo della Chiesa Cattolica* 1992 CCC, nn. 35-38.

¹¹ Tutti i santi hanno sempre lottato per preservare la fede dalle tre concupiscenze: della ragione, degli occhi e della carne.

¹² L'esegesi moderna ha ricostruito la storia di Gesù subordinandola alle premesse filosofiche di una teologia relativista. "Se so a priori (parlando come Kant) che Gesù non può essere Dio, che i miracoli, i misteri e i mezzi della grazia sono tre forme d'illusione, allora non posso neppure ricavare dai testi sacri un dato di fatto che tale non può essere. Posso soltanto cercare di vedere come si è giunti a simili affermazioni, come esse si sono formate gradualmente... Per fortuna, nonostante la crisi della filosofia e della teologia che stiamo vivendo, si è venuta affermando oggi nell'esegesi una nuova riflessione sui principi fondamentali, elaboratasi anche grazie ai dati emersi da un'accurata analisi storica dei testi. Esse ci aiutano a liberarci dal carcere di presupposti filosofici: la parola ci si apre nuovamente in tutta la sua vastità"(14).

UN NUOVO GIORNALE CARDIOLOGICO “PER” E “CON” I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

di Carlo Schweiger

L'ANMCO, attraverso la sua ricerca, la sua formazione, la produzione di statement e di Linee Guida ha inciso profondamente sui processi assistenziali nella gestione del cardiopatico acuto. Molto di questo sforzo complessivo purtroppo si arresta alla porta dell'ospedale e incide solo marginalmente sulla gestione della cronicità, se si eccettuano i soggetti gestiti ambulatoriamente dalle strutture ospedaliere.

Si assiste di fatto ad una “schizofrenia assistenziale” per cui i vantaggi ottenuti con l'ampio dispiego di risorse economiche, culturali ed organizzative nella fase acuta, corrono il rischio di essere dispersi per un inefficace rapporto

con i MMG, che sono naturalmente i responsabili ultimi della gestione della cronicità.

Anche sotto il profilo della ricerca clinica, osservazionale e di outcome è necessario collaborare con i MMG per cercare di garantire almeno in parte il trasferimento dei risultati alla pratica clinica e al mondo reale.

L'ANMCO è la società scientifica cardiologica in grado di svolgere più efficacemente questo ruolo per autorevolezza scientifico-organizzativa, disponibilità di un Centro Studi e di un Centro Formazione capaci di gestire professionalmente ricerca e formazione e infine per la sua diffusione capillare sul territorio.

Nell'ambito di questa strategia di integrazione con i MMG si pone un nuovo giornale che nasce dalla collaborazione con la casa editrice Masson e con l'Agenzia di giornalismo scientifico Zadig.

La proprietà della rivista sarà di Masson, la redazione sarà gestita da Zadig e l'ANMCO sarà il garante scientifico dell'iniziativa. L'ANMCO eserciterà questa sua funzione attraverso la designazione di un Direttore Scientifico e di 5 Membri del Comitato Editoriale. È allo studio anche l'identificazione di alcuni referee, l'ipotesi è quella di individuarne uno per ogni Area ANMCO.

Il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale hanno approvato l'iniziativa ed hanno designato Carlo Schweiger come Direttore Scientifico e Francesco Bovenzi, Aldo Pietro Maggioni, Francesco Mureddu, Paolo Verdecchia e Giuseppe Vergara come membri del Comitato Editoriale.

La nuova rivista intende proporsi come uno strumento condiviso e un terreno comune tra gli specialisti cardiologi e i medici di famiglia, come un ponte tra l'ospedale e il territorio.

Non vuole essere un canale unidirezionale attraverso cui “divulgare” i contenuti della cardiologia dall'alto della conoscenza specialistica. Vuole essere un luogo dove due categorie di professionisti — su un piano di parità e di reciproca stima e attraverso una elaborazione culturale parallela — interagiscono e apprendono ad apprezzare le reciproche competenze e specificità.

I temi trattati riguarderanno tutti gli aspetti rilevanti per la cura delle malattie cardiovascolari, dentro e fuori dall'ospedale: la ricerca in rapporto alla pratica, la clinica, l'organizzazione, la relazione triangolare tra medico di famiglia, paziente e specialista.

Su tutti gli argomenti potranno essere sviluppate proposte ECM, attraverso quiz con risposta su carta o on line.

Questo giornale dunque è fatto per MMG e Cardiologi da MMG e Cardiologi assieme; vuole affrontare temi vicini alla pratica quotidiana, con un linguaggio semplice che tuttavia non andrà mai a scapito del rigore scientifico. Ospiterà dibattiti e approfondimenti a partire dai diversi punti di vista. Lascierà ampio spazio alle proposte di ricerca in comune e alla comunicazione delle tante (anche se sconosciute) esperienze di integrazione già attuate.

L'obiettivo finale è ambizioso: fare del giornale il luogo di incontro, la palestra, il laboratorio di una nuova modalità di collaborazione tra MMG e cardiologi.

All'ANMCO aderiscono 720 strutture cardiologiche diffuse in tutta Italia, se attorno ad ognuna di queste strutture si coagulasse un nucleo di 10-15 MMG, che nello specifico contesto locale, considerando le opportunità e gli ostacoli concreti, lavorassero assieme al cardiologo su protocolli diagnostico-terapeutici ma aderissero anche a ricerche cooperative nazionali, ci sarebbe il potenziale per incidere concretamente sui modelli assistenziali e sulla qualità delle cure in campo cardiologico, aprendo anche la strada ad una nuova tipologia di ricerca che veda i MMG in prima linea.



Federico Faruffini, *Lettrice*, 1864-1865 c.a.

Figurare la Parola

a cura di Francesco Bovenzi

UN FILO NEL CUORE

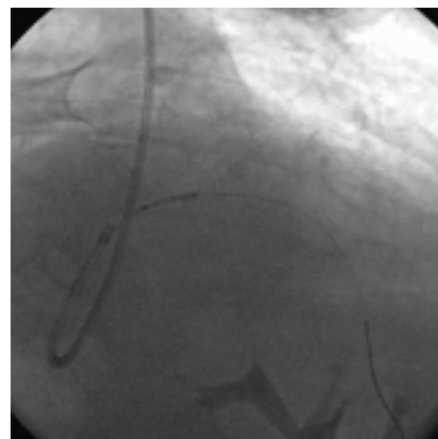
*Con un filo dentro il cuore
Tu
avevi imparato
che all'estremo del vivere
la vita ha un ultimo dado da giocare
ma sapevi per arte e parte
che la vita non è un gioco.*

*Hai preso
un filo
un filo d'anima
e insieme
così sospesi
abbiamo recitato
un istante della vita
che persa
così appariva.*

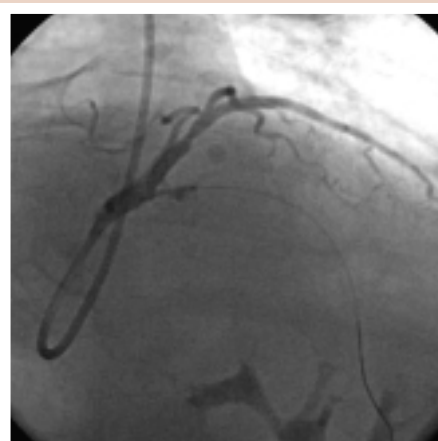
*Ho ripreso con lo sguardo
il tuo filo
raggomitolato
poi teso ancora
e per un'altra volta
è stato
il filo di una vita.*

*Così è finita con un sorriso
respirando insieme
un grazie.*

ALDO CELLIE, 2004



Angioplastica primaria: "filo guida" e stenting diretto sul tratto prossimale dell'IVA



Rilascio dello stent



Completa ricanalizzazione



*La redazione
di Cardiologia negli Ospedali
augura a tutti un Buon Natale
di pace e serenità
e un Felice Anno Nuovo
ricco di successi professionali*

