

# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



N. 111 - dicembre 1998 - Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

## IL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE

Documento della Commissione Dipartimento - ANMCO

V. Cirrincione, G. L. Nicolosi, S. Pede, E. Respighi, C. Schweiger (coordinatore), L. Tavazzi, R. Vergassola

### LE STRUTTURE CARDIOLOGICHE OSPEDALIERE IN ITALIA

In base ai dati aggiornati forniti dal Centro Studi ANMCO (vedi TAB. 1 e TAB. 2) emerge un quadro preoccupante nell'ottica della organizzazione dipartimentale. Il 38% del totale delle strutture ospedaliere è formato da Servizi senza letti (e il 36% di questi non è autonomo ma aggregato); il rischio del definitivo assorbimento in area medica è elevato.

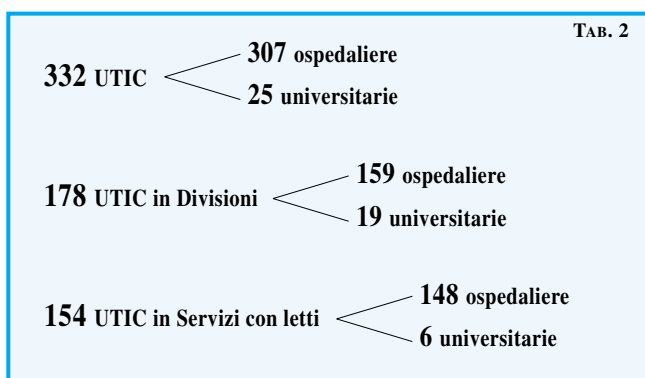
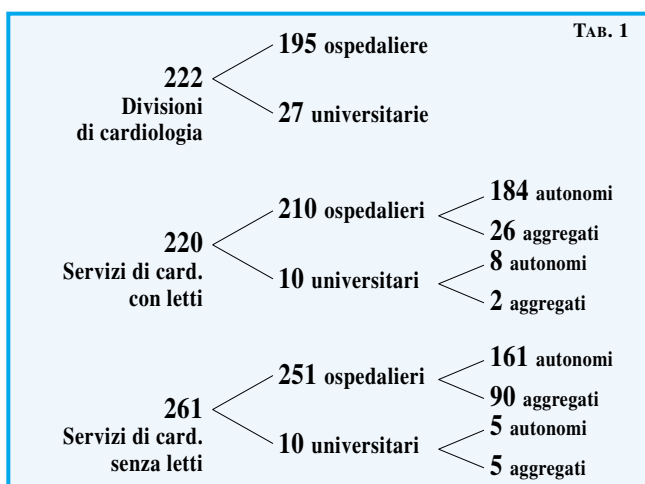
I Servizi con letti rappresentano il 32% del totale (e il 12% di essi è già aggregato); il 70% è dotato di UTIC; per quelli senza UTIC si può prevedere l'inserimento nei Dipartimenti Medici; per gli altri vi è il problema dell'interfaccia con il Dipartimento di Emergenza.

Ne deriva che le strutture cardiologiche nella loro maggioranza (70%) corrono il rischio di perdere la propria autonomia con l'inserimento in Aree Omogenee o Dipartimenti di Medicina e/o di Emergenza-Urgenza. Allo stesso modo l'area della riabilitazione cardiologica seppur numericamente meno rilevante tende ad essere inglobata nel Dipartimento di Riabilitazione.

La situazione delle Divisioni di Cardiologia (con o senza emodinamica) appare meno esposta, ma in rapporto

continua a pagina 2

### LE STRUTTURE CARDIOLOGICHE OSPEDALIERE ED UNIVERSITARIE



Sped. in A.P. - 70% FILIALE DI FIRENZE - In caso di mancato recapito inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. detentore del conto per la restituzione al mittente che s'impegna a pagare la relativa tariffa

**Amici  
dell'  
ANMCO**

**ASTRA FARMACEUTICI  
BAYER ITALIA  
BOEHRINGER INGELHEIM  
BRISTOL-MYERS SQUIBB  
KNOLL FARMACEUTICI**

**MERCK SHARP & DOHME  
PARKE-DAVIS  
PFIZER ITALIANA  
ROCHE  
SCHERING-PLOUGH**

**SERVIER ITALIA  
SMITHKLINE BEECHAM  
ZENECA**

segue dalla prima pagina: **IL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE**

alle diverse situazioni locali e alle diverse indicazioni Regionali, anche quest'area fondamentale dell'assistenza cardiologica non è esente da rischi, con ipotesi di smembramento in diversi Dipartimenti (Emergenza, Medicina, Diagnostica, ...).

L'unico settore apparentemente sicuro è quello delle strutture cardiologiche con cardiocirurgia, all'interno di importanti Aziende Ospedaliere di riferimento.

Dinnanzi a un quadro di questo genere è necessario che i cardiologi ospedalieri elaborino una strategia comune da proporre agli interlocutori istituzionali (Assessorati Regionali, Direttori Generali), superando eventuali interessi locali e contingenti.

## LE MOTIVAZIONI DI UN DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE

A fronte di un sostanziale rischio di frantumazione dell'assistenza cardiologica dentro l'ospedale e di scollegamento tra ospedale e territorio, l'ANMCO ribadisce la necessità di costituire il **Dipartimento Cardiovascolare intra-extraospedaliero** in base alle seguenti motivazioni:

- **peso epidemiologico delle cardiopatie**, espresso chiaramente dai dati di mortalità e morbilità cardiovascolare, dal numero di ricoveri e giornate di degenza della MDC 5, che risulta essere la Categoria Diagnostica a maggior assorbimento di risorse, e dai dati di invalidità per cause cardiovascolari. A questo peso epidemiologico non fa riscontro un corrispondente numero di strutture cardiologiche con conseguente diaspora dei cardiopatici in strutture non specialistiche, che non sempre garantiscono competenza adeguata.
- **necessità di competenza specifica**: la letteratura internazionale è ricca di dati che dimostrano come lo specialista sia più appropriato nei percorsi diagnostico-terapeutici e come ottenga risultati migliori; un esempio significativo in Italia sono i dati di mortalità per i casi di infarto acuto dimessi da strutture cardiologiche e da altre strutture (17% vs 10,7%); infine nelle patologie croniche la gestione a lungo termine da parte di specialisti garantisce un outcome migliore riducendo le reospedalizzazioni e riducendo i costi.
- **utilizzo di tecnologia complessa e dedicata**: la cardiologia si caratterizza come uno dei settori medici a maggior contenuto tecnologico; l'utilizzo di tale tecnologia da parte di non specialisti comporta il rischio di uso inappropriato, con risultati incompleti e non affidabili, e con necessità di ripetizione. Di non secondaria importanza è infine lo scorretto utilizzo delle scarse risorse conseguente alla distribuzione a pioggia di tecnologia ad alto costo. In questo contesto il Dipartimento

Cardiovascolare dovrebbe garantire la corretta distribuzione e l'uso efficiente della tecnologia di competenza cardiologica a favore di tutti gli utenti dentro e fuori dell'ospedale.

- **necessità di percorsi assistenziali esaustivi e in tempi appropriati**: il Dipartimento Cardiovascolare deve garantire l'espletamento di tutte le procedure assistenziali necessarie in rapporto ai bisogni del paziente e nei tempi appropriati; ne consegue la necessità che si instaurino rapporti formali di collaborazione tra strutture cardiologiche di diverso livello, anche appartenenti a diverse Aziende Sanitarie, per fornire ai pazienti le procedure di interventistica e di cardiocirurgia di cui essi avessero bisogno.
- **necessità di continuità assistenziale**: nell'elaborazione delle ipotesi di Dipartimento, scarsa attenzione è stata posta al raccordo tra Assistenza Ospedaliera e Assistenza Territoriale, essendo le varie ipotesi di organizzazione dipartimentale esclusivamente orientate a migliorare l'efficienza ospedaliera. Ciò urta contro le esigenze assistenziali della stragrande maggioranza dei cardiopatici che esige continuità di cura per ridurre eventi e reospedalizzazioni e quindi per limitare i costi.

Numerose normative o Linee Guida Regionali sul Dipartimento prevedono d'altra parte la possibilità di attivare forme organiche di integrazione tra ospedale e assistenza extraospedaliera. Infine, dal punto di vista programmatico, il PSN prevede l'istituzione del Distretto quale ambito organizzativo che coordina i MMG, gli specialisti Extraospedalieri e l'assistenza residenziale sanitaria; ciò potrebbe facilitare i rapporti tra Assistenza Ospedaliera e Assistenza Territoriale, individuando nel Distretto l'unico interlocutore istituzionale per garantire la continuità assistenziale.

Da tutte queste motivazioni emerge l'esigenza di creare all'interno di ogni Azienda Sanitaria una struttura organizzativa che, assumendo come parametro di riferimento le attività sanitarie connesse alla patologia cardiovascolare, coordini strutture e operatori coinvolti, dentro e fuori dell'ospedale.

Perseguire l'obiettivo di istituzione di un Dipartimento intra-extraospedaliero ha due valenze positive: garantire l'esigenza forte della continuità assistenziale e consentire il raggiungimento di una "massa critica" di entità da aggregare, anche nelle situazioni periferiche in cui le strutture cardiologiche ospedaliere potrebbero non essere sufficienti a garantirla.

Infine la necessità di rispondere in tempi idonei (e quindi anche in urgenza) a tutti i bisogni assistenziali dei cardiopatici impone di instaurare rapporti organizzativi anche sovra-aziendali, poiché la maggioranza delle ASL non è in grado di esaurire al proprio interno tutti i necessari percorsi.

## IL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE D'AZIENDA

Sulla base di queste premesse **in ogni ASL** dovrebbe essere costituito il Dipartimento Cardiovascolare d'Azienda che comprende e coordina:

- **tutte le strutture cardiologiche ospedaliere** dell'ASL anche se distribuite in presidi ospedalieri diversi
- **tutti gli specialisti cardiologi extraospedalieri**
- **tutte le attività cardiologiche** svolte al di fuori delle strutture cardiologiche.

Per quest'ultimo aspetto il Dipartimento Cardiovascolare deve stabilire **rapporti formali di interazione** almeno con il:

- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento di Medicina
- Dipartimento di Riabilitazione
- Distretto Sanitario

Praticamente si potrebbe ipotizzare che un rappresentante del Dipartimento Cardiovascolare entra a far parte dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza, Medicina, Riabilitazione e del Distretto Sanitario.

Nel caso in cui il Dipartimento Cardiovascolare di ASL non abbia le strutture sufficienti a garantire tutte le prestazioni necessarie (emodinamica, interventistica e cardiocirurgia) sarà necessario istituire un rapporto formale d'interazione con la o le strutture cardiologiche e cardiocirurgiche che sono chiamate a rispondere a tali bisogni, in base agli appositi rapporti instaurati tra diverse Aziende.

Praticamente si potrebbe ipotizzare che un rappresentante del o dei Dipartimenti Cardiovascolari che forniscono le prestazioni entri a far parte del Dipartimento Cardiovascolare dell'ASL.

## ALCUNI POSSIBILI MODELLI APPLICATIVI

### AZIENDA OSPEDALIERA CON INTERVENTISTICA E CCH (Fig. 1)

Di esso fanno parte tutte le strutture cardiologiche e cardiocirurgiche. Esso si rapporta con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e con gli altri Dipartimenti nel senso che è responsabile delle attività sanitarie connesse alla patologia cardiaca svolte negli altri Dipartimenti; in questo senso un suo rappresentante entra a far parte di tali Dipartimenti.

Per l'Azienda Ospedaliera non è formalmente prevedibile un rapporto con realtà territoriali extraospedaliere, poiché esse appartengono ad un'Azienda diversa. Tuttavia poiché in molte realtà l'Azienda Ospedaliera resta di

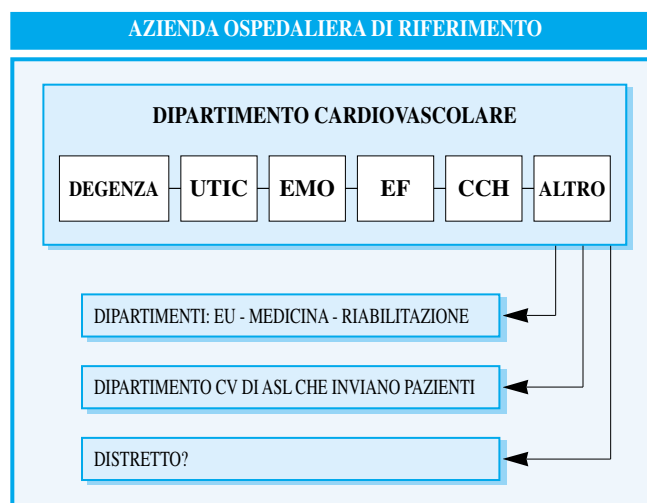


Fig. 1

fatto il riferimento per il territorio circostante e auspicabile che, in tali condizioni, il Dipartimento Cardiovascolare instauri formali rapporti di interazione con i Distretti.

Infine un rappresentante del Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliera parteciperà al Dipartimento Cardiovascolare delle ASL a cui fornisce le prestazioni in base agli appositi rapporti instaurati tra le Aziende.

### ASL CON PIÙ STRUTTURE CARDIOLOGICHE IN DIVERSI P.O. (Fig. 2)

Tutte le strutture cardiologiche ospedaliere entrano a far parte del Dipartimento. Appartengono al Dipartimento anche gli eventuali Servizi Aggregati in precedenza attribuiti alle Medicine e i Moduli Cardiologici delle Medicine. Fanno parte del Dipartimento anche gli specialisti extraospedalieri.

I rapporti con gli altri Dipartimenti Ospedalieri e con il Distretto si instaurano con la partecipazione di un rappresentante del Dipartimento Cardiovascolare a tali strutture organizzative.

È fondamentale che i rapporti tra le diverse strutture cardiologiche ospedaliere si articolino in modo da garantire complementarità e non competizione o ripetitività, identificando per ciascuna settori specifici di sviluppo e specializzazione in funzione dei bisogni, della competenza già acquisita e della tecnologia disponibile.

I Servizi o Moduli di Riabilitazione Cardiologica inseriti in una Divisione di Cardiologia fanno parte del Dipartimento Cardiovascolare. Anche le Divisioni autonome di Riabilitazione Cardiologica entrano nel Dipartimento Cardiovascolare e non nel Dipartimento di Riabilitazione.

In questo modo tutti i percorsi assistenziali delle patologie cardiovascolari all'interno di un'ASL sono direttamente gestiti, o comunque coordinati, dal Dipartimento Cardiovascolare.

Per garantire in tempi appropriati le procedure più complesse (emodinamica, interventistica, CCH) non ef-

## ASL CON PIÙ STRUTTURE CARDIOLOGICHE IN PIÙ P.O.

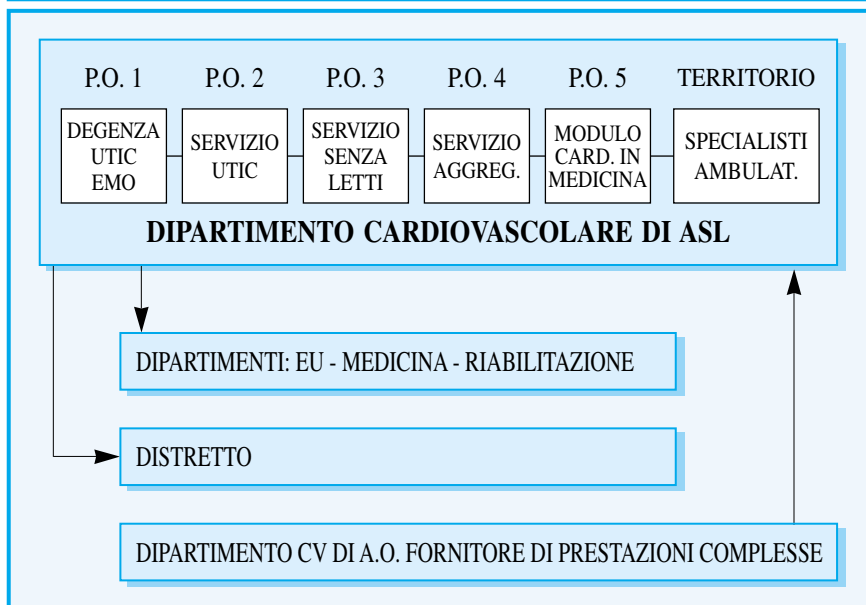


Fig. 2

fettuabili nell'ASL, entra nel Dipartimento Cardiovascolare dell'ASL un rappresentante della o delle Aziende Ospedaliere che forniscono tali prestazioni in relazione agli appositi rapporti stabiliti tra le Aziende.

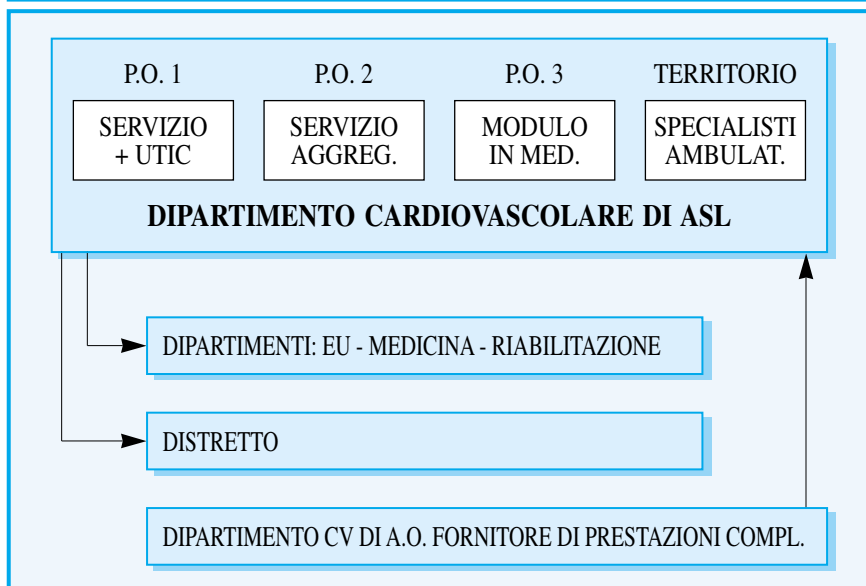
**ASL CON UNA SOLA STRUTTURA CARDIOLOGICA E DIVERSI P.O.**  
 (Fig. 3)

Fanno parte del Dipartimento Cardiovascolare: la struttura cardiologica, i Servizi Aggregati alle Medicine, i Moduli Cardiologici delle Medicine eventualmente presenti nei diversi P.O.

Sono parte integrante del Dipartimento Cardiovascolare gli specialisti extraospedalieri. I rapporti con gli altri Dipartimenti dell'ASL, con il Distretto e con l'Azienda Ospedaliera di riferimento per le prestazioni più complesse, sono stabiliti come sopra.

Fig. 3

## ASL CON UNA STRUTTURA CARDIOLOGICA E PIÙ P.O.



## DALLA SEDE

di Marco Tubaro


**Resoconto dell'attività  
della Commissione  
per le Tecnologie  
dell'Informazione**

La Commissione per le Tecnologie dell'Informazione (CTI) è stata istituita dall'ANMCO nel 1996 per studiare e gestire in maniera organizzata le applicazioni dell'informatica e della trasmissione di informazioni in cardiologia.

Sponsor delle attività della CTI, descritte qui sotto, è stato, finora, solo la MSD; partner tecnologico è la Hewlett Packard.

[1] Il progetto principale della CTI è denominato "G8 Cardio-ANMCO" e consiste in:

- sviluppo di un software informatico cardiologico per la gestione di database clinici a livello locale, regionale e nazionale;
- sviluppo di una card cardiologica, per la gestione dei dati clinici dei singoli pazienti;
- sviluppo di una rete telematica nazionale ANMCO, via Internet/Intranet (Arcipelago), per la gestione integrata dei database locali e la raccolta di registri nazionali;
- collaborazione con l'iniziativa internazionale "G8 Cardio", volta all'interoperabilità delle informazioni cardiologiche (sia su com-

puter sia su card) all'interno dei paesi industrializzati aderenti al gruppo G8;

[2] Un'importante attività della CTI, nell'ambito del progetto "G8 Cardio-ANMCO" è la realizzazione dell'interoperabilità del software in fase di sviluppo con altri software già esistenti (come quello dello scompenso) o in via di ideazione (come quello dell'ipertensione/cardiologia preventiva). Questo lavoro verrà particolarmente seguito dal Centro Studi (Dott. Gorini).

[3] Un sottoprogetto del "G8 Cardio-ANMCO" è il "Registro delle UTIC". Per rispondere a una richiesta del Consiglio Direttivo '96-'98, la CTI ha pensato di implementare un Registro delle UTIC e una card cardiologica, volti alla gestione dei pazienti ricoverati, per qualsiasi patologia, in Unità Coronarica (ma utile anche per un impiego nei reparti di cardiologia). Il progetto prevede lo sviluppo di:

- un software, che rappresenta il nucleo iniziale di quello del "G8 Cardio-ANMCO";
- una card cardiologica particolarmente sofisticata, che racchiude tutta la storia cardiologica del paziente;
- una rete Internet/Intranet tra circa 100 UTIC dell'ANMCO.

La deadline per l'inizio del Registro è marzo 1999; il Registro avrà una durata iniziale di 12 mesi.

[4] Diverse regioni italiane dell'ANMCO hanno deciso di implementare una rete delle Unità Coronariche a livello locale. L'ANMCO del Lazio ha per prima sviluppato questa iniziativa, decidendo, in un secondo tempo, di aderire in toto al progetto nazionale. Questa iniziativa è stata seguita da una analoga delle UTIC della Sardegna. Le Unità Coronariche del Triveneto

hanno ideato un progetto inizialmente autonomo, denominato RUTA (Rete Utic Triveneto ANMCO), con un software più semplificato rispetto a quello del Registro nazionale. Gli accordi attualmente presi tra CTI e RUTA stabiliscono che il software del RUTA venga sviluppato da HP in completa interoperabilità con quello del Registro nazionale, rappresentandone, in pratica, un sottoinsieme; un gruppo iniziale di UTIC del Triveneto aderirà direttamente al Registro nazionale, mentre le altre UTIC utilizzeranno il RUTA e passeranno, a loro scelta, al software del Registro in un tempo successivo.

[5] La CTI ha ideato e implementato il sito ANMCO nel Web. Questo sito rappresenta sia la "vetrina" dell'ANMCO nella rete delle società cardiologiche, sia un utile strumento di informazione interna, a disposizione degli organi direttivi, delle delegazioni regionali, delle unità operative cardiologiche e dei singoli soci. Il sito ha uno spazio di informazione per tutte le Aree e le Commissioni dell'ANMCO e può avere un link con siti delle delegazioni regionali ANMCO e dei gruppi di studio. Il sito verrà utilizzato anche per l'informazione riguardante il congresso nazionale.

[6] In relazione al Congresso Nazionale 1998, la CTI, in collaborazione con Tecnoconference, ha realizzato la registrazione in CD Rom di tutti i simposi del congresso. Tutte le Unità Operative cardiologiche e cardiocirurgiche aderenti all'ANMCO riceveranno una copia del cofanetto (8 CD Rom). È ipotizzabile la realizzazione di un prodotto analogo anche per il congresso nazionale 1999, nel quale verrà anche implementata, in tutte le sale, la proiezione da computer via floppy disk.

[7] La CTI ha inaugurato, nel 1998, un'altra partnership tecnologica, con TIM (Telecom Italia Mobile). Questi rapporti, che sono nella loro fase iniziale, hanno prodotto alcune proposte:

- un contratto di gestione "aziendale" dei cellulari dei soci ANMCO;
- la sponsorizzazione, in collaborazione con MSD e HP, dello stand CTI al prossimo congresso nazionale;
- la presentazione di un'ambulanza attrezzata con le tecnologie TIM al congresso ANMCO, con dimostrazione della trasmissione voce/segnale elettrico/immagini via telefonia mobile;
- collaborazione a due ipotesi di studio clinico:
  - trasmissione del segnale ECG a 12 derivazioni, via telefonia mobile, da parte delle ambulanze, per la diagnosi precoce di IMA e l'eventuale trombolisi preospedaliera;
  - trasmissione del segnale ECG a 12 derivazioni, via telefonia mobile, da parte dei singoli pazienti a casa, in una strategia di dimissione protetta/home care.

La proposta operativa generale che la CTI presenta al Consiglio Direttivo è quello di un impiego delle competenze della CTI stessa per la valutazione, implementazione e integrazione degli aspetti informatici di tutte le iniziative ANMCO, sia per ottimizzare il rapporto "costo/efficacia" delle stesse e consentire una fattiva collaborazione con la pluralità delle realtà informatiche/telematiche in Italia, sia e soprattutto per ottenere il più difficile degli obiettivi: **un reale e duraturo impatto delle tecnologie informatiche nella realtà operativa cardiologica quotidiana delle cardiologie dell'ANMCO.**



## **È pronto il programma scientifico del Congresso Nazionale ANMCO 1999**

*di Gianfranco Mazzotta*

**I**l Consiglio Direttivo, di concerto con gli intendimenti manifestati in passato in Consiglio Nazionale, ha approntato il programma del prossimo Congresso Nazionale. Molteplici sono le novità, sia sul piano metodologico che su quello organizzativo.

Comincio con l'illustrare la metodologia. Già dal Consiglio Direttivo svoltosi a Luglio, si è deciso di attribuire al Dott. Salvatore Pirelli, Consigliere, la funzione di referente scientifico per i Gruppi di Studio e le Società Medico Scientifiche che hanno interessi cardiologici; congiuntamente e con largo anticipo abbiamo richiesto ai Coordinatori dei Gruppi, delle Società Medico Scientifiche e delle Aree di proporre simposi strutturati, cioè comprendenti il titolo del simposio, i moderatori e relatori proposti ed il titolo delle relazioni.

Questa richiesta, effettuata con largo anticipo, ha sortito quest'anno (per la prima volta, credo) l'effetto sperato: abbiamo ricevuto oltre 70 proposte strutturate, tutte di ottima qualità, oltre 20 in più di quelle che potevano essere collocate nel "formato" del congresso.

A questo punto non abbiamo provveduto a scegliere secondo il parere dei consiglieri, ma abbiamo raggruppati le proposte che apparivano simili e richiesto ai proponenti di "fondere" le proposte, evitando quindi la critica di "centralismo" e, credo, arricchendo i contenuti scientifici del Congresso (che finisce con il riassumere efficacemente tutti i contenuti proposti e ritenuti di interesse).

Al Dott. Gianluigi Nicolosi va riconosciuto una larga parte del merito di quest'opera, e al Dott. Pirelli senz'altro il merito di aver usato acume e diplomazia nei rapporti con i proponenti. Il nostro Congresso quest'anno diventa quindi ancor più espressione di chi "lavora sul campo", sempre più aperto alle novità tecnologiche come pure al dibattito sugli argomenti più attuali e scottanti.

Ogni settore culturale della cardiologia è stato rappresentato ed ha ricevuto uno spazio adeguato, così che chiunque si recherà al Congresso sarà in grado di ascoltare le ultime novità ed i punti di vista degli esperti della materia di cui si occupa o che maggiormente lo interessa.

Il Consiglio Direttivo, come di consueto, è intervenuto successivamente sulla scelta dei nomi, dei relatori e dei moderatori, e quest'anno è stata rigorosamente rispettata la regola che un Collega poteva avere solo un compito all'interno del Congresso (ricordo che molte volte e da più parti si è criticato il ricorso plurimo a

persone di spicco, a detrimento spesso dei giovani emergenti o di validi esperti meno noti).

I fellow dell'ANMCO sono stati ancora una volta privilegiati nel conferimento degli incarichi, come già lo scorso anno; quest'anno non sarà però possibile attribuire un compito ad ognuno dei fellow, perché il loro numero è notevolmente aumentato. Ne terremo conto senz'altro per altre attribuzioni di incarichi e per il prossimo anno.

Le scelte interamente riservate al Consiglio Direttivo e che sono sfuggite alla regola dell'attribuzione di un solo incarico (per necessità relativa alla estrema specificità degli argomenti e delle persone coinvolte e per la tempistica diversificata) sono ristrette al Simposio ANMCO-SIC-ANCE, a quello Organizzativo, a quello in associazione all'ESC e a quello riassuntivo dei contenuti della prossima Conferenza Nazionale sulla Prevenzione.

Per quanto concerne il Simposio Organizzativo, si è accesa una discussione tra sostenitori della necessità di affrontare nuovamente il tema del Dipartimento, alla luce della necessità di preservare la specificità e la continuità dell'assistenza cardiologica, e i sostenitori della opportunità di affrontare la problematica dell'accreditamento. I due "partiti" si sono creati sia all'interno del Consiglio Direttivo che del Consiglio Nazionale, riflettendo evidentemente necessità che sono diverse da regione a regione in questo momento. Al termine delle discussioni si è deciso di focalizzare entrambi gli argomenti.

Sul piano organizzativo congressuale, segnalo poche ma significative modificazioni rispetto allo scorso anno. Abbiamo deciso di tentare di offrire il pranzo potenzialmente a tutti i congressisti, con uno sforzo economico che speriamo i Soci apprezzino: ci saranno molti luncheon panel e luncheon simposi, e le sessioni poster prevederanno la distribuzione di un pranzo (luncheon poster).

Un'altra novità di quest'anno (anch'essa, devo dire, abbastanza onerosa sul piano finanziario) è la possibilità di proiettare diapositive direttamente dal floppy disk (si consiglia vivamente di usare powerpoint), assai verosimilmente in tutte le sale. Con un'attenta disposizione degli orari e degli intervalli, speriamo di essere riusciti ad ottenere due obiettivi molto richiesti: iniziare le sessioni scientifiche alle 8:30 (non alle 8!) e iniziare prima l'assemblea generale, appuntamento imprescindibile della vita associativa e quindi da privilegiare.

# È tempo di inviare la domanda per ottenere la Fellowship ANMCO nel 1999

di Gianfranco Mazzotta



**E**ntro il 30/4/99 si attendono le domande di ammissione alla Fellowship dell'ANMCO, in tempo per provvedere alla valutazione da parte della Commissione e nominare i nuovi fellow durante il Congresso Nazionale ANMCO del 1999.

Ricordo che i fellow sono tenuti in grande considerazione dal Consiglio Direttivo ANMCO per i compiti scientifici od organizzativi prioritari per l'Associazione: nel Congresso ANMCO 1998 ognuno dei fellow ha ricevuto un incarico culturale e cercheremo di ripetere questa esperienza, fruttuosa, per il futuro.

Come ogni anno, riportiamo, nelle pagine seguenti, il regolamento per inoltrare la domanda di ammissione e la lista dei fellow a tutto il 1998.

Si desidera fare notare alcune problematiche sorte negli scorsi anni che il Consiglio Direttivo non vorrebbe vedere ripetersi per le prossime procedure di ammissione alla Fellowship.

Abbiamo purtroppo constatato spesso che alcuni candidati fondano le loro speranze di ammissione sulla partecipazione a grandi studi collaborativi, come i GISSI; ancorché la partecipazione agli studi collaborativi è

di grande importanza, non consente di evincere un alto livello culturale individuale nel campo della ricerca clinica, tanto è vero che non viene considerato criterio di accesso ad altre Fellowship prestigiose (quest'anno il regolamento è stato reso esplicito in tal senso).

Abbiamo dovuto notare che spesso i Colleghi che non hanno i criteri minimi, o in cui sussistono dubbi al riguardo, presentano curriculum ed elenchi di pubblicazioni formulati in modo da rendere assai difficile e controverso il lavoro della Commissione, per cui il Consiglio Direttivo ha quest'anno innovato il modulo allegato alla domanda, al termine del quale debbono comparire i dettagli dei requisiti minimi posseduti.

Questi ultimi debbono essere esplicitati correttamente ed interamente, ai sensi del regolamento. Abbiamo, per finire, riscontrato spesso lamentele da parte degli esclusi.

Vorrei qui far notare che la Fellowship dell'ANMCO differisce da quelle di altre società cardiologiche, giacché non è creata per "guadagnare" quote addizionali, ma per certificare l'attività culturale od organizzativa; è consequenziale che la Commissione abbia in tal senso tutta l'opinabilità che deriva dal dover ottemperare allo scopo principale dell'istituzione della Fellowship: creare un "corpus" di Cardiologi italiani di indiscutibile valore.

È stato quindi poco piacevole, per il passato, ricevere alte e ripetute lamentele da parte di

Colleghi esclusi, talora Colleghi ben noti, ma che non possedevano i requisiti minimi (che quindi avevano pensato ad una Fellowship ANMCO "pressapochistica, all'italiana": non è così!), oppure da Colleghi che pretendevano il riconoscimento di alto valore che l'ANMCO vuole attribuire alla sua Fellowship per avere partecipato a 2 lavori collaborativi ed avere il 3° o 4° nome su altri 3 o 4 articoli su riviste italiane che nemmeno erano il Giornale Italiano di Cardiologia; oppure, ancora, da Colleghi che pretendevano che presentare comunicazioni a congressi equivalesse ad essere relatori, ecc.

Speriamo tutti vivamente che episodi di questo genere non si ripetano, e che i Delegati Regionali controllino loro stessi i requisiti dei candidati cui scrivono la lettera di ammissione, qualora non vogliano trovarsi più nella condizione di ricevere lamentele e dover essere informati a posteriori della incongruità dei requisiti presentati.

Per finire informo che il regolamento è stato modificato in relazione alla necessità di essere Socio Ordinario ANMCO da almeno 5 anni, quando l'ammissione è stata richiesta da persone di indiscusso valore che non avevano tali requisiti ma che vedevano nella Fellowship ANMCO un esempio di valorizzazione culturale desiderabile.

Il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale hanno di buon grado accolto questi fellow, lo scorso anno, e modificato il regolamento: la cultura non deve avere confini!

## REGOLAMENTO per la FELLOWSHIP

### Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
- 2a. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale,
  - partecipando come autore o coautore a 5 ricerche scientifiche pubblicate su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, *oppure*:
  - documentando la partecipazione attiva a congressi nazionali od internazionali come moderatore, revisore dei contributi scientifici o relatore in 5 occasioni negli ultimi 5 anni, *oppure*:
  - documentando l'attività continuativa di revisore per una rivista cardiologica recensita dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni.
- 2b. Avere dimostrato un impegno costante negli ultimi 5 anni nel campo organizzativo-sindacale,
  - documentando la partecipazione a Direttivi ANMCO, Regionali o Nazionali, a Commissioni ANMCO, a Gruppi di Studio od Aree ANMCO (con funzione di coordinatore), a Committee, Board, o Working Group (come delegato nazionale) della Società Europea di Cardiologia, *oppure*:
  - documentando la partecipazione non episodica in qualità di organizzatore a manifestazioni scientifiche ufficiali di rilevanza nazionale od internazionale, *oppure*:
  - documentando l'attività continuativa negli ultimi 5 anni in commissioni sanitarie regionali o nazionali, *oppure ancora*:
  - dimostrando l'attività di dirigente sindacale medico regionale o nazionale.

### Domanda di ammissione alla Fellowship

Nella domanda va dichiarato il campo di interesse (scientifico-didattico-editoriale oppure organizzativo-sindacale, oppure entrambi). La domanda va corredata dai seguenti documenti:

- a - modulo apposito, debitamente compilato;
- b - due fotografie, formato tessera;
- c - curriculum vitae completo;
- d - attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenute qualificanti dal candidato;
- e - lista completa delle pubblicazioni scientifiche, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su riviste nazionali censite dall'Index Medicus, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri;
- f - lista delle relazioni invitate con segnalazione del convegno relativo;
- g - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
- h - lettera di presentazione del Delegato Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di

Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;  
 i - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il 30 aprile dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

### Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PRIVATO \_\_\_\_\_

TELEFONO, FAX, E-MAIL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO LAVORATIVO \_\_\_\_\_

TELEFONO, FAX, E-MAIL \_\_\_\_\_

ANNO DI LAUREA \_\_\_\_\_ ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO \_\_\_\_\_

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE \_\_\_\_\_

*Campi di interesse nell'ambito dell'attività scientifico-didattico-editoriale in cui il candidato si ritiene esperto (massimo 2):*

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

*Campi di interesse nell'ambito dell'attività organizzativo-sindacale in cui il candidato si ritiene esperto (massimo 2):*

- Pianificazione ed organizzazione delle strutture sanitarie
- Organizzazioni di manifestazioni culturali
- Attività sindacale propria



## FELLOW PER IL CAMPO SCIENTIFICO E ORGANIZZATIVO SINDACALE

Romualdo Belardinelli	Ospedale Regionale G. Lancisi	Ancona	Nicola Mininni	Azienda Osp. Vincenzo Monaldi	Napoli
Guglielmo Bernardi	Az. Osp. S.M. della Misericordia	Udine	Eligio Piccolo		Venezia Mestre
Lidia Boccardi	Ospedale San Camillo	Roma	Andrea Pozzati	Ospedale di Bentivoglio	Bentivoglio (Bo)
Pietro Delise	Ospedale Santa Maria del Prato	Feltre (BL)	Pier Luigi Prati		Roma
Pier Filippo Fazzini		Firenze	Paolo Rossi		Novara
Alessandro Fontanelli	Ospedale Generale Provinciale	Gorizia	Fausto Rovelli		Milano
Enrico Geraci		Palermo	Massimo Santini	Ospedale San Filippo Neri	Roma
Ezio Giovannini	Ospedale San Camillo	Roma	Sabino Scardi	Ospedale Maggiore	Trieste
Cesare Greco	Ospedale San Giovanni	Roma	Pasquale Solinas		Perugia
Giuseppe Gullace	Ospedale Umberto I	Bellano	Luigi Tavazzi	Ospedale Policlinico San Matteo	Pavia
Michele Lombardi		Lucca	Marco Tubaro	Ospedale San Camillo	Roma
Antonio Lotto		Milano	Diego Vanuzzo	Az. Osp. S.M. della Misericordia	Udine
Aldo Pietro Maggioni	Centro Studi ANMCO	Firenze	Carlo Vecchio		Genova
Vincenzo Masini		Roma	Giuseppe Vergara	Ospedale Civile	Rovereto
Antonio Masoni		Ferrara	Rossano Vergassola	Ospedale S. Maria Annunziata	Bagno a Ripoli (Fi)
Gianfranco Mazzotta	Ospedali Galliera	Genova	Alfredo Zuppiroli	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze

## FELLOW PER IL CAMPO SCIENTIFICO

Luigi Badano	Stab. Osp. S. M. degli Angeli	Pordenone	Maria Teresa La Rovere	Fond. S. Maugeri Clinica del Lav.	Montescano (PV)
Paolo Bellotti	Ospedali Galliera	Genova	Mario Leoncini	Ospedale Misericordia e Dolce	Prato
Daniele Bertoli	Ospedale San Bartolomeo	Sarzana (SP)	Roberto Lorenzoni	Ospedale Civile	Lucca
Giuseppe Berton	Ospedale S. M. dei Battuti	Conegliano Veneto (TV)	Antonio Mafri	Ospedale Niguarda	Milano
Riccardo Bigi	Ospedale E. Morelli	Sondalo (SO)	Johannes Makmur	Ospedale Sant' Andrea	Vercelli
Giovanni Bisignani	Ospedale dell' Annunziata	Cosenza	Marco Mazzanti	Ospedale Regionale G. Lancisi	Ancona
Leonardo Bolognese	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Donato Mele	Stabilimento Ospedaliero	Cento (FE)
Angelo Sante Bongo	Osp. Maggiore della Carità	Novara	Giovanni Minardi	Ospedale San Camillo	Roma
Angelo Camerieri	Ospedale Padre Antero	Genova Sestri Ponente	Gianni Mobilia	Ospedale Civile Carretta	Montebelluna (TV)
Alessandro Carunchio	Ospedale Santo Spirito	Roma	Alessio Monteregegi	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Pio Caso	Az. Osp. Vincenzo Monaldi	Napoli	Fabio Mori	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Giancarlo Casolo	Nuovo Osp. S. Giovanni di Dio	Firenze	Eugenio Moro	Ospedale Santa Maria dei Battuti	Conegliano Veneto (TV)
Gabriele Castelli	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Andrea Mortara	Fond. S. Maugeri Clinica del Lav.	Montescano (PV)
Claudio Cavallini	Pres. Osp. Sede Ca' Foncello	Treviso	Enrico Natale	Ospedale San Camillo	Roma
Franco Cecchi	Ospedale Olga Basilewsky	Firenze	Gian Luigi Nicolosi	Ospedale Civile	S. Vito al Tagliamento
Francesco Chiarella	Ospedali Galliera	Genova	(PN)		
Mauro Ciaccheri	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Filippo Ottani	Ospedale di Bentivoglio	Bentivoglio (BO)
Claudio Coletta	Ospedale Santo Spirito	Roma	Nelly Paparella	Stabilimento Ospedaliero	Cento (FE)
Salvatore Corallo	Pio Albergo Trivulzio	Milano	Roberto Pedretti	Fond. S. Maugeri Clinica del Lav.	Tradate (VA)
Sergio Cuomo	Ospedale Cardarelli	Napoli	Pierluigi Pieri	Ospedale M. Bufalini	Cesena (FO)
Giorgio Derchi	Ospedali Galliera	Genova	Paolo Giuseppe Pino	Ospedale San Camillo	Roma
Andrea Di Lenarda	Ospedale Maggiore	Trieste	Alessandro Proclemer	Az. Osp. S.M. della Misericordia	Udine
Giuseppe Di Pasquale	Ospedale di Bentivoglio	Bentivoglio	Riccardo Rambaldi	Ospedale E. Morelli	Sondalo
Marcello Di Segni	Ospedale San Camillo	Roma	Pierfranco Ravizza	Ospedale di Lecco	Lecco
Giuseppe Di Tano	Ospedale Piemonte	Messina	Roberto Ricci	Ospedale Santo Spirito	Roma
Stefano Domenicucci	Ospedali Galliera	Genova	Renato Pietro Ricci	Ospedale San Filippo Neri	Roma
Emilio Vincenzo Dovellini	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Francesco Rulli	Ospedale San Giovanni	Roma
Andrea Erlicher	Ospedale Generale Regionale	Bolzano	Alessandro Salustri	Ospedale Sandro Pertini	Roma
Silvia Favilli	Ospedale Pediatrico Meyer	Firenze	Gennaro Santoro	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Maria Stella Fera	Ospedale San Camillo	Roma	Giovanni Maria Santoro	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Giovanni Gaeta	Ospedale Cardarelli	Napoli	Gaetano Satullo	Ospedale Papardo	Messina
Germano Gaggioli	Osp. Riuniti V. Leonardi E. Riboli	Lavagna (GE)	Marino Scherillo	Azienda Osp. Vincenzo Monaldi	Napoli
Alfonso Galati	Ospedale Santo Spirito	Roma	Paolo Spirito	Ospedali Galliera	Genova
Marcello Galvani	Os. G.B. Morgagni - L. Pierantoni	Forlì	Giuseppe Steffenino	Ospedale Santa Croce	Cuneo
Antonello Gavazzi	Ospedale Policlinico San Matteo	Pavia	Roberto Tramarin	Fond. S. Maugeri Clinica del Lav.	Pavia
Gabriella Greco	Ospedale Santo Spirito	Roma	Antonio Vincenti	Ospedale San Gerardo	Monza
Raffaella Griffò	Ospedale La Colletta	Arenzano (GE)	Alberto Volpi	Ospedale Civile Fornaroli	Magenta (MI)
Peter Knoll	Ospedale Generale Regionale	Bolzano	Massimo Zoni Berisso	Ospedali Galliera	Genova

## FELLOW PER IL CAMPO ORGANIZZATIVO SINDACALE

Patrizia Maras	Ospedale Maggiore	Trieste	Paolo Marconi	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Francesco Mazzuoli	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Sergio Pede	Ospedale N. Melli	San Pietro Vernotico (BR)
Salvatore Pipitone	Casa del Sole Lanza Di Trabia	Palermo	Lorenza Pilotto	Az. Osp. S.M. della Misericordia	Udine
Vincenzo Cirrincione	Presidio Ospedaliero Villa Sofia	Palermo			

## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

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

### Vuoi diventare Socio ANMCO?

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

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

L'iscrizione prevede il pagamento di Lit. 20.000 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- Lit. 100.000 per i Dirigenti di II Livello
- Lit. 80.000 per i Dirigenti di I Livello
- Lit. 60.000 per i Soci Aggregati

La quota sociale è comprensiva dell'abbonamento al "Giornale Italiano di Cardiologia".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.30 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Autorizzo a prelevare Lit. \_\_\_\_\_

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

#### Socio Ordinario

- Lit. 80.000 per i Dirigenti di I Livello
- Lit. 100.000 per i Dirigenti di II Livello
- Lit. 20.000 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi soci Ordinari)

#### Socio Aggregato

- Lit. 60.000

a mezzo carta credito:

Carta Si  Carta Visa  Eurocard  Master Card

numero carta:

\_\_\_\_\_

data di scadenza: \_\_\_\_\_

### DELEGATI REGIONALI ANMCO 1998-2000

#### ABRUZZO

Dott. DOMENICO DI GREGORIO - Tel. 0872/7061  
Ospedale Civile - Via del Mare - 66100 CHIETI

#### ALTO ADIGE BOLZANO

Dott. ANDREA ERLICHER - Tel. 0471/909985  
Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO

#### BASILICATA

Dott. LUCIANO VEGLIA - Tel. 0835/243311  
Ospedali Riuniti - Via Lanera - 75100 MATERA

#### CALABRIA

Dott. FRANCO PLASTINA - Tel. 0894/681370  
Osp. dell'Annunziata - Via F. Migliori, 72 - 87040 Laurignano (CS)

#### CAMPANIA

Prof. DOMENICO ROTIROTI - Tel. 0825/203111  
Ospedale Multizonale - Via Otranto, 13 - 83100 AVELLINO

#### EMILIA ROMAGNA

Dott. PAOLO ALBONI - Tel. 051/6838251  
Stabilimento Ospedaliero - Viale Vicini, 2 - 44100 FERRARA

#### FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott. PAOLO FIORETTI - Tel. 0432/552440-41  
Osp. S.M. della Misericordia - Piazzale S. Maria - 33100 UDINE

#### LAZIO

Dott. SALVATORE FABIO VAJOLA - Tel. 06/58701  
Ospedale San Camillo - Circonv. Gianicolense, 87 - 00198 ROMA

#### LIGURIA

Dott. RAFFAELE GRIFFO - Tel. 010/9134159  
Osp. "La Colletta" - Via del Giappone, 2 - 16046 GENOVA

#### LOMBARDIA

Prof. LUIGI TAVAZZI - Tel. 0382/503158  
Osp. Policlinico San Matteo - Piazzale Golgi, 2 - 27100 PAVIA

#### MARCHE

Dott. MARCELLO MANFRIN - Tel. 071/5965027  
Osp. Regionale G. Lancisi - Via Baccarani, 6 - 60121 ANCONA

#### MOLISE

Dott. ALBERTO MONTANO - Tel. 0874/409282  
Ospedale San Timoteo - Via Molinello, 1 - 86039 TERMOLI

#### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. ENZO COMMODO - Tel. 011/69331  
Centro Traumatologico Ortopedico - Via Zuretti, 29 - 10134 TORINO

#### PUGLIA

Dott. SERGIO PEDE - Tel. 0831/670307  
Ospedale N. Melli - Via Lecce - 72027 CELLINO SAN MARCO

#### SARDEGNA

Dott. SERGIO MARIANO MARCHI - Tel. 0783/317208  
Osp. San Martino - Via Fondazione Rockefeller - 09170 ORISTANO

#### SICILIA

Dott. VINCENZO CIRRINCIONE - Tel. 091/7808083  
Presidio Ospedaliero Villa Sofia - P.za Salerno, 1 - 90142 PALERMO

#### TOSCANA

Dott. ROSSANO VERGASSOLA - Tel. 055/24961  
Osp. S. M. Annunziata - Via Antella, 58 - 50011 BAGNO A RIPOLI (FI)

#### TRENTINO

Dott. LUCIANO FRISANCO - Tel. 0461/903111  
Ospedale Santa Chiara - Largo Medaglie d'Oro - 38100 TRENTO

#### UMBRIA

Dott. RODOLFO CORONELLI - Tel. 0744/2051  
Osp. Civ. Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 TERNI

#### VENETO

Dott. GIUSEPPE CATANIA - Tel. 0437/216250  
Ospedale Civile - Viale Europa - 32100 Belluno



## ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

Codice Unico

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  Casa di Cura  
 Altro

#### Tipologia:

- Divisione di Cardiologia  Divisione di Cardiochirurgia  
 Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto  Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto  
 Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto  Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto  
 Divisione Medicina  Altro

Nome del Responsabile della struttura

#### Presidio:

DENOMINAZIONE

INDIRIZZO

CITTÀ  PROVINCIA  CAP

TEL.  FAX  E-MAIL:

#### Qualifica:

- Dirigente II livello  Dirigente I livello  Prof. Ordinario  Prof. Associato  
 Ricercatore - Borsista - Medico in formazione  Medico di base  Altro

In quiescenza:  SI

**Non compilare**

**CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE****Generale (non più di due):**

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

**Specifico (non più di due):**

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

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

**Altro (non più di due):**

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

**Sono interessato alla seguente Area:**

- Area Aritmie  
 Area Genetica  
 Area Prevenzione  
 Area Chirurgica  
 Area Management e Qualità  
 Area Scompenso  
 Area Emergenza/Urgenza  
 Area Nursing

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

In considerazione dei diritti a me spettanti ai sensi della L. 675/1996 dichiaro di:

**A - AVER LIBERAMENTE PRESO ATTO CHE:**

- i miei dati personali riportati nella presente scheda di adesione all'ANMCO verranno inseriti, ai sensi delle disposizioni civilistiche e statutarie, nell'elenco dei soci ANMCO per consentire lo svolgimento delle attività inerenti la vita associativa e per esercitare i diritti ed ottemperare ai doveri a me spettanti in qualità di socio;
- i miei dati personali verranno inoltre inseriti nell'elenco Soci ANMCO trattato dalla società Edizioni Cardiologiche Ospedaliere - E.C.O. S.r.l., al fine della loro pubblicazione negli annuari dei soci e/o del loro inserimento in banche dati informatiche con accesso via INTERNET, nonché potranno essere comunicati e/o diffusi e/o trasferiti a terzi comunque interessati, anche sotto il profilo commerciale, allo sviluppo della conoscenza medica, anche al di fuori del territorio italiano;
- mi è riconosciuto il diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione e opposizione al trattamento dei dati stessi, secondo quanto previsto dall'articolo 13 della legge e che per far valere i miei diritti potrò rivolgermi allo sportello del diritto di accesso istituito presso la sede dell'ANMCO e della E.C.O. S.r.l. Via A. La Marmora n. 36, 50121 Firenze Tel. 055/571798.
- Titolari dei trattamenti sono rispettivamente l'ANMCO e la E.C.O. S.r.l.

**B - PRESTARE IL MIO CONSENSO ALL'INTERO TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI, AI SENSI DELL'ART. 11 DELLA L. 675/96, E IN PARTICOLARE**

- all'inserimento dei miei dati personali nell'elenco dei soci ANMCO;
- all'inserimento dei miei dati personali nell'elenco soci ANMCO trattato dalla Edizioni Cardiologiche Ospedaliere - E.C.O. S.r.l.;
- al trasferimento di questi dati, anche fuori dall'Unione Europea;
- alla comunicazione e/o diffusione dei miei dati personali mediante pubblicazione negli annuari e/o mediante l'inserimento degli stessi in banche dati informatiche con accesso via INTERNET e/o comunicazione, diffusione e trasferimento a terzi comunque interessati, anche sotto il profilo commerciale, allo sviluppo della conoscenza medica.

- Barrare qui se non si desidera ricevere informativa commerciale su prodotti e servizi correlati alle iniziative promosse dai titolari dei trattamenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Delegato Regionale ANMCO \_\_\_\_\_ della Regione

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

- Socio Ordinario       Socio Aggregato

Data \_\_\_\_\_

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

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

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



# AREA CHIRURGICA

## BILANCIO 1998

di Emilio Respighi

Alla scadenza del mio mandato di *chairman* dell'Area Chirurgica, scadenza che coincide all'incirca con la chiusura dell'anno solare, mi fa piacere ripercorrere le ultime tappe dell'inserimento dei cardiocirurghi ospedalieri nell'Associazione.

Per la verità, nonostante il desiderio di fondo, sempre desto, mio e degli altri componenti del Comitato di Coordinamento, di abbreviare il più possibile i tempi nel concretizzare fatti e programmi, la nostra Area si è mossa con lentezza maggiore di quanto avevamo all'inizio immaginato, nonostante i Consigli Direttivi, quello passato come quello presente, abbiano in ogni occasione dimostrato non solo la massima disponibilità ad accogliere i cardiocirurghi nell'Associazione, ma anche la convinzione che tale programma rappresentava un elemento positivo per l'Associazione stessa.

Mi è facile ricordare, ad esempio, che il nostro inserimento ha richiesto alcune modifiche statutarie, la cui approvazione, per Statuto, è richiesta all'Assemblea dei Soci, convocata, come tutti sapete, solo in occasione del Congresso Nazionale, che ha cadenza annuale. Altre proposte, come quella della nomina di "referenti" regionali, sono giustamente dovute passare al vaglio del Consiglio Direttivo.

La partecipazione al Congresso di Firenze è stata piuttosto attiva, da parte dei cardiocirurghi. Alla riunione dell'Area sono intervenuti molti colleghi, di vari Centri, dimostrando nella discussione dei vari temi all'ordine del giorno, un serio convincimento partecipativo e la volontà di realizzare concretamente nuovi programmi.

Come è già stato riferito nel Bollettino precedente, in quella seduta: **1)** vennero chiariti il significato e gli scopi della nostra adesione all'ANMCO, motivi ed intendimenti che sono stati anche esposti

da me su queste stesse pagine ed in altre sedi da parte di tutti i membri del Comitato di Coordinamento; **2)** vennero raccolte le proposte di temi chirurgici, avanzate dai vari Centri colà rappresentati, come argomenti da vagliare per il congresso nazionale dell'ANMCO del prossimo anno; **3)** vennero raccolti pareri e disponibilità a proposito della proposta di creare referenti regionali; **4)** il Prof. Pinna Pintor tenne una interessante relazione, esponendo i dati sulla stratificazione del rischio cardiocirurgico e sulla verifica di qualità, ottenuti col confronto di quattro modelli statistici, applicati ad una medesima casistica di operati; e infine, **5)** il Dott. Gronda espone brevemente gli elementi principali di un progetto di studio prospettico multicentrico, da realizzare nel prossimo futuro e chiamato "MIRACLE", che riguarda la riparazione chirurgica dell'insufficienza mitralica nella cardiomiopatia dilatativa.

Il Comitato di coordinamento della nostra Area si è riunito a Roma, all'inizio di settembre, per decidere sui temi del prossimo congresso, tra quelli suggeriti. Le nostre proposte, pur modificate dal comitato del congresso per esigenze organizzative (legate sia ai tempi congressuali, sia alla giusta opportunità di coordinare in sedute coerenti argomenti cardiologici-cardiocirurgici omologhi), sono state sostanzialmente accettate.

Per quanto riguarda la nomina dei referenti regionali, abbiamo chiarito, per iscritto ed a voce in sede di Consiglio Nazionale ANMCO, a Firenze, che essi non solo non rappresentano figure alternative al delegato ANMCO, cardiologo, ma anzi punti di coordinamento delle istanze e delle proposte delle divisioni cardiocirurgiche locali, istanze e proposte che dovranno poi essere vagliate e discusse col rispettivo delegato ANMCO, oltre che, ovviamente, col Comitato dell'Area Chirurgica.

Quest'ultimo ritiene unanimemente che questo tipo di impianto organizzativo contribuisca ad attivare e rendere più efficienti gli ormai ineludibili rapporti fun-

zionali e culturali tra strutture cardiologiche e cardiocirurgiche, con tutto vantaggio della cardiologia italiana.

Tra le istanze già presentate al Consiglio Direttivo dell'ANMCO, ricordo l'opportunità di prendere criticamente in esame: **1)** il riconoscimento della cardiocirurgia come entità collocata in un'area, laddove, le "aree" nell'ambito dell'ANMCO sono costituite da gruppi di studio di problemi clinici; questa etichetta è già stata fonte di equivoci; **2)** il riconoscimento, in qualità di soci ordinari, dei cardiocirurghi operanti in strutture private convenzionate, considerato che essi svolgono oggi un'attività quantitativamente maggiore e qualitativamente non inferiore rispetto a quelli delle strutture cosiddette pubbliche; anche la remunerazione è la medesima, proveniente dalla stessa fonte: lo Stato; **3)** la nostra ragionevole proposta di aggiungere all'elenco dei nomi del Comitato Scientifico del Giornale Italiano di Cardiologia (che comprende solo due cardiocirurghi universitari) quello di uno-due cardiocirurghi ospedalieri.

A Torino, il 16 gennaio p.v., si terrà un convegno internazionale, organizzato dal Prof. Pinna Pintor, per fare il punto aggiornato sul problema della stratificazione del rischio e della verifica di qualità. Verranno discussi i principali modelli preoperatori, tutti validi, ma da ritenere ormai insufficienti parametri dell'intero *iter* del paziente, che comprende anche le fasi operatoria e postoperatoria, fino a 30 giorni (o addirittura 60, secondo alcuni Autori). Su questo tema, verrà discussa l'attuabilità di uno studio multicentrico cardiocirurgico, da realizzare sotto l'egida dell'ANMCO.

Come notizia finale, ricordo che, secondo lo statuto dell'Associazione, terminano il mandato, con me, anche i colleghi Giuseppe Di Benedetto, Giuseppe Di Eusano e Carlo Valfrè. Il *co-chairman* Enrico Massa, invece, assumerà il ruolo di *chairman*, al mio posto. Gli altri membri del nuovo Comitato saranno nominati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO. A loro ed all'amico Massa rivolgo fin d'ora gli auguri più sinceri di buon lavoro, con gli auspici che i programmi che ci siamo proposti possano trovare adeguato adempimento.

# AREA EMERGENZA-URGENZA

di Francesco Chiarella

L'Area Emergenza è intervenuta nel corso del 1998 nel settore della Rianimazione Cardiopolmonare proponendo due Corsi Advanced Cardiac Life Support (ACLS), ciascuno della durata di tre giorni, tenuti nel Luglio e nell'Ottobre scorsi presso il Learning Center di Firenze. I corsi, condotti grazie alla collaborazione di Italian Resuscitation Council (IRC), si sono svolti con lezioni teoriche ad esercitazione sui manichini secondo un rigoroso programma didattico selettivo. Molti dei partecipanti hanno superato la prova teorico-pratica finale ed hanno pertanto ottenuto la certificazione di competenza; chi ha ottenuto un alto punteggio potrà essere ammesso al Corso Istruttori.

Tra gli obiettivi dell'Area Emergenza vi è quello di censire e riunire i cardiologi che sono specificatamente interessati alla Rianimazione Cardiopolmonare e alla acquisizione e trasmissione delle competenze BLS e ACLS. Questo settore è stato trascurato: esso offre fin d'ora ampi spazi di lavoro ed avrà nei prossimi anni un grande sviluppo. L'interesse per il cardiologo parte dal piano educativo e si pone su un vasto orizzonte scientifico ed organizzativo: impegnarsi rappresenta un buon investi-

mento perché l'impegno e la dedizione di tempo e di energie potranno essere ripagati con formidabili opportunità.

L'Area intende proporre al Learning Center per il 1999 un Corso Istruttori ACLS.

Occorre fin d'ora sapere chi intenderebbe parteciparvi, premesso che per accedervi è necessario aver superato il corso ACLS con elevato punteggio.

Chi non lo avesse effettuato o avesse riportato un punteggio basso potrà nei prossimi mesi frequentare Corsi qualificati e certificati e darne notizia. Ricordiamo agli interessati che l'Italian Resuscitation Council effettuerà Corsi nei prossimi mesi: per le notizie organizzative e per l'iscrizione (calendari, costi) rivolgersi alla Segreteria IRC, Via Pasubio 78, 40133 BOLOGNA, Tel. 051/6153571, Fax 051/6153589 – Ulteriori notizie sul sito INTERNET: <http://www.diesis.com/irc>.

A chi si sarà segnalato rispondendo al questionario allegato verranno proposte iniziative di incontro e verranno comunicate le date per il Corso Istruttori al Learning Center ANMCO.

Invitiamo pertanto a compilare e a ritornare il Coupon allegato a:

**Segreteria AREA EMERGENZA-URGENZA ANMCO**

**Via La Marmora, 36**

**50121 FIRENZE**

**Fax 055 579334**



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

AB.: VIA \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

OSPEDALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

- Sono interessato alle iniziative dell'Area Emergenza riguardanti la Rianimazione Cardiopolmonare
- Ho effettuato il Corso BLS  
(DATA \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ ORGANIZZATO DA \_\_\_\_\_ CERTIFICATO DA \_\_\_\_\_)
- Ho effettuato il Corso ACLS  
(DATA \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ ORGANIZZATO DA \_\_\_\_\_ CERTIFICATO DA \_\_\_\_\_)
- Intendo effettuare nei prossimi mesi il Corso BLS       Intendo effettuare nei prossimi mesi il Corso ACLS
- Comunicherò il superamento di BLS e/o ACLS
- Ho superato con elevato punteggio ACLS e posso accedere al corso ISTRUTTORI
- Intendo accedere al Corso ISTRUTTORI riservato a Cardiologi, progettato per il 1999 dall'Area Emergenza al Learning Center ANMCO
- Desidero dedicare nei prossimi anni tempo ed energie alla Rianimazione Cardiopolmonare e mi propongo per la partecipazione alle iniziative dell'Area Emergenza

## AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

*L'Area Management & Qualità prenderà l'avvio con il 1999. Il Comitato di coordinamento è composto da:*

Marino Scherillo (Chairman), Carlo Schweiger (Co-Chairman), Carlo Bellet, Umberto Guiducci, Domenico Miceli, Pier Antonio Ravazzi.

Il programma per il prossimo biennio è in via di definizione e sarà pubblicato nel prossimo numero del Notiziario. Per le iniziative che verranno varate ci si avvarrà della collaborazione di un Advisory Board in via di costituzione.

### LE PROSSIME INIZIATIVE

#### *Attività di formazione*

- Forum di Aggiornamento Interattivo *"Verso il miglioramento continuo della qualità in cardiologia: dalla implementazione delle Linee Guida Cliniche alla identificazione di appropriati protocolli diagnostico terapeutici"*.
- Corso al Learning Center: *"Qualità ed efficienza in una struttura cardiologica"*.
- Produzione di strumenti professionali utili per la pratica clinica e l'aggiornamento:
  - Linee Guida nella compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.
  - Identificazione e diffusione di appropriati protocolli diagnostico-terapeutici per la diagnosi ed il trattamento di angina instabile, infarto miocardico acuto, scompenso cardiaco.
  - Linee Guida sulla realizzazione del Dipartimento Cardiologico.
  - Criteri minimi di accreditamento per le strutture cardiologiche.
  - Rassegna bibliografica della ricerca nel settore della programmazione sanitaria e del miglioramento continuo della qualità in area cardiovascolare.

#### *Attività di ricerca*

- Aspetti problematici in tema di miglioramento continuo della qualità e programmazione sanitaria in area cardiovascolare:
  - Raccolta di contributi originali da pubblicare sul Giornale Italiano di Cardiologia.
- Censimento della qualità delle cure erogate dalle strutture cardiologiche nella diagnosi e trattamento dell'angina instabile, infarto miocardico acuto, scompenso cardiaco.

*Tutti coloro che sono interessati alle attività dell'Area Management & Qualità sono invitati ad iscriversi nella mailing list.*

## AREA PREVENZIONE

### TRE MOMENTI DI RILIEVO PER IL 1999

di Franco Valagussa



**T**ra i vari momenti di rilievo previsti per il 1999 nell'ambito dell'Area Preven-

zione tre sono quelli che mi preme presentare perché le loro ricadute saranno particolarmente importanti per l'ulteriore sviluppo della Cardiologia Preventiva nel nostro Paese.

#### **La II Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica (Roma - Istituto Superiore di Sanità, 19-21 Aprile 1999)**

Intitolata al Prof. G.A. Feruglio, la Conferenza riprende 12 anni dopo i temi e le proposte già sviluppati, con un percorso che si svolge in 4 Sessioni, con il concorso dei rappresentanti delle Istituzioni, delle Società Scientifiche e delle componenti rappresentative della Comunità.

È previsto un intervento del Ministro della Sanità Dott.ssa Rosy Bindi, seguito da una lettura su Piano Sanitario Nazionale e Prevenzione Cardiovascolare. La I Sessione poi riguarda i temi del *"Misurare ed affrontare la Cardiopatia Ischemica"*. Nel corso della Sessione saranno anche presentati i dati derivati dall'Osservatorio Epidemiologico Nazionali.

La II Sessione inquadra *"L'organizzazione della Prevenzione Primaria della Cardiopatia Ischemica"*, con interventi relativi anche alla scuola, all'ambito di lavoro, all'ambito sanitario, al volontariato, ai

mondi della comunicazione, della produzione e preparazione agro-alimentare della ristorazione, dello sport e del tempo libero. A discutere di questi ambiti sono stati chiamati anche insegnanti, medici di medicina generale, rappresentanti del volontariato. Per le aree di intervento non sanitario alcuni dei nomi tra gli invitati sono quelli del Dott. Piero Angela e di Franco Baresi.

La III Sessione si occuperà della *"Prevenzione della Cardiopatia Ischemica in Area Cardiologica"* con proiezioni tra quanto già sviluppato e quanto sarebbe da sviluppare in questo ambito.

Il tema della IV Sessione è quello della *"Prevenzione della Cardiopatia Ischemica nella Programmazione Sanitaria"*: l'obiettivo è quello di analizzare i sistemi di monitoraggio più utili da organizzare, così come la produzione di data base per la ricerca. Saranno anche esaminati i differenti aspetti della Programmazione sanitaria Nazionale e Regionale.

La Conferenza si concluderà con *"La proposta della Comunità Cardiologica Italiana"* con definizione degli obiettivi a breve e medio termine e delle iniziative per raggiungerli.

Alla fine il Presidente dell'ANMCO presenterà le raccomandazioni derivate dalla II Conferenza Nazionale contenute nel documento finale approvato.

Appare evidente come i contenuti della Conferenza siano stati scelti più in prospettiva di indirizzo per la realizzazione che di analisi intese a riflessioni e ad arricchire la cultura dei partecipanti.

Dal momento che la sede istituzionale dove la Conferenza si svolgerà non può consentire una partecipazione allargata, è già prevista nell'ambito del successivo Congresso

Nazionale di Cardiologia una Sessione per la presentazione tempestiva dei contenuti e delle conclusioni della Conferenza, che verranno anche integralmente pubblicati dal Giornale Italiano di Cardiologia.

#### **Conclusione dello Studio GISSI-Prevenzione**

È certamente un momento di grosso rilievo per tutta la Cardiologia Italiana quello della conclusione (del follow-up) dello Studio GISSI-Prevenzione. Secondo quanto previsto dal protocollo si chiude formalmente con il 31/12/1998 il periodo di follow-up: mancheranno a questo punto pochi mesi per pochi pazienti alla scadenza, ma per molti, e non va dimenticato, il trattamento proseguirà per un periodo decisamente più lungo. È comunque giunto il momento per tirare le fila dopo un percorso decisamente lungo e spesso anche accidentato, ma che si è concluso con un'ennesima dimostrazione di capacità da parte dei Centri Cardiologici Italiani.

Si tratta a questo punto però di:

- a) fare un ultimo sforzo per arrivare con il massimo dei dati clinici;
- b) gestire bene la chiusura dello Studio con i pazienti;
- c) sapere cosa ci può aspettare in avanti.

Le raccomandazioni di rito sono:

1. che ognuno faccia tutto il possibile per compilare per i propri pazienti in maniera completa ed affidabile la scheda di chiusura dello Studio. Come "effetto collaterale" si provvederà anche alla "chiusura" di quanto previsto come retribuzione economica;
2. con la chiusura dello Studio termina la fornitura dei farmaci per R1.



Ognuno è invitato a prendere la decisione che ritiene più opportuna, comunicando ai pazienti che si potranno avere i risultati entro il mese di Marzo 1999.

Al di là di questi richiami che sono ovviamente rivolti ai ricercatori, è invece il caso per tutti quanti di sottolineare con giusto orgoglio il completamento dello Studio che nelle prime discussioni preparatorie aveva destato parecchie perplessità, e l'attesa da parte della Comunità Scientifica Internazionale dei dati, che saranno i primi con questa numerosità e questo follow-up, relativi ai polinsaturi N-3 ed alla Vitamina E come antiossidante, come fattori di protezione nella fase successiva all'infarto miocardico. Ancora una volta la metodologia GISSI sarà capace di una risposta definitiva ad un quesito rilevante dal punto di vista della Prevenzione Secondaria della Cardiopatia Ischemica.

In merito poi alla presentazione formale dei risultati sono previste:

- una presentazione ufficiale ai ricercatori GISSI nel corso di una riunione apposita che si terrà il **25 Febbraio 1999 a Montecatini**;
- una presentazione internazionale nella "hot line session" dell'American College of Cardiology, nel **Marzo 1999 a New Orleans**;
- seguiranno la pubblicazione ufficiale su un giornale internazionale e sul Giornale Italiano di Cardiologia, e le successive elaborazioni sulla base delle proposte ricevute.

È bello sottolineare come con il GISSI-Prevenzione la Cardiologia Ospedaliera Italiana si sia trovata in una posizione di originalità e di tempestività nello scenario internazionale: di questo vanno ringraziati in particolare tutti i pazienti che hanno dato il loro consenso e tutti i ricercatori che hanno contribuito.

### **Avvio del Monitoraggio della Prevenzione Secondaria dopo IMA: 100-1.000-10.000**

All'inizio del 1999 un altro momento di sicuro rilievo, se non altro

per le numerose "false partenze", riguarda il Monitoraggio della Prevenzione Secondaria Post-Infartuale in Italia. Il motivo di questa iniziativa ANMCO/Negri è duplice: da una parte la mancanza di dati sulla "compliance" dei pazienti ai trattamenti raccomandati perché dimostratisi efficaci in pazienti con pregresso infarto miocardico, dall'altra la convinzione legata all'esperienza di dovere coinvolgere in maniera più formale i Medici di Medicina Generale (MMG) nella valutazione di strategie preventive diversificate in funzione del Rischio Cardiovascolare Globale.

Non esistono del resto Studi che descrivono e/o valutano la necessità/utilità/tipologia del monitoraggio specialistico cardiologico post IMA e cercano di coinvolgere la Medicina Generale nella gestione del controllo dei fattori di rischio cardiovascolare.

Per questo è stata formalizzata questa iniziativa di monitoraggio che ha come obiettivi:

1. descrivere le modalità attuali di gestione del paziente con pregresso IMA nella realtà quotidiana della pratica clinica in Italia;
2. diffondere le attuali conoscenze scientifiche sulla Prevenzione Secondaria dopo IMA;
3. valutare la prognosi a medio/lungo termine nel dopo IMA, identificando i principali predittori di eventi cardiovascolari;
4. valutare la fattibilità e la resa di interventi di ottimizzazione dell'attività di Prevenzione Secondaria dopo IMA nell'ambito della Medicina Generale;
5. ottenere una stima dei costi sanitari associati alla gestione della Prevenzione Secondaria dell'IMA.

Organizzativamente si deve costituire una rete di "Gruppi Territoriali di Ricerca (GTR)" ciascuno formato da 1 Cardiologo e da almeno 10 MMG.

Ciascun GTR effettuerà incontri periodici di formazione e discussione di casi clinici sulla base del manuale "Prevenzione Secondaria e Valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale" appositamente preparato, inoltre parteciperà ad uno studio osservazionale di follow-up con lo scopo di:

- analizzare lo stato della Prevenzione Secondaria in Italia;
- descrivere la storia naturale del paziente con pregresso IMA;
- verificare la possibilità di ottimizzare la gestione della Prevenzione Cardiovascolare Secondaria dopo infarto.

Quest'ultimo studio avrà una durata di 3 anni e non richiederà visite o esami strumentali aggiuntivi.

La dimensione del campione per questo monitoraggio è di tutto rilievo. Infatti se i 1.000 MMG potranno reclutare 10-12 pazienti ognuno, si potrà disporre dei dati di oltre 10.000 casi complessivi seguiti prospetticamente per 3 anni.

Ora i 100 Cardiologi sono stati arruolati in 3 seminari successivi, che però si sono dispersi nel tempo (dal 1996 al 1998). Per questo si è deciso di riassetare il punto di partenza secondo un calendario che deve tuttavia essere ancora validato dal Comitato Esecutivo dello Studio.

Nei primi mesi dell'anno saranno indette 3 Riunioni (per area geografica) di richiamo "alle armi" in gruppi limitati dei 100 cardiologi.

Successivamente inizierà l'arruolamento dei pazienti da parte dei MMG.

In tutta questa azione è stato importante il contributo dello sponsor Pfizer ed in particolare del Dott. Mammuccari, che qui approfitta per ringraziare.

Sicuramente non sono e non saranno solo queste le iniziative dell'Area Prevenzione per il 1999, ma queste erano certamente da sottolineare per il loro spessore e per il loro significato di volano per la Cardiologia Preventiva Ospedaliera Italiana.

# AREA PREVENZIONE

## IL PROGETTO IPERTENSIONE

di Sergio Pede



### Stato di avanzamento delle Attività

#### ATTIVITÀ DI ORGANIZZAZIONE E DI INDIRIZZO

##### (1) - Rete degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa

Negli ultimi mesi si è registrato un lieve, ma ulteriore incremento del numero di Strutture Cardiologiche, che aderiscono al progetto di Rete: ad oggi sono 240.

È ora disponibile il documento "La gestione ambulatoriale cardiologica dei pazienti con Ipertensione Arteriosa", che raccoglie gli indirizzi organizzativi e strategici per l'attivazione degli Ambulatori.

Invece va registrato un ritardo nella disponibilità del Software, che non potrà essere distribuito prima della prossima Primavera; una importante ragione di questo ritardo è costituita dalla decisione di produrre un Software da utilizzare per la gestione delle problematiche connesse non solo all'Ipertensione ma anche a tutta la Cardiologia Preventiva.

Ne deriva che lo strumento informatico sarà distribuito come "Software - Ipertensione Arteriosa e Cardiologia Preventiva".

##### (2) - Linee Guida Diagnostico-Terapeutiche "Ipertensione Arteriosa e Patologia Cardiaca"

Dopo la prima presentazione avvenuta a Lecce alla fine dello scorso mese di Giugno, il documento è stato illustrato nel corso di una riunione svoltasi a Roma, presso l'Hotel Hilton, il 16 Dicembre 1998 secondo l'allegato programma, per il mese di Marzo 1999 ne è prevista la pubblicazione sulle riviste delle tre Associazioni.



Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)



Società Italiana  
di Cardiologia (SIC)



Società Italiana  
dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA)

### IPERTENSIONE ARTERIOSA E PATOLOGIA CARDIACA LINEE GUIDA DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

Presentazione a cura della Commissione congiunta

ROMA, 16 DICEMBRE 1998  
HOTEL CAVALIERI HILTON - SALA MONTE MARIO - ORE 15,00

#### PROGRAMMA

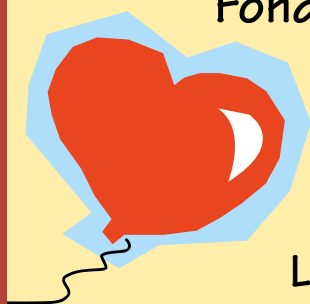
- ore 15.00 Presentazione  
**G.P. Trevi**  
Introduzione  
Razionale ed evoluzione nel tempo delle  
Linee Guida sull'Ipertensione Arteriosa  
**A. Rappelli**
- I Sessione PERCORSO DIAGNOSTICO**  
Moderatori: **A. Rappelli, F. Valagussa**
- ore 15.30 Ipertensione arteriosa e rischio cardiaco  
**S. Pede**
- ore 15.45 Fisiopatologia del danno cardiaco  
**E. Agabiti-Rosei**
- ore 16.00 Diagnosi di ipertrofia ventricolare sinistra  
**P. Verdecchia**
- ore 16.15 Diagnosi di coronaropatia  
**C. Piccinino**
- ore 16.30 Discussione
- ore 17.00 Intervallo
- II Sessione PERCORSO TERAPEUTICO**  
Moderatori: **M.D. Guazzi, N. Mininni**
- ore 17.30 Terapia dell'iperteso con ipertrofia  
ventricolare sinistra  
**F. Sau**
- ore 17.45 Terapia dell'iperteso con sindrome  
ischemica  
**E. Giovannini**
- ore 18.00 Terapia dell'iperteso con scompenso  
cardiaco  
**S. Novo**
- ore 18.15 Rapporto costo/beneficio della terapia  
nell'iperteso in rapporto al danno cardiaco  
**A.C. Pessina**
- ore 18.30 Discussione
- ore 19.00 Conclusioni  
**G.P. Trevi**

# HEART CARE FOUNDATION

Fondazione Italiana per la Lotta alle

**Malattie Cardiovascolari**

heartcarefound@heartcarefound.com



**Lotta per il cuore. Lotta con noi.**

- ♥ Ogni anno in Italia 235.000 persone muoiono per malattie cardiovascolari: la prima causa di morte nella nostra popolazione.
- ♥ Anche oggi, in Italia, una persona ogni 3-4 minuti avrà un attacco cardiaco ed 1 su 4 non sopravviverà!
- ♥ Circa 1 milione d'italiani soffre di scompenso cardiaco con una mortalità ad un anno del 16% che arriva fino al 30% per i malati più gravi afferenti agli ambulatori cardiologici ospedalieri.
- ♥ Nel 1996, in Italia, sono state ricoverate in ospedale 1.149.000 persone per una malattia cardiovascolare: la prima causa di ricovero nel nostro Paese.

Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari intende investire i proventi del patrimonio e quelli derivanti da raccolte pubbliche ed elargizioni in iniziative che hanno l'obiettivo di diffondere la cultura che le malattie cardiovascolari si possono prevenire sostenendo:

- **le campagne di sensibilizzazione dei cittadini su come prevenire questi killer**
- **la ricerca scientifica cardiovascolare**

### Heart Care Foundation: lotta per il cuore, lotta con noi

Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari è stata istituita nel giugno 1998 su iniziativa dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), associazione scientifica no-profit fondata nel 1963 e formata da cardiologi italiani operanti nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il Consiglio d'Amministrazione della Fondazione è costituito da: Prof. Massimo Santini, Presidente, Dott. Sabino Scardi e Dott. Marino Scherillo, Consiglieri. La sede della Fondazione è situata a Firenze in Via La Marmora 36 - tel. 055-575661, fax 055-582756,

email [heartcarefound@heartcarefound.com](mailto:heartcarefound@heartcarefound.com).

Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari intende investire i proventi del patrimonio e quelli derivanti da raccolte pubbliche ed elargizioni in iniziative che hanno l'obiettivo di diffondere la cultura che le malattie cardiovascolari si possono prevenire sostenendo:

- le campagne di sensibilizzazione dei cittadini su come prevenire questi killer
- la ricerca scientifica cardiovascolare

### Noi Adulti possiamo farcela se:

#### – ci dedichiamo un po' più di cura preferendo uno stile di vita "salvacuore"

- smettendo di fumare
- mangiando meno grassi animali e più grassi vegetali, pesce, frutta fresca, verdura e cereali
- riducendo il peso corporeo per arrivare a quello ideale
- facendo una regolare attività fisica

#### – teniamo sotto controllo il "cruscotto del cuore"

- mantenendo la pressione sotto i 140/90 mmHg
- tenendo il colesterolo totale sotto i 190 mg/dl
- facendo attenzione al colesterolo LDL (quello "cattivo"), non superando i 115 mg/dl

### Se hai già avuto un infarto anche tu puoi prevenire i killer.

Il tuo giubbotto antiproiettile è lo stile di vita "salvacuore", la tua bussola è il "cruscotto del cuore". Ma non basta. Devi passare all'azione, un pezzo del tuo cuore è già stato ferito.

Se puoi prendi i beta-bloccanti e non dimenticarti mai l'aspirina. E se il tuo cuore si è scompenzato assumi un ACE-inibitore. Ma soprattutto non sottovalutare i tuoi sintomi, parlane con il tuo Medico.

### Se il dolore toracico, come quello della prima volta, dovesse ritornare vai al più vicino Ospedale. Non dare tempo al tempo!

Ma tutto sarebbe vano se non varchiamo il futuro formando i nostri Ragazzi e sostenendo la Ricerca scientifica cardiovascolare.

Un recente studio su un campione di ragazzi delle scuole medie superiori ha evidenziato che oltre 1/3 sono obesi e per oltre 2/3 fumano e mangiano in maniera sregolata nei fast-food.

CHI SIAMO



MALATTIE  
CARDIOVASCOLARI



COME ISCRIVERSI



NOTIZIARI



EVENTI



TEST





**Dobbiamo insegnare loro come disinnescare la "lunga miccia dell'attacco cardiaco".**

Dobbiamo proporre ai nostri Ragazzi il fascino solare di uno stile di vita salvacuore.

E tutti insieme dobbiamo guardare al futuro con ottimismo. Nuovi farmaci e nuove tecnologie sono all'orizzonte per sconfiggere le malattie di cuore. Ma c'è bisogno di più Ricerca! Dipende da Noi.

Sostieni la Campagna di Prevenzione per le malattie cardiovascolari.

Sostieni la Ricerca. Lotta per il cuore. Lotta con Noi.

Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari.

## MALATTIE CARDIOVASCOLARI

**Le Malattie Cardiovascolari in Italia:**

**un problema di tutti**

Le malattie cardiovascolari rappresentano il più importante problema di salute nel mondo occidentale con un pesante impatto sull'aspettativa di vita delle persone, sulla qualità della vita degli ammalati e sull'impiego di risorse sanitarie.

Ogni anno in Italia 235.000 persone muoiono per malattie cardiovascolari, che rappresentano così la prima causa di morte nella nostra popolazione.

**Ogni anno si spopola una città per le malattie di cuore!**

**Infarto Miocardico e Scompenso Cardiaco:**

**i due principali killer in agguato**

Il 20% di questi decessi è dovuto all'infarto miocardico con un tasso di 187 morti ogni 100.000 abitanti.

Negli ultimi 30 anni anche nel nostro Paese si è osservato un trend favorevole di riduzione di mortalità per infarto miocardico dovuto alla diffusione delle Unità Coronariche e all'impiego di farmaci "salvacuore" quali l'aspirina, i beta-bloccanti, gli ACE-inibitori ed i trombolitici.

Ciò nonostante ogni anno 160.000 persone hanno un attacco cardiaco nella fascia di età compresa tra 35 e 64 anni, gli uomini sono più colpiti delle donne con un rapporto di 6 a 1.

**Anche oggi una persona ogni 3-4 minuti avrà un attacco cardiaco ed 1 su 4 non sopravviverà!**

Ancora oggi sono poche le persone che riescono ad arrivare in tempo in ospedale:

♥ circa la metà di quelle colpite dall'infarto muore entro un'ora dai primi sintomi

♥ circa un quarto di quelle che ci riescono arriva oltre le 12 ore quando la finestra temporale utile per le terapie "salvacuore" si è ormai chiusa.

E come se non bastasse c'è un altro killer che gira per le nostre città: lo scompenso cardiaco.

**Circa un milione di persone in Italia a causa di una malattia di cuore nota o sconosciuta, soffre di "fiato corto", debolezza, affaticabilità e gonfiore alle caviglie.**

Sono spie di allarme: il cuore ha perso la sua forza, si è indebolito e non riesce più a pompare sangue a sufficienza a tutte le parti del nostro corpo.

Nel 30% dei casi hanno più di 65 anni, sono colpiti gli uomini più spesso che le donne con un rapporto di 3 a 1.

A causa di questa malattia cardiaca cronica con periodiche riacutizzazioni, queste persone hanno una cattiva qualità di vita e sono costretti a frequenti ricoveri in ospedale.

Quasi il 50% di quelli che soffrono di scompenso cardiaco hanno avuto negli anni precedenti un infarto miocardico che ha danneggiato in modo irreversibile una parte del cuore tale da rendere insufficiente la sua funzione di pompa.

**L'INFARTO  
MIOCARDICO**

HEART CARE  
FOUNDATION



CHI SIAMO



MALATTIE  
CARDIOVASCOLARI



COME ISCRIVERSI



NOTIZIARI



EVENTI



TEST





CHI SIAMO



MALATTIE  
CARDIOVASCOLARI



COME ISCRIVERSI



NOTIZIARI



EVENTI



TEST



Nel 20% dei casi questo sfiancamento del cuore è dovuto ad una ipertensione arteriosa mal curata. Lo scompenso cardiaco è una malattia ad elevata mortalità nonostante i grandi progressi ottenuti negli ultimi 10 anni con l'impiego dei farmaci "anti-scompenso" quali ACE-inibitori, oltre che digitale e diuretici.

**In Italia, in un campione di oltre 3.000 ammalati con scompenso cardiaco, è stata osservata una mortalità ad 1 anno del 16% che arriva fino al 30% nei malati più gravi afferenti agli ambulatori cardiologici ospedalieri.**

### **Cuore malato quanto ci costi**

Un cuore malato consuma molte risorse sanitarie, il costo maggiore per il Sistema Sanitario Nazionale è dovuto al ricovero ospedaliero. In Italia nel 1996 sono stati ricoverati in ospedale 1.149.000 pazienti per una malattia cardiovascolare che costituisce così la prima causa di ricovero.

In particolare sono stati ricoverati:

- ♥ 75.000 pazienti con infarto miocardico con un costo di 550 miliardi
- ♥ 65.000 pazienti con angina pectoris con un costo di 350 miliardi
- ♥ 127.000 pazienti con scompenso cardiaco con un costo di 720 miliardi.

I soli ricoveri in ospedale per curare le suddette patologie hanno un costo totale di 1.620 miliardi all'anno.

### **Infarto Miocardico e Scompenso Cardiaco: possiamo prevenire i killer**

Possiamo prevenire questa strage di uomini e donne nel pieno della loro vita?  
Possiamo ridurre la spesa sanitaria nazionale per queste malattie di cuore?

Sì. Se informiamo gli Adulti e li convinciamo ad agire d'anticipo facendo la cosa giusta al momento giusto.

Sì. Se formiamo i nostri Ragazzi a non delegare la cura della propria salute.

Sì. Se sosteniamo la Ricerca scientifica per lo sviluppo delle nuove strategie diagnostiche e terapeutiche per le cardiopatie.

## COME ISCRIVERSI

### **10 Euro per il cuore**

**Iscriviti anche tu ad Heart Care Foundation:**

- ♥ Riceverai tutte le informazioni su come prevenire i "killer" del cuore
- ♥ Contribuirai alla diffusione della cultura di uno stile di vita "salvacuore"
- ♥ Sosterrai la Ricerca scientifica cardiovascolare

#### **- SOCIO ADERENTE ORDINARIO**

contributo minimo annuale: Lit. 20.000 / Euro 10,3

#### **- SOCIO ADERENTE SOSTENITORE**

contributo minimo annuale Lit. 200.000 / Euro 103,2

**C/C N.24411506** intestato a:

Fondazione Italiana per Lotta alle Malattie Cardiovascolari  
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

**ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO****(1) - Corso "La gestione ambulatoriale dei pazienti ipertesi"**

Come preannunciato, il 27-28 Ottobre 1998 si è svolta a Firenze, presso il Learning Center, la seconda edizione del Corso.

Hanno partecipato 37 Cardiologi, che hanno sviluppato articolate discussioni su tutti gli argomenti previsti dal programma.

Ne sono scaturite alcune indicazioni di ordine pratico, tra le quali quella di stimolare la diffusione dell'automisurazione, come metodica più adatta per valutare l'andamento dei valori di Pressione Arteriosa, ferma restando l'affidabilità tecnica degli apparecchi utilizzati.

A tal proposito è stata messa in evidenza la necessità che gli sfigmomanometri utilizzati in sedi diverse dagli studi medici, come per esempio nelle Farmacie, rispondano a specifici requisiti di adeguatezza tecnica, per garantire la validità delle misurazioni.

Su questi e su altri aspetti verranno prodotti documenti, che saranno funzionali all'attività degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa.

**(2) - Gruppi di Lavoro**

Dopo l'annuncio del possibile avvio di due Gruppi di Lavoro (uno sulla "Tipizzazione ultrasonica del danno miocardico nell'Ipertensione Arteriosa", l'altro sulla "Ipertensione Arteriosa in Gravidanza"), sono pervenute le prime adesioni.

Naturalmente un Gruppo di Lavoro si attiverà solo dopo che sarà stata raggiunta una "massa critica" di adesioni, che sarà diversa in rapporto all'argomento di interesse e che dovrà, comunque, garantire la significatività dell'operatività del Gruppo.

**(3) - Progetto GACIA**

Questo progetto è attualmente bloccato per la mancanza di risorse; ci si sta adoperando per consentire il completamento della prima fase ed avviare, in tempi brevi, la seconda così come previsto nel programma iniziale.

**ATTIVITÀ DI RICERCA**

Nelle tabelle allegate sono riportati i dati sullo stato di avanzamento degli Studi di Progetto (MAVI, IMPRESSIVE).

È in fase di avanzata elaborazione il protocollo di un altro Studio di Progetto, finalizzato alla valutazione Elettrocardiografica dell'Ipertrofia Ventricolare Sinistra nei pazienti con Ipertensione Arteriosa.

TAB. 1

**Studio MAVI**  
STATO DI AVANZAMENTO  
DATI AL 1 DICEMBRE 1998

• Inizio: .....	2 Ottobre 1995
• Fine arruolamento: .....	31 Dicembre 1997
• Centri attivi: .....	58 Centri
• Arruolati: .....	1858 Pazienti
• FW-UP 6 mesi pervenuti: .....	1617 Pazienti
Attesi* : .....	1858 Pazienti
• FW-UP 1 anno pervenuti: .....	1378 Pazienti
Attesi* : .....	1805 Pazienti
• FW-UP 18 mesi pervenuti: .....	1084 Pazienti
Attesi* : .....	1596 Pazienti
• FW-UP 2 anni pervenuti: .....	662 Pazienti
Attesi* : .....	1288 Pazienti

\* tenendo conto dei ritardi fisiologici di invio del materiale

TAB. 2

**Studio IMPRESSIVE**  
STATO DI AVANZAMENTO  
DATI AL 4 GENNAIO 1999

Centri aderenti .....	52 Centri
Centri che hanno ricevuto il materiale per passare alla fase operativa dello Studio .....	45 Centri
Centri Operativi .....	41 Centri
N° di pazienti arruolati .....	969 Pazienti

## AREA SCOMPENSO CARDIACO

di Marino Scherillo



### I traguardi raggiunti e quelli all'orizzonte

#### DUE ANNI DI ATTIVITÀ DELL'AREA SCOMPENSO CARDIACO

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensio Cardiaco dell'ANMCO è giunto al termine del suo mandato. In questo periodo ci si è mossi lungo due direttrici:

1. Implementare la buona prassi clinica tra tutti gli operatori tecnici impegnati nella diagnosi e cura dello scompensio cardiaco.
2. Rendere fluidi i percorsi diagnostico-terapeutici transitati dai pazienti con scompensio cardiaco.

Avendo questi obiettivi in mente sono stati varati una serie di progetti di formazione e di ricerca, alcuni già realizzati altri all'orizzonte, riportati nei precedenti numeri di *Cardiologia negli Ospedali*.

Questa è l'occasione/pretesto per una sintesi del lavoro svolto e per un augurio di buon lavoro al prossimo Comitato che sarà coordinato dalla Dott.ssa Cristina Opasich.

#### PROGETTO BETA-BLOCCANTI NELLO SCOMPENSO CARDIACO

Sulla scorta dei risultati incoraggianti in termini di riduzione della mortalità (dati certi per il carvedilolo) e delle ospedalizzazioni nei pazienti con scompensio cardiaco in classe NYHA II - III in trattamento con beta-bloccanti, è apparso opportuno diffondere tra i cardiologi italiani le raccomandazioni per un corretto impiego clinico di questi farmaci. Per raggiungere questo obiettivo sono stati utilizzati tre strumenti:

- *Forum di Aggiornamento sull'Impiego dei Beta-Bloccanti nella Terapia Combinata dello Scompensio Cardiaco*, di cui si è già relazionato nei precedenti numeri di questo Bollettino. In totale circa 500 tra cardiologi ed internisti ospedalieri hanno partecipato attivamente a queste riunioni sostenute dalla Bristol-Myers Squibb.
- *Statement ANMCO Area Scompensio Cardiaco su Impiego Clinico dei Beta-bloccanti nello Scompensio Cardiaco. Esperienze e suggerimenti per l'impiego clinico* (Fig. 1), pubblicato nel numero di gennaio 1998 del *Giornale Italiano di Cardiologia*, una guida pratica su quando e come utilizzare questi farmaci sulla base delle

evidenze scientifiche disponibili.

- *Studio Bring-up*, uno studio osservazionale con un disegno originale ed innovativo che ha l'obiettivo di introdurre nella pratica clinica e guidare nel tempo il corretto impiego dei beta-bloccanti nello scompensio cardiaco fino alla stabilizzazione del comporta-

mento terapeutico tra i cardiologi italiani. Lo studio varato il 19 gennaio 1998 ha arruolato in questa prima fase 3.168 pazienti in 206 Centri partecipanti; i dati relativi ai primi 1.708 pazienti analizzati indicano che circa il 25% era già in terapia con betabloccanti al momento della prima visita. Il follow-up ad un anno si completerà nel febbraio 1999, la seconda fase di arruolamento partirà nel mese successivo.



Fig. 1

#### PROGETTO LINEE GUIDA SULLO SCOMPENSO CARDIACO IN MEDICINA GENERALE

Anche in Italia è evidente il rilevante peso epidemiologico dello scompensio cardiaco sulle strutture di degenza ospedaliera. I dati del Ministero della Sanità relativi alle schede di dimissione ospedaliera indicano che in Italia nel 1996 sono stati dimessi dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate 127.043 pazienti con diagnosi principale di scompensio cardiaco con una degenza media di 11 giorni. Nell'ambito della MDC 5, relativa a malattie e disturbi cardiovascolari il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) è al primo posto per numerosità della casistica. È rilevante anche la prevalenza delle riammissioni ospedaliere per scompensio cardiaco in Italia: su 3.327 pazienti inseriti nel Database ANMCO Scompensio Cardiaco il 24% ha avuto almeno un ricovero ospedaliero entro un anno dall'ammissione allo studio.

Questi dati di prevalenza del ricovero ospedaliero per scompensio cardiaco, peraltro destinati ad incrementare come segnalato in Europa ed in USA, rendono necessari l'adozione di modelli organizzativi flessibili, in rapporto alle differenti realtà del paese, volti a realizzare un *network assistenziale* che includa tutti gli operatori tecnici (Medici di Medicina Generale, Internisti e Cardiologi ospedalieri) dislocati in snodi critici del percorso diagnostico/terapeutico transitato da questi pazienti. Requisito



indispensabile per rendere efficace una rete assistenziale così pensata è la condivisione di un omogeneo bagaglio culturale tra questi operatori tecnici con adozione nella pratica clinica di linee guida comuni *su come fare diagnosi di scompenso cardiaco, quando ospedalizzare e quando dimettere il paziente con*

*scompenso cardiaco, come impostare un piano terapeutico al meglio delle conoscenze attuali, come riconoscere e trattare le cause di instabilità clinica.*

Avendo tutto questo in mente si è cercata in prima istanza la collaborazione della Società Italiana di Medicina Generale. Insieme sono state realizzate, con il sostegno della Bristol-Myers Squibb:

- *Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco in Medicina Generale*, stampate in circa 2.000 copie (Fig. 2);
- *Guida per il Paziente con Scompenso Cardiaco*, un breve manuale informativo per il paziente per una appropriata gestione della malattia.

A partire da questa prima entusiastica collaborazione tra Società Scientifiche sono state progettate altre iniziative culturali congiunte volte alla implementazione di queste linee guida tra i Medici di Medicina Generale che sono da realizzare nei prossimi mesi.

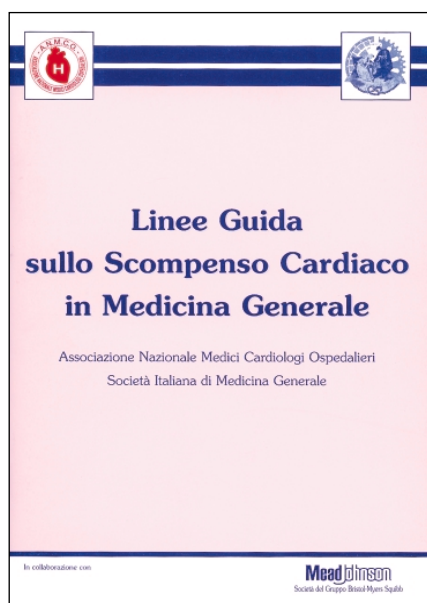


Fig. 2

### PROGETTO FORUM DI AGGIORNAMENTO INTERATTIVO ANMCO - FADOI "SCOMPENSO CARDIACO: DAI DATI EPIDEMIOLOGICI ALLA SELEZIONE DI APPROPRIATI Percorsi DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI"

Si tratta di una iniziativa congiunta ANMCO Area Scompenso Cardiaco e Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (Fig. 3), sostenuta dalla Zeneca, che ha i seguenti obiettivi:

- fornire ai cardiologi ed internisti ospedalieri una occasione di discussione e di confronto su aspetti organizzativi e clinici relativi allo scompenso cardiaco
- selezionare comuni ed appropriati percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti ospedalizzati con scompenso cardiaco.

È stato adottato il seguente modello organizzativo:

- i Forum si svolgeranno in 10 città italiane nel periodo marzo-dicembre 1999 secondo un calendario riportato in Tabella 1.

Ogni Forum a numero programmato, 80 Discussant tra cardiologi ed internisti ospedalieri, si terrà in due giorni secondo un programma predefinito sui seguenti temi:

- Tema 1: Epidemiologia e modelli organizzativi per la gestione del paziente con scompenso cardiaco
  - Tema 2: Dai modelli fisiopatologici ad una appropriata valutazione clinica
  - Tema 3: La terapia dello scompenso cardiaco
  - Tema 4: Le nuove prospettive farmacologiche. Il trapianto cardiaco e le alternative chirurgiche
- Per ogni tema trattato sono stati individuati 4 coordinatori; i temi dovranno essere sviluppati in modo prevalentemente pratico. I Coordinatori avranno il compito di selezionare il pacchetto didattico (diapositive, lucidi, raccolta bibliografica) di introdurre i temi mediante una breve presentazione anche con l'ausilio di casi clinici e di stimolare la discussione tra i partecipanti.

TAB. 1

#### FORUM DI AGGIORNAMENTO ANMCO-FADOI SULLO SCOMPENSO CARDIACO

REGIONI	CITTÀ	SEDE	DATA
Campania/Molise	Napoli	Royal Continental	26/27 Mar.'99
Puglia/Basilicata/Calabria	Bari	Sheraton Nicolaus	16/17 Apr.'99
Lazio/Abruzzo	Roma	Sheraton	8/19 Giu.'99
Lombardia	Milano	Hotel Galles	25/26 Giu.'99
Sicilia I	Taormina	Ramada Giardini Naxos	2/3 Lug.'99
Sicilia II	Palermo	Hotel Astoria	17/18 Set.'99
Veneto/Friuli/Trentino	Padova	Sheraton Padova	1/2 Ott.'99
Sardegna	Porto Cervo	Hotel Cervo	15/16 Ott.'99
Toscana/Emilia Romagna	Bologna	Royal Hotel Carlton	29/30 Ott.'99
Piemonte/Liguria	Genova	Starhotel President	19/20 Nov.'99

Fig. 3





I Discussant in numero di 20 per gruppo, riceveranno in anticipo la raccolta bibliografica e ruoteranno in maniera casuale in ognuna delle sale dove si svolgeranno i temi suddetti.

### PROGETTO PRODUZIONE DI STRUMENTI PROFESSIONALI UTILI PER LA PRATICA CLINICA E L'AGGIORNAMENTO

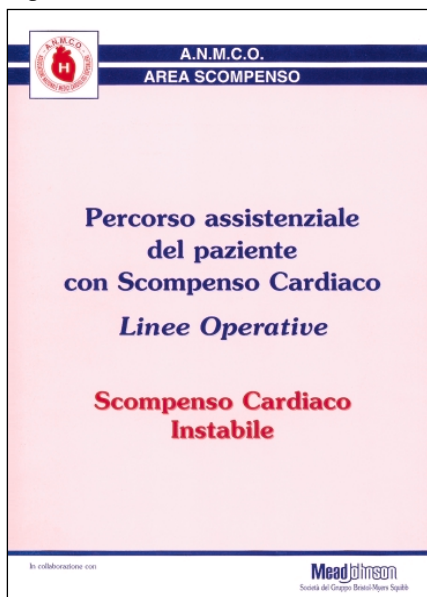
Dopo la realizzazione del *Manuale-Diario ANMCO per il Paziente con Scompenso Cardiaco* (Fig. 4) diffuso



Fig. 4

in circa 7.000 copie presso tutte le Unità Operative di Cardiologia che ne avevano fatto richiesta e della constatazione del suo apprezzamento da parte dei molti utilizzatori abituali, è stato realizzato un altro strumento utile per la pratica clinica quotidiana.

Fig. 5



Si tratta delle *Linee Operative per il Trattamento del Paziente con Scompenso Cardiaco Instabile* (Fig. 5), un manuale operativo per il cardiologo ospedaliero che fornisce una guida pratica su: *definizione di scompenso cardiaco instabile e scompenso cardiaco refrattario, cause di instabilità clinica e correttivi da intraprendere nel paziente ambulatoriale, indicazioni al ricovero ospedaliero, messa in atto del piano di terapia, sorveglianza dell'evoluzione, definizione di un programma a medio termine*. Le prime 5.000 copie saranno disponibili in occasione del prossimo Congresso ANMCO.

Per facilitare l'aggiornamento sui molti campi in continua evoluzione nell'am-

bito dello scompenso cardiaco è stata realizzata la *Rassegna Bibliografica Medline* (Fig. 6), sostenuta dalla Pfizer. È una raccolta trimestrale degli abstract degli articoli pubblicati sulle maggiori riviste internazionali ordinati per argomento (*epidemiologia, fisiopatologia, clinica, terapia, aspetti organizzativi, etc.*), curata dal Dott. Roberto Pozzi che ringrazio per la sua preziosa collaborazione, con una tiratura di 2.000 copie ciascuna.

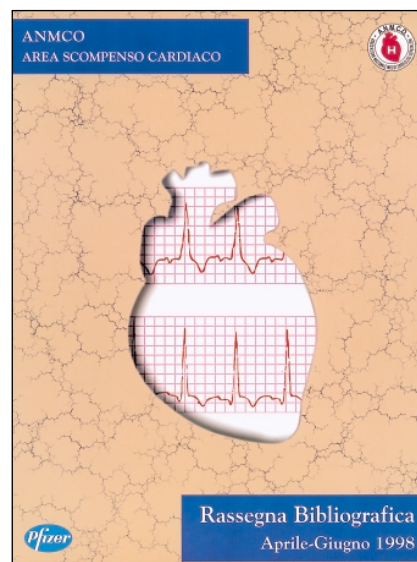


Fig. 6

### ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PRESSO IL LEARNING CENTER

Il 9 - 10 ottobre 1997 ed il 29 - 30 settembre 1998 si sono svolti presso il Learning Center dell'ANMCO i corsi su *Terapia dello Scompenso Cardiaco Avanzato* che hanno avuto una buona partecipazione grazie ai Relatori coinvolti di nota efficacia: Alessandro Boccanelli, Giuseppe Cacciatore, Antonello Gavazzi, Carlo Campana, Massimo Pozzoli, Maria Frigerio, Maurizio Mangiavacchi, che ringrazio per la loro disponibilità.

Sono in fase di programmazione:

- Corso su *Scompenso Cardiaco di Origine Diastolica*, coordinato dal Prof. Rusconi e dal Dott. Faggiano;
- *Forum di Aggiornamento su Diagnosi e Trattamento dello Scompenso Cardiaco da Disfunzione Ventricolare Sinistra di Origine Ischemica*.

### DATABASE ANMCO SCOMPENSO CARDIACO

Sono 148 i Centri che utilizzano il software giunto alla sua seconda versione. Disponiamo dei dati relativi a 8.700 pazienti per un totale di oltre 27.000 visite ambulatoriali, dati aggiornati al mese di dicembre 1998.

Abbiamo pertanto un potente strumento per fare ricerca insieme, in continua espansione. Tutti i partecipanti all'Italian Network - Congestive Heart Failure sono invitati a proporre analisi dei dati disponibili con l'obiettivo di realizzare una pubblicazione scientifica.

Un dato su cui meditare. Su 3.327 pazienti per i quali abbiamo i dati di follow-up la mortalità totale ad un anno

è stata del 16,3%, variando dal 11,4% nei pazienti in classe NYHA I - II al 26,8% per quelli in classe NYHA III - IV. Una mortalità ancora elevata se consideriamo che questi pazienti hanno un trattamento farmacologico ritenuto ottimale in base alle linee guida: diuretici (87%), ACE-inibitori (82%), digitale (69%), beta-bloccanti (11%), con una adeguata dose media di mantenimento per gli ACE-inibitori pari a  $15 \pm 9$  mg/die per l'enalapril,  $71 \pm 45$  per il captopril e  $13 \pm 8$  per il lisinopril.

## ATTIVITÀ DI RICERCA

### *Registro Mitral Repair/Replacement in Chronic Left Ventricular Dysfunction (MIRACLE)*

È una iniziativa congiunta ANMCO / International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT) che ha come obiettivo la valutazione del management attuale per il paziente con significativa insufficienza mitralica e disfunzione ventricolare sinistra.

### *Studio su Outcome del paziente con Scompenso Cardiaco in relazione all'Utilizzo delle Risorse per la diagnosi ed il trattamento (OSCUR)*

È uno studio pianificato e condotto dall'ANMCO ligure in collaborazione con l'Associazione dei Medici Internisti Ospedalieri della Liguria con il patrocinio dell'ANMCO nazionale. È previsto l'arruolamento di tutti i pazienti ricoverati per SC nell'arco di sei mesi presso le unità operative di Cardiologia e di Medicina Interna della Liguria con un follow-up semestrale per tre anni ed ha come obiettivo quello di valutare:

- la prevalenza dello SC sui ricoveri ospedalieri delle unità operative di Cardiologia e di Medicina Interna;
- l'assorbimento di risorse del paziente con SC in rapporto alla tipologia del ricovero;
- il percorso diagnostico-terapeutico utilizzato in Cardiologia e in Medicina Interna per la gestione del paziente con SC;
- l'outcome del paziente con SC in rapporto a dove verrà seguito il paziente in follow-up ambulatoriale: Cardiologia, Medicina Interna, ambulatorio del Medico di Medicina Generale.

## ATTIVITÀ SCIENTIFICA

Lo Studio sull'Epidemiologia Ospedaliera dello Scompenso cardiaco in Italia (SEOSI) è stato pubblicato su *European Heart Journal* 1997;18:1457-1464.

Sono stati inviati in valutazione o accettati 13 abstract con i dati raccolti nel Database ANMCO Scompenso Cardiaco ai seguenti Congressi: American College of Cardiology 1998 (2); European Society of Cardiology 1998 (5); ANMCO 1998 (6).

È in pubblicazione nei prossimi mesi un editoriale su Heart.

## STUDI INTERNAZIONALI

### *ReSOLVD pilota*

Hanno partecipato 9 centri che hanno arruolato 100 pazienti su 788 coinvolti nello studio; lo studio è stato inviato in valutazione a *Circulation*.

### *SPICE Registro*

Hanno partecipato 9 centri, in totale sono stati arruolati 700 pazienti. Lo studio è stato inviato in valutazione a *Circulation*.

### *Studio Val-HeFT*

Partecipano 38 centri che hanno arruolato fino ad oggi 467 pazienti.

## LE PROSSIME INIZIATIVE

### *Statement ANMCO su diagnosi e trattamento dello Scompenso Cardiaco da disfunzione ventricolare sinistra di origine ischemica*

È in fase di revisione, sarà inviato al più presto in valutazione al *Giornale Italiano di Cardiologia*.

### *Studio congiunto ANMCO-FADOI sull'epidemiologia del ricovero ospedaliero per scompenso cardiaco in Italia*

A fronte di un numero crescente di studi che segnalano il costante incremento negli anni della prevalenza del ricovero ospedaliero per scompenso cardiaco (SC) nella popolazione sia in USA che in Europa, non disponiamo ancora di dati sufficienti per descrivere adeguatamente i molteplici determinati epidemiologici.

Per l'Italia informazioni parziali al riguardo provengono dal Ministero della Sanità, esposti in precedenza, e da due studi condotti dall'ANMCO: lo studio su l'Epidemiologia ed Assorbimento di Risorse per Ischemia miocardica, Scompenso cardiaco ed Angina (EARISA) e lo Studio sull'Epidemiologia Ospedaliera dello Scompenso cardiaco in Italia (SEOSI).

Lo studio EARISA condotto dall'ANMCO nel 1996 ha evidenziato che in un periodo di 12 giorni sono stati dimessi, dall'81% delle Unità Operative di Cardiologia del Paese partecipanti allo studio, 6.030 pazienti di cui 1.089 (18%) con diagnosi di SC, con una mortalità intraospedaliera del 4%. Questo studio ha dimostrato che nei pazienti con SC:

- vi è un sottoutilizzo inappropriato sia delle procedure diagnostiche a più alto contenuto tecnologico (ecostress, scintigrafia miocardica, cateterismo destro, coronarografia) che di quelle terapeutiche (PTCA, by-pass aorto-coronarico);
- vi è una sostanziale variabilità del percorso diagnostico invasivo in rapporto alla dotazione tecnologica di cui dispone la struttura cardiologica.

Non disponiamo di dati relativi all'impiego dei trattamenti farmacologici durante la degenza ed alla dimissione perché questo non rientrava tra gli obiettivi dello studio.

Lo studio SEOSI condotto dall'ANMCO nel 1994 ha

raccolto dati relativi a 3.921 pazienti con SC osservati nell'arco di 12 giorni (in ambulatorio o ricoverati) del 54% delle strutture cardiologiche del paese partecipanti allo studio, fornendo informazioni solo relative alla eziologia della malattia ed all'impiego percentuale dei farmaci.

Non sono disponibili informazioni circa il *pattern* di cura per i pazienti con SC, in particolare la percentuale dei pazienti esclusi dal trattamento farmacologico per controindicazioni e la frequenza di utilizzo del trattamento nei pazienti ideali e non ideali.

Inoltre entrambi gli studi hanno il limite di fornire informazioni solo parziali circa la gestione ospedaliera dei pazienti ricoverati per SC poiché come è noto solo una minoranza di questi vengono ricoverati presso le strutture cardiologiche, mentre la grande maggioranza sono assistiti presso le Unità Operative di Medicina Interna.

I dati dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia relativi al 1995 indicano che su 15.476 pazienti dimessi con diagnosi di SC solo 3.219 (21%) vengono dimessi dalle strutture cardiologiche. È evidente quindi che al fine di poter descrivere in modo appropriato la epidemiologia del ricovero ospedaliero per SC in Italia è opportuno coinvolgere in uno studio osservazionale anche le Unità Operative di Medicina Interna.

Obiettivi dello studio proposto:

Lo studio ha l'obiettivo di fotografare la realtà assistenziale italiana nella gestione ospedaliera dello SC acquisendo informazioni uniche circa i modelli organizzativi ed il *pattern* di cura adottato per questi pazienti ricoverati presso le strutture cardiologiche e internistiche. Un *database* costruito con questo scopo permetterà inoltre di varare iniziative su temi definiti per priorità di miglioramento continuo della qualità delle cure per i pazienti ospedalizzati con SC.

Lo studio proposto valuterà nella realtà ospedaliera italiana:

- tipologia del ricovero ospedaliero per SC
- prevalenza delle cause di ospedalizzazione per SC
- prevalenza dei trattamenti farmacologici prima del ricovero ospedaliero
- utilizzo percentuale dei trattamenti farmacologici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche raccomandati dalle linee guida cliniche durante il ricovero ed alla dimissione
- percentuale dei pazienti esclusi dal trattamento/procedura raccomandato dalle linee guida cliniche per controindicazioni e la frequenza di utilizzo del trattamento/procedura nei pazienti ideali e non ideali
- determinanti clinico-epidemiologiche del sottoutilizzo dei trattamenti e delle procedure raccomandati dalle linee guida cliniche per i pazienti ideali
- mortalità intraospedaliera ed a 6 mesi
- percentuale di riammissione ospedaliera per SC entro 6 mesi dalla dimissione e delle relative determinanti clinico-epidemiologiche.

Modalità dello studio proposto:

- Studio osservazionale di breve durata (15 giorni) invitando a partecipare tutte le Unità Operative di Cardiologia e di Medicina Interna ospedaliere italiane e selezione di un campione rappresentativo
- Scheda di raccolta dati semplificata con pochi ed essenziali item sull'organizzazione ed il processo di cura da compilare alla dimissione del paziente con SC allegando la fotocopia della scheda di dimissione ospedaliera e della lettera/cartellino di dimissione
- Follow-up a 1, 3 e 6 mesi dalla dimissione utilizzando una scheda di raccolta dati di una sola pagina.

### **Programma di Collaborazione con l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardistirolazione**

Sulla base delle recenti segnalazioni sull'efficacia del pacing biventricolare o del ventricolo sinistro in pazienti con scompenso cardiaco severo è stato varato un programma di collaborazione con l'AIAC con i seguenti obiettivi:

- revisione critica congiunta della letteratura sul ruolo del pacing nel trattamento dello scompenso cardiaco severo da pubblicare sul GIC
- elaborazione di un protocollo di studio in pazienti con scompenso cardiaco severo per la valutazione degli effetti del pacing biventricolare e del ventricolo sinistro su end point surrogati quali classe NYHA, capacità di esercizio, frazione di eiezione e volumi ventricolari, assetto neuroormonale ed emodinamico.

### **Effetti dell'Omapatrilat versus Lisinopril sui volumi del ventricolo sinistro e sul profilo neuroormonale in pazienti con scompenso cardiaco**

Si tratta di uno studio clinico randomizzato in doppio cieco che ha l'obiettivo di valutare gli effetti di un trattamento standard con un ACE-i (Lisinopril) rispetto all'Omapatrilat.

Quest'ultimo è un farmaco con attività di inibitore combinato dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) e della neutroendopeptidasi (NEP) coinvolta nella degradazione enzimatica del peptide natriuretico atriale (ANP) e della bradichinina, con incremento degli effetti di vasodilatazione, natriuresi ed anti-proliferazione cellulare.

Gli **end-point principali** dello studio sono:

- Volumi del ventricolo sinistro e frazione di eiezione
- Profilo neuroormonale: aldosterone, renina, BNP, ANP, norepinefrina, cGMA

Gli **end-point secondari** sono:

- Valutazione della classe funzionale NYHA
- Valutazione della capacità di esercizio al *6 minute walking test*
- Valutazione della qualità della vita
- Tollerabilità del trattamento definita come insorgen-

za di ipotensione sintomatica e necessità di interruzione del trattamento

- ospedalizzazione e mortalità secondari a scompenso cardiaco

È previsto l'arruolamento di 200 pazienti per ognuno dei bracci di trattamento. Il protocollo dello studio è in corso di valutazione.

Termino la sintesi del lavoro svolto in questo biennio con un ringraziamento non formale per i membri del Co-

mitato di Coordinamento 1997-1998: Dott.ssa Maria Cecilia Albanese, Dott. Marco Bobbio, Dott. Franco Ingrassia, Dott.ssa Cristina Opasich, Dott. Maurizio Porcu ed il Direttore del Centro Studi ANMCO Dott. Aldo Maggioni, con i quali ho condiviso, con sincera amicizia, l'entusiasmo e la passione nel progettare e realizzare le suddette iniziative.

Ringrazio inoltre la Sig.ra Monica Lorimer della Segreteria ANMCO che, con la sua simpatia e disponibilità, ha costituito un prezioso ed efficace collante per tutti noi.

## Aree ANMCO chi è interessato?

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

Socio ANMCO     Non Socio     Dirigente di II Livello     Dirigente di I Livello     Altro

### Indirizzo abitazione:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

### Notizie sulla Struttura:

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

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

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

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

### sono interessato alla seguente Area:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie     | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica           | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza |
| <input type="checkbox"/> Area Genetica    | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità | <input type="checkbox"/> Area Nursing           |
| <input type="checkbox"/> Area Prevenzione | <input type="checkbox"/> Area Scompenso Cardiaco   |   |

Ai sensi dell' Art. 10 della legge 675/96 la informiamo di quanto segue. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter offrire tutti i propri servizi ed in mancanza degli stessi sarebbe preclusa la stessa possibilità di effettuare alcuna iscrizione. I dati vengono trattati presso la sede di ANMCO, anche in modo informatico, e vengono comunicati, per motivi inerenti all'attività istituzionale, a società del gruppo, tra cui ECO, società di servizi che è altresì responsabile dei trattamenti di cui sia titolare ANMCO e che opera anche nell'ambito del settore di organizzazione di convegni a carattere scientifico. È possibile inoltre che i dati siano comunicati da ANMCO a terzi, in particolare a Case Editrici che si occupino del trattamento finalizzato alla spedizione delle riviste dell'Associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre Associazioni, anche estere.

La informiamo che, ai sensi della l. n. 675/96, citata, la mancata prestazione di un suo specifico consenso a tali forme di comunicazione ne impedisce l'esercizio. **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 soltanto dietro presentazione di (un ulteriore) specifico consenso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (cfr., ad esempio, l'annuario degli associati o eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica, ovvero, più semplicemente, su supporto cartaceo.

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

- DO IL CONSENSO  
 NEGO IL CONSENSO

CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI

- DO IL CONSENSO  
 NEGO IL CONSENSO    Firma \_\_\_\_\_





## Dall'America Latina (e da Circulation) una proposta di trial sugli effetti della GIK nei pazienti con infarto miocardico acuto

**L**a pubblicazione (commentata con un editoriale) del trial pilota condotto in Argentina sugli effetti della GIK nei pazienti con infarto miocardico, ricordato nel titolo, riporta in assoluto primo piano, la "vecchia" (ma molto nota e diffusa) strategia basata sulla infusione di questa terapia. L'interesse dei risultati e delle prospettive non potrebbe essere più grande, ed in un certo senso originale:

- 1) all'incrocio dei trattamenti biologicamente, tecnologicamente, farmacologicamente più avanzati del post-IMA si ripropone una rigorosa verifica sperimentale (su basi fisiopatologiche più chiare) di una conoscenza che ha fatto parte in modo non-controllato delle convinzioni e della pratica clinica di moltissime cardiologie nel mondo;
- 2) la riproposta arriva alla attenzione internazionale da un "collettivo" di colleghi-ricercatori clinici che è cresciuto (anche sull'esempio-chiave dell'esperienza dell'ANMCO nel GISSI) in modo tale da far coincidere le domande e le esigenze della routine con quella della ricerca più avanzata.

Questa volta la tradizionale conclusione degli articoli esplorativi ("è necessario un trial più grande...") è da prendere in modo estremamente serio: un trial esiste, è già nelle sue fasi iniziali di randomizzazione in America Latina, è proposto (ed in linea di principio accettato) in molti altri Paesi del mondo, Stati Uniti inclusi.

Anche questo è un aspetto originale-fondamentale: come anni fa per il GISSI, un "Sud" diventa promotore di ricerca-conoscenza a livello globale.

Per questo motivo, la proposta è quindi ancor più esplicitamente rivolta alla cardiologia ospedaliera italiana: l'invito non è solo un auspicio generico, ma una **richiesta formale** da parte dello Steering Committee dello studio di avere un **braccio italiano**: lo studio è


estremamente semplice (ritorno allo stile GISSI-1, di cui sempre Circulation, con un editoriale esemplare, celebra recentemente i 10 anni), non-sponsorizzato, e senza supporti economici, se non per il coordinamento. Dovrebbe (per coerenza-nostalgia-senso di autonomia e condivisione professionale) essere una ulteriore buona ragione per mandare l'adesione al trial.

Nella sinopsi dello studio pubblicata qui di seguito, ci sono tutte le indicazioni necessarie per chi volesse partecipare alla iniziativa.

Per ulteriori chiarimenti potete contattare:

Aldo Maggioni - Centro Studi ANMCO

tel. 055 5001703 - fax 055 583400 - email: maggioni@anmco.it



### GIK 2 International Trial

ECLA

---

**Admission**

↓

**Inclusion criteria**

- Suspected AMI less than 12 Hs from symptom onset
- ST elevation  $\geq 1$  mm in two limb leads or  $\geq 2$  mm in two contiguous precordial leads or LBBB
- A reperfusion strategy (thrombolytics or primary PTCA) has been planned as the initial treatment of the indexatory AMI

**Exclusion criteria**

- Type I Diabetes
- Known Hyperkalemia
- Previous randomization in the GIK 2 trial

---

**Randomization**

↓

After written informed consent has been obtained and the Randomization Form completed, please call the **ECLA Randomization Centre** at +54 41 492433 to obtain the allocated treatment through an IVRS system in multiple languages.

**Treatments**

<p style="text-align: center;"><b>GIK</b></p> <p style="text-align: center;">25 % glucose 500 ml + 25 IU of soluble insulin + CIK 40 mmol/mEq at 1.5 ml/Kg/hrs</p> <p style="text-align: center;">during 24 hrs.</p> <p style="text-align: center;">or</p> <p style="text-align: center;">30 % glucose 500 ml + 30 IU of soluble insulin + CIK 48 mmol/mEq at 1.2 ml/Kg/hrs</p> <p style="text-align: center;">during 24 hrs.</p>	<p><b>CONTROL</b></p> <p>(Standard hydration)</p>
---	---

- Start GIK infusion before, during or immediately after thrombolytic is started
- Start GIK infusion before primary PTCA is started.
- Obtain ECG and blood samples for glucose and potassium before starting the GIK infusion
- Stop infusion after 24 hrs. For those patients allocated to GIK, we strongly recommend to continue for at least 2 hrs with glucose 10 % without insulin to avoid potential hypoglycemia.

---

**Evolution**

↓

- Complete CRF pages 1, 2 and 3 within 7 days of: 30 days post-enrollment or death, whichever comes first.
- Send by FAX to ECLA Coordinating Centre completed CRFs pages 1, 2 and 3 (+ 54 41 242071)
- File in the patient's CRF folder the originals of pages 1, 2 and 3 and admission, 90 minutes and pre-discharge / death ECGs.

**ECLA COORDINATING CENTER - Bv. OROÑO 500 - 2000 ROSARIO - ARGENTINA**

TEL: +54 41 493045 - FAX: +54 41 242071 - e-mail: ecla@satlink.com



## DALLE REGIONI

LAZIO

di Salvatore Fabio Vajola

**Notizie e future iniziative**

**S**ubito dopo l'insediamento e la nomina del Delegato Regionale il nuovo Consiglio Direttivo, ha effettuato un'analisi critica della situazione dell'Associazione nell'ambito regionale. Dopo un ampio dibattito protrattosi per due riunioni si è convenuto unanimemente di rinvigorire l'attività dell'Associazione, combattendo un certo qual disimpegno degli associati manifestatosi in questi ultimi tempi, coinvolgendo il maggior numero possibile di colleghi in attività scientifiche, culturali e organizzative.

Tutti i membri del Direttivo sono stati concordi sulla necessità di stabilire un contatto diretto continuo e proficuo con tutti gli associati, instaurando anche un flusso continuo di informazioni dal Direttivo alla base.

In questa ottica il Delegato Regionale ha lasciato una lettera a tutte le strutture cardiologiche ospedaliere, con la richiesta di indicare un collega disponibile ed attivo come referente. La risposta è stata soddisfacente. Una prima riunione con i referenti si è tenuta in occasione del Convegno "Cardiologia per Immagini", il secondo incontro è programmato per il 16.12 in occasione del Convegno SIC all'Hotel Hilton di Roma. Il bollettino regionale riprende la sua pubblicazione.

Il Delegato Regionale invierà un riassunto delle discussioni e decisioni del Consiglio Nazionale a tutti i referenti. Il programma culturale è articolato in tre convegni: il primo avrà luogo il 23.01.1999 al Grand Hotel di Roma, argomento "lo Scopenso Cardiaco"; il secondo si terrà nel mese di maggio congiuntamente ai colleghi cardiocirurghi; e il terzo nel mese di ottobre e l'argomento verterà sulle "Sindromi Ischemiche Acute".

All'Hotel Fleming in Roma il 26. 11.98 vi è stata una riunione con i rappresentanti di 23 UTIC del Lazio in cui dopo un'introduzione del Delegato Regionale, il Dott. Marco Tubaro Segretario del Consiglio Direttivo Nazionale ha illustrato gli scopi e le modalità dello studio ATTACK. Le UTIC aderenti sono state dotate di PC, Modem e connessione a Internet per creare la prima rete informatica-teleomatica delle UTIC in sede regionale. Inoltre, sono state dotate di un software "CUP" gentilmente fornito dalla Merck Sharp & Dohme.

LIGURIA

di Raffaele Griffo

**Attività della Sezione Regionale Ligure dell'ANMCO**

**I**l Direttivo Regionale per il biennio 1998-2000 ha dedicato le sue prime riunioni alla definizione degli obiettivi da perseguire durante il suo mandato. Ha anche ritenuto opportuno attivare una modalità informativa degli iscritti non strutturata ma capillare mediante l'invio di una news-letter periodica. Lo stesso strumento verrà utilizzato per far conoscere tempestivamente ai soci quanto viene discusso in Consiglio Nazionale.

Per quanto riguarda le attività regionali, il Direttivo ha l'intendimento, muovendosi nel filone delineato dall'Associazione, di impegnarsi su alcuni punti:

- 1) proseguire la fruttuosa collaborazione instaurata con la Regione Liguria, Dipartimento della Programmazione, insieme a SIC, ANCE, FIMMG e SIMMG relativamente all'adattamento e alla successiva implementazione delle Linee Guida nazionali, per il momento limitatamente allo Scopenso Cardiaco Cronico (SCC), nella nostra regione. Il progetto, sollecitato dall'ANMCO Ligure e accolto con estremo interesse dall'Assessorato, è in fase di avanzata elaborazione. Sulla base delle Linee Guida nazionali, la Commissione congiunta tra Regione e Associazioni ha elaborato delle flow-chart sulla gestione del paziente con SCC, inserito in un circuito di "disease management" che coinvolge medico di famiglia, specialista extra-ospedaliero, Pronto Soccorso e Ospedale, sottolineando in particolare l'appropriatezza degli interventi e la continuità assistenziale. Il progetto prevede una successiva fase di sperimentazione in aree pilota, con l'individuazione dei punti critici e la possibilità da parte dell'ente programmatore di individuare di concerto con le associazioni prima citate, gli interventi correttivi mediante investimenti mirati. Sono

- giunte invece in fase conclusiva le Linee Guida per gli interventi cardiocirurgici in emergenza, in cui il precedente Direttivo era stato fortemente coinvolto, di cui si è in attesa della diffusione ufficiale;
- 2) sul fronte sindacale, si tenterà di inserire i soci ANMCO, in qualità di firmatari del contratto con la sigla FesMed, nei tavoli sindacali delle singole aziende (come avviene già in alcune Aziende USL della regione). A questo scopo i soci sono stati informati sulle procedure;
  - 3) per le attività culturali, le iniziative saranno su vari livelli:
    - a) prosecuzione dell'iniziativa del Congresso annuale regionale congiunto con SIC e ANCE. Il primo si è svolto quest'anno ad Arenzano e ha ottenuto grande successo. Nella nostra regione, data la modestia numerica dei soci delle singole associazioni, le iniziative isolate sono sempre risultate di modesto impatto. Gli eccellenti rapporti locali con la SIC (con la quale sono in corso iniziative per coinvolgere maggiormente gli ospedali nella Scuola di Specializzazione) e l'ANCE, i cui direttivi sono costantemente impegnati ad armonizzare le iniziative culturali regionali, rendono molto agevole l'iniziativa. L'organizzazione di questo congresso è a rotazione (nel '99 sarà a cura dell'ANMCO). Il direttivo sta analizzando i temi da proporre;
    - b) assemblea riservata ai soci ANMCO su argomenti gestionali organizzativi Dipartimenti, DRG, censimento, Linee Guida, Appropriatezza, Standard e VRQ);
    - c) incontri a diffusione capillare con le Associazioni dei Medici di famiglia sulle Linee Guida sulla cardiopatia Ischemica cronica e sullo scompenso. Tali incontri saranno a prevalente componente educativo-culturale, a piccoli gruppi interattivi e con la partecipazione "obbligatoria" dei cardiologi ospedalieri di riferimento territoriale. Quest'iniziativa di implementazione delle Linee Guida sembra per il Direttivo Regionale l'unica oggi percorribile per migliorare la pratica clinica. Appena disponibili e ufficializzate le Linee Guida sull'appropriatezza della richiesta di esami cardiologici, anch'esse saranno l'oggetto di queste riunioni;
    - d) saranno anche stimulate e favorite tutte le iniziative di aggiornamento rivolte al problema dell'emergenza (e relative certificazioni in BLS e ACLS) e al "recupero" da parte della cardiologia del problema Ipertensione Arteriosa. A questo scopo il direttivo ha invitato i soci aderenti alle rispettive Aree a farsi promotori di iniziative locali. Un'iniziativa di grande interesse è in corso per creare consapevolezza e interesse sulle emergenze mediche e inserire nei programmi scolastici dell'area genovese modalità formative sulle emergenze cardio-respiratorie;
    - e) il Direttivo ha anche indicato come prioritaria la conclusione positiva del protocollo "OSCUR" che impegna buona parte dei nostri reparti e sollecita in modo continuo i soci a collaborare per una buona riuscita dello stesso. I soci sono anche stati invitati a farsi promotori di ulteriori studi regionali e a suggerire idee di simposi per il congresso nazionale (ben tre proposte articolate raccolte in pochi giorni!);
  - 4) dal punto di vista "politico" è stata riportata l'attenzione su due argomenti da sempre alla ribalta:
    - a) l'insufficiente sviluppo della Riabilitazione Cardiologica nella nostra Regione ricordando che il Documento congiunto ANMCO-SIC la prevede come unica alternativa degenziale cardiologica alle UTIC e come snodo essenziale nella costruzione di una moderna ed efficace organizzazione della cardiologia. Sul problema l'Assessorato ha mostrato ancora una volta ampia disponibilità con l'inserimento di un progetto ad hoc nel Piano Sanitario Regionale in corso di elaborazione avanzata (presentazione prevista a fine novembre);
    - b) il problema della Cardiocirurgia (e, di riflesso, sull'Emodinamica) della nostra regione: l'argomento presenta molti aspetti conflittuali: i rapporti tra le Cardiologie e la Cardiocirurgia ospedaliera sono in molti casi "difficili" e non collaborativi, sono ritornate le liste di attesa, molti pazienti continuano per varie ragioni ad emigrare fuori regione. Cardiologi, cardiocirurghi e spesso anche i pazienti sono in una situazione di disagio e di disorientamento. Il Direttivo ha già espresso in Regione le sue preoccupazioni. Operativamente, oltre al compimento del potenziamento già previsto per l'unica Cardiocirurgia regionale pubblica, si è deciso d'accordo con la Regione di valutare dapprima in modo corretto il reale fabbisogno regionale e successivamente creare delle Linee Guida sull'appropriatezza delle procedure di rivascolarizzazione.

## IL RUOLO DELLA SCUOLA NELLE EMERGENZE CARDIOVASCOLARI E RESPIRATORIE

**P**arlare di ruolo della scuola nelle emergenze cardiorespiratorie può sembrare strano... Eppure i presupposti ci sono, poiché se il "ritardo evitabile" si è ridotto (per quanto riguarda la parte dei soccorritori e dei sanitari) tanto da garantire al 70% degli infartuati la possibilità di trombolisi, un trattamento che può ridurre la mortalità e la gravità degli esiti di un infarto del miocardio, ancora troppi pazienti non riescono a giovarsene a causa del ritardo decisionale dovuto all'incertezza dei "non addetti ai lavori" (il paziente stesso, i parenti, i soccorritori occasionali...), che spesso sono i primi a dover agire in caso di necessità.

La cultura del primo soccorso nel nostro Paese, non è ancora abbastanza diffusa; è proposta ai Volontari delle Pubbliche Assistenze o ad altri gruppi di volontariato che operano nel settore, ma non è ancora stato preparato un piano d'informazione omogenea e capillare che permetta a quante più persone possibili, in caso di soccorso ad uno sconosciuto, di ridurre sensibilmente le conseguenze di un infarto, un arresto cardiaco, una sincope, una crisi asmatica.

Dopo aver realizzato (dal 1985) numerosi programmi d'educazione alla salute dedicati specialmente alla prevenzione primaria cardiovascolare, attraverso lo studio e le possibilità di modifica degli stili di vita e delle abitudini alimentari dei giovani (studenti delle medie e delle scuole superiori del Comune di Genova), abbiamo iniziato (dal 1995) a verificare quale fosse, in tali giovani, il grado di conoscenza delle nozioni di primo soccorso cardiorespiratorio (BLS o Basic Life Support).

Un questionario molto semplice, a risposte multiple, fu proposto (nel biennio scolastico 1994-96) a circa 800 studenti di terza media, 125 allievi infermieri del terzo anno (di due scuole diverse), 100 adulti scelti casualmente fra i visitatori di un ospedale e 380 giovani delle superiori.

Negli anni scolastici successivi la ricerca ha coinvolto ancora circa altri 700-800 studenti l'anno negli istituti superiori della città (Licei Classici, Scientifici, Artistici, Istituti Tecnici...); oltre 800 nell'ultimo anno 97/98.

La domanda centrale ("Cosa faresti se...?") mirava ad evidenziare quale sarebbe stata la prima reazione degli intervistati nel caso si fossero trovati a dover soccorrere uno sconosciuto colpito da infarto, arresto cardiaco, sincope, crisi respiratoria.

### INFARTO DEL MIOCARDIO E RITARDO EVITABILE

I risultati evidenziarono allora e confermano oggi che in caso di infarto il comportamento dei quattro gruppi studiati risulta molto simile: circa il 70-75% affrettrebbe al massimo il ricovero senza neppure aspettare il parere di un medico e senza perdere tempo prezioso. Siamo a buon punto, in questo settore...

*Pochi – meno del 30% – conoscono il sistema di emergenza (118); un ottimo strumento ancora sottoutilizzato.*

### VALUTAZIONE DI UNA PERSONA COLPITA DA SINCOPE

La ricerca di segni vitali (risponde? respira? il cuore batte?) ha messo in difficoltà un po' tutti, così che risulta la prima reazione nel 77% dei futuri infermieri, nel 52% degli adulti, nel 45% dei ragazzi ed in circa il 50% dei giovani liceali.

Ad oggi ci attestiamo su una media di reazioni adeguate superiore al 50%.

### CRISI D'ASMA

**Si tratta di una complicazione grave, anche se per fortuna rara, di una patologia abbastanza comune.**

**I dati dimostrano una conoscenza del problema ancora di grado insufficiente (62% di risposte corrette per gli adulti, 67% per gli allievi infermieri, 57% per i ragazzi delle medie e circa il 50% per quelli delle superiori).**

### ARRESTO CARDIACO: L'EMERGENZA ASSOLUTA

Di solito lo si collega al momento di una crisi cardiaca: invece la stessa emergenza si può verificare anche per un trauma toracico, una folgorazione, un caso di annegamento o di asfissia.

Poco più di dieci vitali minuti a disposizione, durante i quali spesso, in ambiente extraospedaliero, non può essere garantito l'intervento tempestivo di un'équipe di rianimatori esperti.

È il momento in cui il soccorritore dev'essere proprio la persona più vicina all'infortunato.

Per questo bisogna continuare a cercare di informare correttamente e – soprattutto – creare consapevolezza ed interesse per questo argomento.

La scuola è sicuramente un mezzo capillare ed omogeneo per diffondere un messaggio, ma bisogna lavorare insieme molto e continuare... come se l'argomento facesse parte dei programmi scolastici.

Poiché abbiamo rilevato che la credibilità di un messaggio, nel nostro campione, era del 36% in caso venisse dalla famiglia, del 28 dagli amici, del 20 dalla Tv, del 9 dalla stampa... abbiamo pensato che i ragazzi stessi avrebbero potuto diventare preziosi "testimonials" di fronte ai loro stessi coetanei. Con un gruppo di studenti del Liceo Artistico N. Barabino abbiamo iniziato a far presentare il problema del BLS ad altri studenti, con ottimi risultati in termini di interesse e partecipazione.

Stiamo continuando, grazie alla collaborazione del Provveditorato agli Studi, dei Dirigenti dell'ASL 3 Genovese, dell'Area Linguaggi del Comune di Genova e del Distretto 11, ma soprattutto grazie all'entusiasmo di molti Presidi ed Insegnanti e di moltissimi ragazzi e qualche cosa sta cambiando – in meglio – nella conoscenza di emergenze che, affrontate insieme, possono essere trattate nel modo più tempestivo e corretto, probabilmente salvando qualche preziosa vita in più.

*Antonio Magioncalda*

## DALLE REGIONI

**PIEMONTE-VALLE D'AOSTA****PROGRAMMA DI ATTIVITÀ ANMCO 1998/2000**

In occasione della Seconda Giornata di presentazione delle Linee Guida ANMCO, è stato rinnovato il Consiglio Direttivo ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta.

Sono stati eletti:

- **Dott.ssa M. G. Sclavo** - dirigit. I livello U.O. di Cardiologia ASL 4 Giovanni Bosco - Torino
- **Dott. M. Ivaldi** - dirigit. II livello U.O. di Cardiologia ASL 21 - Casale Monferrato
- **Dott. V. Freggiaro** - dirigit. II livello U.O. di Cardiologia ASL 20 - Tortona
- **Dott. E. M. Commodo** - dirigit. II livello U.O. di Cardiologia Az. Osp. CTO - Torino
- **Dott. C. Moretti** - dirigit. I livello U.O. di Cardiologia ASL 7 - Chivasso
- **Dott. G. Ugliengo** - dirigit. I livello U.O. di Cardiologia Azienda Ospedaliera S. Croce - Cuneo
- **Dott. R. Pozzi** - dirigit. I livello U.O. di Cardiologia Azienda Ospedaliera S. Luigi - Orbassano

Successivamente è stato eletto **Delegato Regionale** il **Dott. E. M. Commodo**.

**ATTIVITÀ ASSOCIATIVA**

L'ANMCO conta in Piemonte e Valle d'Aosta 275 soci di cui 230 ordinari e 45 aggregati; il 21% non ha ancora provveduto al versamento delle previste quote associative. La vita associativa è stata, sinora, attiva peraltro è emerso un certo malcontento per la mancanza di collegamento tra gli iscritti e gli organi rappresentativi dell'Associazione.

Analogo fenomeno è presente in altre realtà regionali, ma non per questo deve essere accettato. Il nuovo Consiglio Direttivo cercherà di attuare tutte quelle iniziative che possano portare alla soluzione di questo problema: è fondamentale infatti che ogni iscritto sia consapevole dell'importanza della vita associativa strumento e momento comune di superamento delle individualità per il raggiungimento di obiettivi comuni che possano determinare una maggiore visibilità del Cardiologo nei confronti delle altre figure mediche ed incrementare il peso dell'Associazione nei confronti dei pubblici amministratori.

Il nuovo Consiglio Direttivo ha previsto incontri con i Cardiocirurghi che nella Regione lavorano in strutture pubbliche o accreditate in modo che sia individuato, tra loro, il rappresentante che parteciperà alle riunioni del Consiglio Direttivo Regionale.

Si sono tenuti, nello stesso tempo, i primi incontri con i rappresentanti regionali della SIC finalizzati alla concretizzazione di un processo federativo Regionale avviando il coordinamento delle iniziative culturali e degli incontri con gli amministratori pubblici.

Il Delegato Regionale ed una rappresentanza del Direttivo sono stati ricevuti dall'Assessore alla Sanità della Regione Piemonte Dott. A. D'Ambrosio. In occasione dell'incontro è stato sottolineato che in una sanità in continua evoluzione, alla ricerca di soluzioni che assicurino, a tutte le fasce sociali, la qualità

e la congruità delle prestazioni con un equilibrato utilizzo delle risorse, solo una Società Scientifica che da anni si è impegnata nello sviluppo di una corretta gestione delle patologie Cardiovascolari attraverso studi multicentrici di valenza internazionale, elaborazione di Linee Guida, studi sui Carichi di Lavoro e che attraverso i suoi associati vive quotidianamente la realtà cardiologica pubblica, può garantire una competente e precisa informazione in campo di programmazione sanitaria nell'elaborazione dei criteri di accreditamento di strutture ed operatori.

L'Assessore ha espresso tutta la sua disponibilità ad un costruttivo dialogo con l'ANMCO e le altre Società Scientifiche.

**OBIETTIVI DEL NUOVO DIRETTIVO**

Il nuovo Direttivo si propone nel prossimo biennio di:

- Effettuare un collegamento informatico tra tutte le Unità Operative Autonome di Cardiologia della Regione con la creazione di una pagina elettronica. Ciò faciliterà la comunicazione tra i vari centri cardiologici regionali e consentirà all'ANMCO Regionale un miglior e più diretto collegamento con le varie Unità Operative.
- Completare il progetto ANMCO già iniziato dal precedente Direttivo sui Carichi di Lavoro che si è imposto all'attenzione degli amministratori e troverà il suo completamento con il programma "ANALISI DEI PERCORSI ASSISTENZIALI CARDIOLOGICI CON ANALISI PARTICOLARE PER L'ANGINA INSTABILE" e che coinvolgerà 17 strutture cardiologiche dotate di UTIC.
- Elaborare e proporre dipartimenti per la diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari che evitino la frammentazione delle UU.OO. di Cardiologia nei Dipartimenti di Medicina e/o di Emergenza-Urgenza. Ciò non per un'esigenza di tipo corporativo, ma perché risponde ad una serie di necessità reali quali competenze specifiche, utilizzo di tecnologie complesse e delicate, necessità di percorsi assistenziali esaustivi ed appropriati e richiesta di continuità assistenziale e terapeutica. Queste motivazioni trovano supporto nel peso epidemiologico delle cardiopatie e giustificano gli sforzi per la difesa delle strutture cardiologiche e la identificazione di Dipartimenti Cardiovascolari intra, extra ed interospedalieri in grado di soddisfare tutti i bisogni assistenziali, razionalizzando l'utilizzo delle strutture disponibili ed evitando una proliferazione non programmata e irrazionale di strutture ad alto costo gestionale e bassa utilizzazione.
- Farsi promotore di incontri con le altre Società Scientifiche per elaborare documenti sui criteri di accreditamento delle strutture e degli operatori recuperando il ruolo delle Società Scientifiche nelle decisioni tecniche ed organizzative.
- Ottenere da parte dell'Assessorato alla Sanità la presenza di un Cardiologo nel Comitato Regione dell'Emergenza. Considerando che almeno il 60% dell'emergenza medica è di origine cardiovascolare è opportuno che il Cardiologo intervenga nella gestione e pianificazione delle Emergenze Regionali.
- Organizzare in collaborazione con la SIC almeno due incontri annuali di tipo scientifico organizzativo.
- Organizzare uno o due Corsi extra-murali l'anno in Regione sfruttando la disponibilità in tal senso offerta dal LEARNING CENTER.

PER IL DIRETTIVO REGIONALE ANMCO  
PIEMONTE E VALLE D'AOSTA  
IL DELEGATO REGIONALE  
**Dott. E. M. Commodo**



## DALLE REGIONI

PUGLIA

di Sergio Pede



### Presentate in Assemblea le Linee Programmatiche della Sezione Regionale

**I**l 20 Novembre 1998 si è svolta a Bari, presso l'Aula dell'Istituto di Anatomia Patologica del Policlinico (sede storica delle riunioni dell'Associazione), l'Assemblea generale degli Associati Pugliesi.

Sergio Pede, in qualità di Delegato Regionale, ha illustrato le Linee Programmatiche elaborate dal Consiglio Direttivo per il biennio 1998-2000.

Il programma intende perseguire tre scopi, che sono, certamente, di carattere generale ma che hanno una notevole e qualificante valenza: aumentare il grado di **partecipazione** degli Associati, favorire il **coordinamento** delle iniziative scientifico-culturali sul territorio regionale, promuovere l'**organicità** dei rapporti con le Istituzioni.

Un primo strumento, funzionale al perseguimento di questi scopi generali, è stato individuato nella identificazione di "aree di competenza operativa", intese come specifici ambiti di attività e di responsabilità di ogni singolo componente del Consiglio Direttivo; ne è scaturita la seguente configurazione:

Francesco Bovenzi - organizzazione  
Gianfranco Ignone - cultura  
Rolando Mangia - realizzazione regionale dell'attività delle Aree  
Angelo Mascolo - editoria  
Claudio Perrone - gestione  
Margherita Sorino - segreteria.

Con queste premesse di ordine organizzativo e strategico sono state individuate le iniziative volte a dare concretezza operativa alle linee programmatiche:

- riunioni su tutto il territorio regionale finalizzate alla diffusione delle Linee Guida prodotte dall'Associazione;

- esperienze di adozione di queste Linee Guida nella pratica clinica;
- coordinamento delle iniziative di aggiornamento scientifico-culturale, garantendo riunioni in tutti gli ambiti provinciali, valorizzando le specifiche competenze, promuovendo la visibilità agli Associati impegnati nella ricerca clinica;
- proposizione della Sezione Regionale per organizzare in Puglia uno dei quattro Corsi "extra-murali" previsti nel programma del Learning Center per il 1999;
- organizzazione del **Congresso Interregionale** dell'Associazione: l'edizione del 1999 sarà tenuta in Puglia e manterrà la forma di Congresso congiunto con la Sezione della Basilicata; la data deve essere ancora fissata, mentre la sede è già stata decisa anche in funzione di un'idea, che è nata all'interno del Consiglio Direttivo e che è sembrata a tutti culturalmente stimolante: tenere le edizioni pugliesi del Congresso Apulo-Lucano dell'ANMCO nei Castelli del territorio regionale secondo una formula che intende creare un **binomio** tra la **Cardiologia** ed i **Castelli** della Puglia; così, dopo l'edizione 1997 tenutasi nel Castello Svevo di Barletta, nel 1999 il Congresso si svolgerà nel Castello di **Mesagne**, in provincia di Brindisi;
- diffusione dei progetti delle Aree per distribuire su tutto il territorio e per periferizzare l'aggregazione culturale connessa alla adesione alle Aree dell'Associazione;
- interazione con le Istituzioni, in particolare con l'Assessorato Regionale alla Sanità, e con le altre Associazioni Cardiologiche, in particolare con la SIC Pugliese per individuare ambiti di collaborazione; a tal proposito è stata richiesta al Dott. Saccomanno, Assessore alla Sanità, l'istituzione di una **Commissione Cardiologica Congiunta**, che dia il proprio contributo tecnico-conoscitivo alle problematiche organizzative e funzionali delle Strutture Cardiologiche della Puglia;
- attuazione delle finalità istitutive della Federazione Italiana di Cardiologia con particolare riguardo al ruolo dei Cardiologi Ospedalieri nella preparazione e nella formazione degli specialisti;
- edizione di un "foglio informativo" periodico, che riporti indicazioni di ordine pratico e che integri le informazioni del Notiziario nazionale, Cardiologia negli Ospedali, soprattutto per gli argomenti di particolare rilievo regionale.

Alla riunione gli Associati Pugliesi hanno partecipato in numero limitato; ciò ha indotto il Delegato Regionale a sollecitare la partecipazione ed a far presente che, per evitare una "verticizzazione" dell'Associazione, non basta denunciarne il rischio, ma occorre dare un contributo personale, che sia determinato e duraturo.



## DALLE REGIONI

**TOSCANA****Notizie dal Consiglio Regionale Toscano**

**I**l Piano Sanitario Regionale Toscano, recentemente licenziato dalla Giunta, in accordo con le indicazioni del PS Nazionale, dà spazio alla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, da ritenersi adeguato rispetto alla rilevanza di questa patologia, prevedendo una "Azione Programmata" ad hoc che indica strategie e strumenti per la prevenzione primaria e secondaria e programmando attività di "Promozione della cultura della salute" incentrate, tra l'altro, su campagne educative contro i fattori di rischio cardiovascolari e contro i danni del fumo.

Il PSR prevede inoltre la costituzione di un Comitato permanente per l'educazione alla Salute e la organizzazione a partire dal 1999 di un evento pubblico con cadenza annuale di promozione della salute: Le giornate della Salute in Toscana.

In questo contesto il Consiglio Regionale ANMCO Toscano ha organizzato una iniziativa di divulgazione e promozione del progetto dell'Area Prevenzione.

"Io, il mio cuore e..."

Percorsi di Educazione alla Salute per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella Scuola Media Superiore.

Sono stati coinvolti tutti gli attori che a vario titolo operano in regione nella Educazione alla Salute: I servizi di Educazione alla Salute delle USL toscane, i corrispondenti Uffici dei provveditorati agli Studi, La Sovrintendenza agli studi, Funzionari dei Servizi regionali addetti alla materia, rappresentanti del Consiglio Regionale Toscano, Car-

diologi Ospedalieri, L'Università.

Come in precedenti iniziative c'è stata scarsa corrispondenza da parte dei Provveditorati agli Studi, comprensibile, data la fase di trasformazione che sta vivendo la scuola.

Il Dott. Franco Cecchi ha aperto i lavori presentando gli altri Progetti attualmente portati avanti dall'Area Prevenzione:

- 1) Progetto Monitoraggio dei fattori di rischio, che coinvolge 40 centri in Italia (8 mila persone di età compresa tra 25 e 74 anni).
- 2) Progetto Prevenzione Secondaria che ha l'obiettivo di monitorare i fattori di rischio nel postinfarto e predisponenti alle recidive (basandosi sui dati del GISSI Prevenzione) da parte dei Medici di Medicina Generale, opportunamente formati dalla collaborazione con i Cardiologi.
- 3) progetto MAVI e lo studio IMPRESSIVE che riguardano l'ipertensione arteriosa. Ha inoltre annunciato che in aprile '99 si terrà a Roma la Terza Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica e che l'ANMCO collaborerà al progetto "Cuore" dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il Progetto di Educazione alla Salute, che è attualmente di pertinenza della Fondazione ANMCO, è stato presentato dalle Dott.sse C. Bevilacqua ed E. Cattabeni (vedi Cardiologia negli Ospedali n. 109).

Il progetto è uno strumento didattico-educativo rivolto ai ragazzi

della Scuola Media Superiore, per la cui messa in opera sono già stati formati, con un apposito corso organizzato dall'ANMCO, 40 insegnanti che a cascata hanno coinvolto più di 2.500 studenti.

I risultati di questo Progetto Pilota, che offrono dati interessanti sugli stili di vita dell'adolescente, sulle loro preconoscenze delle Malattie Cardiovascolari e dei fattori di rischio, valutando anche i comportamenti da essi ritenuti adeguati qualora si trovino a fronteggiare una emergenza cardiovascolare, verranno resi pubblici a mezzo di una Conferenza Stampa, al fine di sensibilizzare e superare le difficoltà burocratiche che a livello ministeriale impediscono il decollo del secondo corso di formazione degli insegnanti e l'ulteriore avanzamento del progetto.

Interessanti proposte sono venute dal Provveditorato agli Studi di Aosta, dove si è svolto l'ultimo corso di formazione degli insegnanti:

- inserire l'Educazione alla Salute nella terza prova per l'esame di maturità
- utilizzare l'indagine sugli stili di vita come prova d'ingresso nella scuola.

Il prof. G.F. Gensini, direttore della Clinica Medica e Cardiologia dell'Università di Firenze, partendo dalla constatazione che il contesto normativo regionale in Toscana permette di iniziare un lavoro di educazione alla salute fin dalla scuola elementare con elementi di "rinforcement" nella media superiore, che costituisce il momento più adatto per completare la formazione, ha proposto l'incontro di competenze diverse in riunioni operative da tenersi a partire da Gennaio prossimo ("Mini-conferenze organizzative") ed ha assicurato la disponibilità del corpo docente per le interfaccature necessarie.

L'incontro è stato concluso in termini "positivi" dalla Dott.ssa

A.M. Giannoni, responsabile dell'Ufficio Educazione alla Salute del Dipartimento di Diritto alla Salute e Politiche Sociali della Regione Toscana, che ha sottolineato la necessità che gli interventi in questo campo non si realizzino in maniera isolata e sporadica, ma facciano parte di un progetto complessivo di intervento, oggetto di una precisa programmazione. In Regione Toscana si sta già lavorando, in stretto rapporto con la Sovrintendenza agli studi, alla definizione di "Linee

Guida" per programmi di intervento di Educazione alla Salute e su di un "Pacchetto Didattico" sui fattori di rischio C.V. derivato dall'esperienza della mostra "Questioni di Cuore" da proporre, attraverso i Servizi delle USL ed i Provveditorati, alle scuole; sono inoltre in fase di concreta attuazione ed operativi interventi di educazione alimentare e nei confronti del fumo nella scuola primaria.

La Dott.ssa Giannoni propone una "Azione Coordinata" mettendo

insieme le competenze per realizzare un programma d'intervento complessivo e definito, utilizzando il Progetto Educativo, oggi presentato, anche "per pezzi" e per fornire ipotesi di lavoro. Tra un anno si terranno a Firenze Le Giornate della Salute, con settori monotematici di promozione ed educazione alla Salute, all'interno dei quali sarà possibile una sintesi operativa del lavoro fin qui svolto.

IL CONSIGLIO REGIONALE

## DALLE REGIONI

### UMBRIA

#### RINNOVO DEGLI INCARICHI DEI RAPPRESENTANTI AZIENDALI FESMED

L'occasione è offerta dal rinnovo degli incarichi dei rappresentanti aziendali della FESMED. Nella nostra Regione e limitatamente alla sola realtà aziendale dell'Ospedale di Terni siamo finora riusciti a partecipare alla contrattazione decentrata grazie alla nomina di un nostro rappresentante nella delegazione FESMED.

Tuttavia alla consistenza numerica delle categorie rappresentate da tale sigla non ha mai corrisposto un peso contrattuale adeguato risultando di fatto l'associazione esclusivamente dal numero delle sue deleghe sindacali. Così, nella nostra realtà, abbiamo potuto partecipare alla programmazione ed alla verifica degli obiettivi, ma soprattutto alla definizione dei modelli organizzativi solo grazie alle deleghe, assolutamente esigue dei colleghi endoscopisti e ginecologi formalmente iscritti.

Nell'invito a promuovere le elezioni per i nuovi rappresentanti aziendali la FESMED Nazionale precisa che non avranno diritto al voto né tanto meno potranno essere candidati quei sanitari che non sono in regola con la delega sindacale e cioè tutti gli iscritti all'ANMCO. Questo significa di fatto l'esclusione da uno dei momenti più importanti in cui si può e si deve esprimere il nostro concreto impegno nella gestione del servi-

zio sanitario, ma anche nella tutela degli interessi degli associati e cioè la trattativa aziendale.

Stiamo lavorando da anni ad un progetto che deve rendere compatibile la difesa ed il miglioramento della qualità delle prestazioni in cardiologia con la necessità del riordino economico finanziario dei servizi. A tal fine abbiamo profuso un impegno straordinario nell'elaborazione di una serie di strumenti assolutamente indispensabili al contenimento dei costi di gestione ed all'ottimizzazione dell'uso delle risorse: abbiamo a disposizione un sistema di valutazione che consente il calcolo dei carichi di lavoro anche a cardiologi non esperti in questo specifico settore gestionale; abbiamo elaborato linee guida cliniche su cui uniformare i nostri comportamenti per una più efficiente utilizzazione delle risorse; intendiamo costruire un modello organizzativo integrato in senso dipartimentale delle strutture cardiologiche.

Tutto questo patrimonio, tuttavia, rischia di rimanere un astratto prodotto culturale se non abbiamo la capacità di orientare le scelte di politica sanitaria ai vari livelli istituzionali - Governo, Regioni e singole Aziende. È soprattutto a livello aziendale però che tali strumenti possono tradursi in realtà concreta e per far questo è necessario innanzitutto essere visibili e rappresentativi, è necessario contare in sede di contrattazione decentrata per rendere il progetto operativo. Oggi il rischio è quello di sparire anche dalla scena dove almeno si confrontano, visto che certo non si decidono, le scel-

te aziendali di politica sanitaria solo perché non si è riusciti a trovare una formula qualsiasi per formalizzare la nostra partecipazione alla FESMED.

Proprio perché non vogliamo che la nostra associazione deroghi al suo ruolo tecnico-scientifico che è il solo che le compete, e siamo convinti che portare avanti questo progetto di trasformazione della sanità attenga a questo ruolo, riteniamo che essere rappresentati all'interno di una sigla, firmataria del CNL, sia il modo migliore per non perdere la nostra identità e nello stesso

tempo realizzare quegli obiettivi, non solo scientifici, che rappresentano una parte importante delle finalità statutarie dell'associazione.

Sarà forse necessario un piccolo sacrificio economico, si dovrà valutare l'eventualità di una forma volontaria di contribuzione, ma è indispensabile che la nostra rappresentatività sia comunque garantita attraverso l'atto formale della delega sindacale alla FESMED.

IL DELEGATO REGIONALE  
**Rodolfo Coronelli**

## PROGRAMMA ANMCO UMBRIA 1998/99 INCONTRI TRIMESTRALI MONOTEMATICI CON GLI ESPERTI

(AMPIO SPAZIO PER LA DISCUSSIONE DEI CASI CLINICI ED A SEGUIRE  
PER LE PROBLEMATICHE GENERALI ANMCO: ELEMENTI DI CULTURA GESTIONALE)

### 1) **L'INFARTO MIOCARDICO INFERIORE SI COMPLICHA (4-12-1998):**

- A) CON IL BLOCCO AV COMPLETO (QUANDO INSISTERE CON LA STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA E QUANDO RICORRERE ALLA STIMOLAZIONE ELETTRICA)
- B) CON L'ESTENSIONE AL VD FINO AL QUADRO DI SCHOCK CARDIOGENO
  - CORRETTO IMPIEGO DEI FLUIDI E DEL SUPPORTO INOTROPO
  - QUANDO E SE RICORRERE ALLA RIVASCOLARIZZAZIONE D'URGENZA

### 2) **ANGINA POST-INFARTUALE PRECOCE:**

QUANDO (E PER QUANTO TEMPO) INSISTERE CON LA TERAPIA MEDICA PRIMA DI RICORRERE ALLO STUDIO CORONAROGRAFICO.

### 3) **TRATTAMENTO IN EMERGENZA DELLE TACHICARDIE VENTRICOLARI:**

- A) NEL PAZIENTE ISCHEMICO ACUTO
- B) NELLE CARDIOMIOPATIE
- C) NEL CONGENITO OPERATO
- D) NELLO SCOMPENSO GRAVE (FE MARCATAMENTE DEPRESSA)

### 4) **VERSAMENTO PERICARDICO CRONICO RECIDIVANTE:**

- QUANDO INSISTERE CON IL TRATTAMENTO MEDICO
- QUANDO RICORRERE AL TRATTAMENTO CHIRURGICO

### 5) **DISFUNZIONE ACUTA DI PROTESI VALVOLARE:**

- FATTORI PREDISPONENTI E SEGNI CLINICI PREMONITORI
- QUADRO CLINICO, DATI STRUMENTALI E TRATTAMENTO IN EMERGENZA

### 6) **ROTTURA DI CUORE POST-INFARTUALE**

- PROFILO CLINICO DEL PAZIENTE CON RDC IMMINENTE
- POSSIBILITÀ DI DIAGNOSI (CLINICA E STRUMENTALE) PRECOCE

### 7) **FIBRILLAZIONE ATRIALE NELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA OSTRUTTIVA**

- QUALE FARMACO IN ACUTO, IN CASO DI ELEVATA RISPOSTA VENTRICOLARE E CON ANGOR D'ACCOMPAGNAMENTO?
- QUALE FARMACO PER PREVENIRE LE RECIDIVE?
- È NECESSARIO RICORRERE ALLO STUDIO CORONARO-VENTRICOLOGRAFICO DOPO IL PRIMO EPISODIO DI ANGOR D'ACCOMPAGNAMENTO?

## VENETO

# REGULATION O DEREGULATION DELLE ATTIVITÀ DI EMODINAMICA?

**L**a rivoluzione nella organizzazione gestionale in atto nella Sanità pubblica (aziendalizzazione e criteri manageriali privatistici di gestione), accanto al perseguimento di giusti obiettivi di nazionalizzazione della spesa e di ottimale allocazione delle risorse (sempre più limitate!), rischia di produrre effetti perversi su indirizzi programmatici, linee guida organizzative e parametri di accreditamento e verifica delle varie attività cardiologiche, così come espressi nei due documenti ufficiali ANMCO-SIC (“Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia in Italia” e “Linee guida: Standard e VRQ per i Laboratori Diagnostici in Cardiologia”) che potrebbero portare a risultati deleteri sulla qualità delle prestazioni sanitarie stesse.

Nel Veneto negli ultimi tempi stiamo assistendo alla nascita spontanea, al di fuori di ogni programmazione regionale, di vari Laboratori di Emodinamica.

Tale proliferazione viene giustificata con considerazioni sia di ordine economico (“costa meno farsi le coronarografie in casa”, secondo la suddetta logica manageriale) sia di ordine organizzativo che trovano qualche fondamento (“le liste d’attesa per eseguire coronarografia nei centri esistenti è lunga e spesso il paziente non può aspettare”), sia di ordine tecnico (“oggi la tecnologia mette a disposizione apparecchiature maneggevoli e di basso costo”).

Ricordo che la dotazione storica del Veneto in Laboratori di Emodinamica nelle strutture pubbliche, risultante dai vari piani programmatici regionali finora promulgati, dovrebbe essere più che sufficiente a soddisfare tutti i reali bisogni stimati della popolazione, anche secondo i parametri enunciati nei suddetti documenti ANMCO-SIC.

Pertanto, la attivazione al di fuori di ogni programmazione di Laboratori di Emodinamica nella nostra Regione pone noi del Consiglio Regionale ANMCO in difficoltà nel momento in cui, da un lato ci proponiamo come interlocutori tecnici ed offriamo la nostra disponibilità a collaborare agli Organi decisionali regionali nella realizzazione pratica degli indirizzi programmatici nel campo della Cardiologia

ospedaliera, dall’altro lato assistiamo ad uno scardinamento di ogni parametrizzazione in riferimento ad effettivi bisogni stimati della popolazione, al bacino di utenza, alla realtà territoriale in cui tali strutture si calano, al numero di esami ed agli standard operativi, che rappresentano proprio quel patrimonio culturale e professionale che ci vantiamo di poter offrire al politico per una corretta programmazione sanitaria.

Il problema che sollevo non è nuovo, era già stato posto, nel novembre ’96, dal Delegato Regionale della Toscana Dott. Antonio Pesola, il quale sollecitava di portare in discussione in Consiglio Nazionale la opportunità/necessità di incrementare il numero dei Laboratori di Emodinamica in Toscana, “provincializzando” la dislocazione degli stessi.

A tale richiesta, che io sappia, non seguì una presa di posizione né un pronunciamento da parte del Consiglio Nazionale di allora.

Dato che attualmente il problema mi sembra vada assumendo estensione nazionale (perché, ripeto, “strutturale” alla nuova organizzazione della Sanità pubblica, vista la piena autonomia gestionale di cui godono le Direzioni Generali e la crescente impotenza programmatica da parte delle Regioni), con esempi di attivazione di Laboratori di Emodinamica non più e non solo a livello provinciale ma addirittura (almeno nel Veneto) anche di singola ULSS, ripropongo che tale argomento sia oggetto di discussione a livello di Consiglio Nazionale, da cui possa scaturire una chiara presa di posizione sia in riferimento a linee guida che a parametri di accreditamento (ricordo che questi ultimi saranno uno degli argomenti principali del prossimo Congresso).

Va da sé che questo problema non riguarda solo i Laboratori di Emodinamica, ma interessa varie altre metodiche diagnostico-terapeutiche come centri di elettrofisiologia ed ablazione, centri di impianto di pace maker, Laboratori di Ecografia cardiovascolare.

## AVVISO IMPORTANTE

### A tutti i Soci ANMCO, SIC, ANCE, SICP, agli Aderenti alle Aree, Gruppi di Studio ecc. che ricevono il Bollettino

In seguito all'entrata in vigore lo scorso 8 maggio della cosiddetta Legge sulla Privacy (Legge 675/96), Le forniamo alcuni chiarimenti e informazioni in merito alla citata normativa.

Tale legge mira a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, della dignità e

delle libertà fondamentali dell'individuo, con particolare riguardo alla riservatezza e all'identità personale e si applica al trattamento di dati personali da chiunque effettuato nel territorio dello Stato. Pertanto, in considerazione dell'attività da noi svolta e con riguardo ai Suoi dati personali, riteniamo utile informarLa di quanto segue.

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N. 675/96

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, in 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 della l. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter offrire tutti i propri servizi ed in mancanza degli stessi sarebbe preclusa la stessa possibilità di costituire il rap-

porto associativo. I dati vengono trattati presso la sede di ANMCO, anche in modo informatico, e vengono comunicati, per motivi inerenti all'attività istituzionale, a società del gruppo, tra cui ECO, società di servizi che è altresì responsabile dei trattamenti di cui sia titolare ANMCO e che opera anche nell'ambito del settore di organizzazione di convegni a carattere scientifico.

È possibile inoltre che i dati siano comunicati da ANMCO a terzi, in particolare a case editrici che si occupino del trattamento finalizzato alla spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere.

La informiamo che, ai sensi

della l. n. 675/96, citata, la mancata prestazione di un suo specifico consenso a tali forme di comunicazione ne impedisce l'esercizio. 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 soltanto dietro presentazione di (un ulteriore) specifico consenso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (cfr., ad esempio, l'annuario degli associati o eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica, ovvero, più semplicemente, su supporto

cartaceo. ANMCO, titolare del trattamento, assicura l'esercizio dei diritti previsti dall'art. 13 della l. n. 675/1996 quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o modificazione dei dati oggetto del trattamento. Tali diritti potranno essere esercitati anche nei confronti di ECO, responsabile del trattamento. Per l'esercizio degli stessi uno sportello del diritto di accesso è stato istituito presso la sede dell'ANMCO e della ECO S.r.l., in Via A. La Marmora 36, 50121 Firenze, tel. 055/571798.



N. 111 dicembre 1998

**Bollettino ufficiale  
dell'Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri**

Redazione:  
**Pietro Zonzin**

Segretaria di Redazione:  
**Monica Lorimer**

Segreteria Nazionale:  
**ANMCO**

Via La Marmora, 36  
50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334  
E-mail: Segreteria @anmco.it  
<http://www.anmco.it>

Direttore:  
**Nicola Mininni**

Direttore Responsabile:  
**Pier Filippo Fazzini**

Aut. Trib. di Firenze  
n. 2381 del 27/11/74  
E.C.O. srl Edizioni  
Cardiologiche Ospedaliere

Stampa: Tipografia K.S.  
Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze

### DICHIARAZIONE DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ANMCO

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

- DO IL CONSENSO  
 NEGO IL CONSENSO

CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE  
DEI MIEI DATI

- DO IL CONSENSO  
 NEGO IL CONSENSO

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

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_