

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

N. 112 - marzo 1999 - Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

A ROMA LA SECONDA CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

di Diego Vanuzzo

La Seconda Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica intitolata al Prof. Giorgio Antonio Feruglio sarà, come la precedente, tipo "Workshop" con la presentazione ai rappresentanti delle Istituzioni, delle società Scientifiche e delle componenti rappresentative della Comunità di un itinerario culturale in quattro sessioni a sostegno della proposta di un programma pratico da sviluppare e attuare nel nostro Paese.

Le sessioni verteranno su "Misurare ed affrontare la cardiopatia ischemica", "L'organizzazione della prevenzione primaria della cardiopatia ischemica", "La prevenzione della cardiopatia ischemica in area cardiologica", "La prevenzione della cardiopatia ischemica nella programmazione sanitaria".

La Conferenza si concluderà con la "Proposta della Comunità Cardiologica Italiana" con definizione degli obiettivi a breve e medio termine o delle iniziative per raggiungerli. Alla fine il Presidente dell'ANMCO presenterà le raccomandazioni derivate dalla Conferenza. Ci sarà spazio per una articolata discussione che verrà riportata negli atti assieme alle relazioni degli invitati.

Lo sponsor unico della conferenza è la Guidotti che ufficialmente ringrazio a nome dell'Associazione. In preparazione della Conferenza, la Segreteria Scientifico-Operativa ha curato la predisposizione di un volu-

me di 500 pagine, in italiano, contenente le più aggiornate linee guida internazionali e nazionali, per verificare la traducibilità in un programma pratico. L'opera, di cui sarà curata anche una versione in CD-ROM, sarà disponibile agli aderenti dell'Area Prevenzione e agli altri soci ANMCO che ne facessero richiesta tramite la Guidotti.

Gli atti saranno pubblicati nel Giornale Italiano di Cardiologia e resi disponibili in occasione del Congresso ANMCO del 30 maggio - 2 giugno 1999. Dopo la conferenza si prevede la riproposizione dei suoi contenuti essenziali e delle raccomandazioni emerse a tutti i cardiologi italiani in **riu-**

continua a pagina 2

In questo numero:

- p. 4 - Borse di studio Società Europea di Cardiologia
- p. 9 - Linee Guida
- p. 23 - Notizie dall'Area Aritmie
- p. 24 - Programma dell'Area Prevenzione
- p. 29 - Programma dell'Area Scenpenso Cardiaco
- p. 32 - Notizie dalle Regioni

**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**

II Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica

Organizzata dall'ANMCO
Intitolata al Prof. Giorgio Antonio Feruglio



PROGRAMMA

Roma
Istituto Superiore di Sanità
19 - 21 aprile 1999

SECONDA CONFERENZA NAZIONALE SULLA PREVENZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Organizzata dall'ANMCO
Intitolata al Prof. Giorgio Antonio Feruglio

Roma, Istituto Superiore di Sanità 19 - 21 aprile 1999

Lunedì 19 aprile 1999 - ore 17-19

CERIMONIA DI APERTURA

- Benvenuto: **Giuseppe Benagiano**, Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità
- Significato della Conferenza: **Nicola Mininni**, Presidente dell'ANMCO
- Indirizzi di saluto: **Mario Condorelli**, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità; **Aldo Pagni**, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; **Giovan Battista Ambrosio**, Working Group on Epidemiology and Prevention - European Society of Cardiology; **Susana Sans**, World Federation of Cardiology
- Dedicazione della Conferenza: **Diego Vanuzzo**, Chairman Area Prevenzione dell'ANMCO
- Allocuzione e dichiarazione di apertura:
On. Ministro della Sanità **Maria Rosaria Bindi**
- **Letture: Piano Sanitario Nazionale e Prevenzione Cardiovascolare**
Carlo Schweiger, Vice-Presidente Attività Gestionali e Sindacali dell'ANMCO e Membro del Direttivo della Federazione Italiana di Cardiologia

Martedì 20 aprile 1999

1ª SESSIONE ORE 8:30 - 10:00

MISURARE ED AFFRONTARE LA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Moderatori: **Alberico Catapano**, Milano; **Giuseppe Mancina**, Milano;
Mario Mariani, Pisa; **Cesare Sirtori**, Milano

segue dalla prima pagina: **A ROMA LA SECONDA CONFERENZA...**

nioni provinciali, da organizzarsi nel prossimo autunno, con lo scopo di verificare l'applicabilità locale delle indicazioni emerse.

È previsto un set di diapositive tratte dalla Conferenza per i relatori che dovrebbero essere scelti tra gli aderenti all'Area Prevenzione, d'intesa con il De-

- **La cardiopatia ischemica in Italia: una lettura epidemiologico-preventiva**
Simona Giampaoli, Roma
- **L'epidemiologia genetica della cardiopatia ischemica**
Eloisa Arbustini, Pavia
- **Patogenesi della cardiopatia ischemica: il ruolo biologico dei fattori di rischio, i fattori protettivi, i fattori scatenanti, il rischio cardiovascolare globale**
Roberto Marchioli, S. Maria Imbaro (CH)
- **Possibilità e strategie di prevenzione primaria della cardiopatia ischemica. Strategia di popolazione e individuale**
Alessandro Menotti, Roma
- Discussione

ORE 10:00 - 10:30 COFFEE BREAK

2ª SESSIONE ORE 10:30 - 13:30

L'ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE PRIMARIA DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Moderatori: **Mario Mancini**, Napoli; **Giorgio Ricci**, Roma;
Giuseppe Rotilio, Roma; **Massimo Santini**, Roma

- **Interventi per uno stile di vita "salvatore": la sana alimentazione, la lotta al fumo, l'attività fisica**
Andrea Poli, Milano
- **Le sedi dell'attività preventiva: la scuola, l'ambiente di lavoro, l'ambiente sanitario, il volontariato**
Marzia Campioni, Insegnante, Milano; Giancarlo Cesana, Medico del Lavoro, Milano; Augusto Zaninelli, Medico di Medicina Generale, Firenze; Damiano De Grassi, Rappresentante Federfarma, Udine; Riccardo Buchberger, Volontariato Cardiovascolare, Montebelluna (TV)
- **Aree di intervento preventivo non sanitarie: la produzione e preparazione agro-alimentare, la ristorazione, lo sport e il tempo libero**
Gianni Bugno, per il Mondo dello Sport, Monza; Costantino De Pasquale, per l'Industria Dietetico-Alimentare, Milano
- **La comunicazione per la promozione della salute cardiovascolare. Principi e metodi**
Luciano Lombardi, Roma
- **Le campagne per la popolazione generale**
Albino Claudio Bosio, Milano
- **Come misurare l'efficacia**
Sebastiano Bagnara, Siena
- Discussione - Moderatore: **Massimo Santini, Roma**

3ª SESSIONE ORE 15:00 - 17:00

LA PREVENZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA IN AREA CARDIOLOGICA

Moderatori: **Fulvio Camerini**, Trieste; **Attilio Maseri**, Roma;
Franco Rengo, Napoli

- **Attività ambulatoriale e possibilità di prevenzione**
- in ospedale: **Cesare Greco**, Roma
- nel territorio: **Claudio Cella**, Pergine (TN)

legato Regionale; il referente organizzativo è il capoparea della Guidotti che, anche in questo caso, sostiene l'iniziativa.

È quindi necessario sin d'ora che i Delegati e i direttivi delle Sezioni Regionali si attivino, con gli aderenti all'Area Prevenzione delle rispettive province, per la buona riuscita di queste manifestazioni.

- **Prevenzione secondaria e riabilitazione cardiologica**
Pantaleo Giannuzzi, Veruno (NO)
- **Emergenza/Urgenza cardiologica e possibilità di prevenzione**
Alberto Roghi, Milano
- **Ruolo delle Associazioni Cardiologiche e delle Linee Guida nella prevenzione della cardiopatia ischemica**
Sergio Pede, S. Pietro Vermotico (BR)
- Discussione

Mercoledì 21 aprile 1999

4^A SESSIONE ORE 8:30 – 10:30

LA PREVENZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Moderatori: *Elena Di Fava, Roma; Donato Greco, Roma;*
Francesco Taroni, Roma

- **I sistemi di monitoraggio e la valutazione di processo, l'analisi costo-efficacia, data-base per la ricerca**
Marco Ferrario, Milano; Laura Pilotto, Udine
- **La prevenzione delle malattie cardiovascolari nella programmazione sanitaria nazionale e regionale**
Gino Franchi, Roma; Lionello Barbina, Udine
- **Le barriere alla prevenzione cardiovascolare**
Sabino Scardi, Trieste
- Discussione

ORE 10:30 – 11:00 COFFEE BREAK

5^A SESSIONE ORE 11:00 – 13:30

LA PROPOSTA DELLA COMUNITÀ CARDIOLOGICA ITALIANA

Moderatori: *Giuseppe Ambrosio, Perugia; Gianfranco Mazzotta, Genova;*
Vincenzo Romano, Napoli

- **Definizione degli obiettivi a breve e a medio termine e delle iniziative per raggiungerli**
Diego Vanuzzo, Udine; Carlo Fernandez, Palermo; Silvia Priori, Pavia;
Franco Valagussa, Monza (MI)
- **Raccomandazioni dalla Seconda Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica** (documento da approvare a conclusione dei lavori)
Nicola Mininni, Napoli
- Discussione e approvazione con interventi preordinati:
Eduardo Farinaro, Napoli; Cesare Proto, Brescia; Cesare Dal Palù, Padova;
Giuseppe Ambrosio, Perugia; Giovan Battista Zito, Pompei (NA)
- Conclusione: *Nicola Mininni, Napoli*

ORE 13:30 – 14:30 CONFERENZA STAMPA

PREMIO DI STUDIO SIGMA-TAU

La Sigma-Tau indice un premio di studio di 10 milioni da consegnare nell'ambito del Congresso Nazionale ANMCO.

Requisiti necessari:

- Essere Socio ANMCO
- Essere nato dopo il 1° gennaio 1959
- Documentare produzione scientifica di elevato livello.

La documentazione scientifica verrà valutata sulla base dell'Impact Factor delle riviste cardiologiche su cui si sia pubblicato complessivamente dal gennaio '97 ad oggi, compresi gli articoli in press. Allo scopo si è stabilito di attribuire al Giornale Italiano di Cardiologia un Impact Factor uguale a quello di Circulation.

Il punteggio verrà assegnato come segue:

- intero per chi è primo autore;
- per 1/2 per chi è secondo autore;
- per 1/4 per chi è terzo autore.

La documentazione dovrà essere inviata alla Segreteria ANMCO entro il 10 maggio 1999.

Per ulteriori informazioni

contattare la Segreteria ANMCO:
tel. 055-571798 - fax 055-579334
e-mail: segreteria@anmco.it
dal lunedì al venerdì
dalle ore 9.00 alle ore 17.30

DALLA SEDE

di Massimo Santini



BORSE DI STUDIO PER RICERCA O TRAINING DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA

La Società Europea di Cardiologia mette ogni anno a disposizione dei Cardiologi Europei, delle borse di studio per ricerca o training in centri Cardiologici Europei per periodi di 6 o 12 mesi.

Le domande debbono essere inoltrate, entro il 14 febbraio di ogni anno, al Research & Training Fellowship Committee presso la sede della Società Europea di Cardiologia alla quale debbono essere richieste gli speciali moduli per l'inoltro delle domande.

Il cardiologo richiedente può scegliere il Centro Cardiologico nel quale desidera andare a trascorrere il periodo di training o di ricerca.

Non vi sono argomenti di ricerca o di training che vengono favoriti nella selezione delle domande, ma certamente deve essere evidente che il richiedente potrà poi riportare in termini pratici nel proprio ospedale (specialmente per quanto riguarda il training di metodiche) quanto acquisito nel periodo di training sovvenzionato dalla Società Europea di Cardiologia.

Sono in via di allestimento degli elenchi dei Centri Cardiologici che si dichiarano disponibili a ricevere cardiologi per training o per ricerca (con la specifica anche del settore cardiologico per il quale il centro offre ospitalità).

Alla fine del periodo sovvenzionato dalla borsa di studio, il beneficiario dovrà stendere una relazione su quanto appreso o ricercato e sottoposto per la pubblicazione.

Prof. Massimo Santini

Fellowship della Società Europea di Cardiologia

Come certamente saprete, con la creazione della Federazione Italiana di Cardiologia la nostra comunità cardiologica è divenuta il membro più numeroso della Società Europea di Cardiologia.

REQUIREMENTS FOR FELLOWSHIP

TO BE SELECTED as a Fellow of the European Society of Cardiology is an outstanding honour as it distinguishes her or him from the regular membership of the E.S.C. on the basis of unique personal achievements.

THE MAIN PURPOSE of creating a Fellowship is to provide the Society with a cadre whose responsibility is to uphold and expand the professional qualities of our Society and to integrate the various national activities to a greater degree into the European scene. As in other medical organizations, a Fellow is considered to be a person who has had a number of years of experience in the field and who has distinguished himself or herself individually in clinical, educational, investigational, organizational or professional aspects of cardiology. These characteristics will be evaluated by the Credentials Committee (with national representatives), which will weigh the credentials on their collective merit.

POTENTIAL CANDIDATES must be graduates from an established medical school and have received their cardiology training at a recognized institute, either in Europe or overseas. The candidates should not be in a training position. A list of such institutions has been provided by the Union of European Medical Specialists (U.E.M.S.). A similar one exists for the American College of Cardiology. Applicants from overseas will be judged by similar criteria. These lists will periodically be updated with the latest information from the various national societies. Non-cardiologists can be selected when they can demonstrate comparable education and experience.

Candidates who are not certified cardiologists but whose work is concerned with cardiology need not be members of a cardiological society nor of a Working Group of the E.S.C.

AN ADEQUATE PUBLICATION RECORD must be provided, in order to show proof of ongoing interest in scientific cardiological matters. The work will be judged not only on quantity but also on its citation impact. Candidates should be first author of at least two publications and co-author of another three publications (full papers, not abstracts) in peer-reviewed journals.

È necessario che a tale peso numerico corrisponda anche un'altrettanta importante presenza scientifica della cardiologia italiana all'interno della Società Europea. Uno dei più validi meccanismi per raggiungere un simile obiettivo è sicuramente quello di avere un congruo numero di Fellow nella Società Eu-

ropea essendo questo titolo assegnato esclusivamente dopo un attento esame dei contributi scientifici dati dal richiedente la fellowship in campo cardiologico nazionale e internazionale.

Sono pertanto ad invitare tutti gli associati ANMCO, che pur in possesso dei requisiti richiesti dalla

Società Europea di Cardiologia ancora non lo abbiano fatto, a presentare domanda per ottenere il titolo di Fellow della ESC.

Si allegano di seguito le regole della ESC per la presentazione della domanda.

Prof. Massimo Santini
CONSIGLIERE ESC BOARD

OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (FESC)

The candidates should present the list of their publications in the following order:

- 1) Publications in peer-reviewed journals
- 2) Publications in non peer-reviewed journals
- 3) Abstracts
- 4) Chapters
- 5) Books

A CANDIDATE FROM WITHIN EUROPE should be a member in good standing of a National Society or of a Working Group of the E.S.C. Applications must be accompanied by supporting letters from two F.E.S.C., one of whom being the President of the National Society. If the President of the National Society is not personally F.E.S.C., his or her supporting letter is still required.

A CANDIDATE FROM OUTSIDE EUROPE must submit similar documents plus a supporting letter from one F.E.S.C. and from the President of his National Society or, if not applicable, from the President of a recognized professional or scientific organization in his own country.

EACH APPLICANT must submit documents to prove that he or she:

- 1) is a graduate from a medical school or allied discipline
- 2) is a cardiologist or, in the case of other disciplines, dedicated mainly to cardiology
- 3) is particularly engaged in research or teaching
- 4) is employed in a position of influence
- 5) has current or past recognized publication activity in the field.

APPLICATION PROCEDURE

- 1) Carefully complete the F.E.S.C. application form (available from address below).
- 2) Send it, together with ALL REQUIRED DOCUMENTS, to the President of your National Society for him or her to review it and to ensure that all requirements have been fulfilled. He or she will then forward it to the E.S.C. Fellowship Department.

Candidates applying from outside Europe should send their dossiers directly to the E.S.C. Fellowship Department.

Copies of original documents may be in the candidate's own language and need not be translated. All other documents, such as Curriculum Vitae and supporting letters must be in the official languages of the Society (English or French).

THE ANNUAL MEMBERSHIP fee in 1998 amounts to FF 1 600.-. The Fellowship fee is due annually, covering the period from January 1st to December 31st each year; it includes a subscription to the European Heart Journal or Cardiovascular Research and free registration at the E.S.C. annual Congress.

A DIPLOMA OF FELLOWSHIP is presented annually to the new Fellows of the E.S.C. during the annual Congress. It signifies the election of a Fellow to the European Society of Cardiology.

The status of **EMERITUS FELLOW** will be given by the Credentials Committee when a F.E.S.C. retires. He/she keeps the title of Fellow but no longer pays the annual dues, nor gets the subscription to the European Heart Journal or Cardiovascular Research and free registration to the E.S.C. annual Congress.

DEADLINE FOR APPLICATIONS sent to the National Society is April 15th, 1999, to allow time for review. The Society must forward them directly to the Fellowship Department before May 15th, 1999; this date also applies to applications for candidates from outside Europe.

For further information and application forms, please contact:

ESC - FELLOWSHIP DEPARTMENT
THE EUROPEAN HEART HOUSE
2035 Route des Colles, Les Templiers - BP 179
06903 Sophia Antipolis Cedex - FRANCE
Tel. +33 - (0)492947600
Fax +33 - (0)492947601
e-mail: blefevre@escardio.org



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
SOCIETE EUROPEENNE DE CARDIOLOGIE

APPLICATION FORM FOR FELLOWSHIP OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

LAST NAME:

First name(s):

OFFICE ADDRESS:

.....

Postal Code: City: Country:

Tel: Fax: E-mail:

HOME ADDRESS:

.....

Postal Code: City: Country:

Tel: Fax: E-mail:

*I would prefer to receive any E.S.C. future correspondence to my: OFFICE ADDRESS
 HOME ADDRESS

Place and date of birth:

Principal current professional activity: (check those applicable)

Private practice Academic Group Solo

Other(s), specify:

DOCUMENTATION:

Each of the following documents **must** accompany this application in order for it to be considered by the Credentials Committee.

Cross each item included:

- Photocopy of medical diploma
- Letter(s) verifying **Postgraduate Training**
- Letter(s) verifying **Academic Appointment(s)**
- Letter(s) verifying **Hospital Appointment(s)**
- TWO letters of sponsorship**, one of whom being the President of your National Society
- Complete curriculum vitae
- List of publications **in the following order**: Publications in peer-reviewed journals, in non peer-reviewed journals, abstracts, chapters, and books
- Recent photograph
- PLEASE ALSO INCLUDE A LIST OF YOUR **5 MOST IMPORTANT PUBLISHED CONTRIBUTIONS IN CARDIOLOGY (2 AS FIRST AUTHOR AND 3 AS CO-AUTHOR) IN PEER-REVIEWED JOURNALS** (Papers in press or submitted are not acceptable)

Date:

Signature of the applicant:

Please return application + documentations AFTER THEY HAVE BEEN REVIEWED BY THE PRESIDENT OF YOUR NATIONAL SOCIETY before May 15, 1999, to the European Heart House, ESC Fellowship Department.

FELLOWSHIP ANMCO: REGOLAMENTO

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, articoli pubblicati su altre riviste, 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 dichiara 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
- Cardiocirurgia
- 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 (CO)	Luigi Tavazzi	Ospedale Policlinico San Matteo	Pavia
Michele Lombardi		Lucca	Marco Tubaro	Ospedale San Filippo Neri	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	Az. Osp. S.M. della Misericordia	Udine	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 Montereggi	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 S. Maria degli Angeli	Pordenone
Francesco Chiarella	Ospedali Galliera	Genova	Filippo Ottani	Ospedale di Bentivoglio	Bentivoglio (BO)
Mauro Ciaccheri	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Nelly Paparella	Stabilimento Ospedaliero	Cento (FE)
Claudio Coletta	Ospedale Santo Spirito	Roma	Roberto Pedretti	Fond. S. Maugeri Clinica del Lav.	Tradate (VA)
Salvatore Corallo	Pio Albergo Trivulzio	Milano	Pierluigi Pieri	Ospedale M. Bufalini	Cesena (FO)
Sergio Cuomo	Ospedale Cardarelli	Napoli	Paolo Giuseppe Pino	Ospedale San Camillo	Roma
Giorgio Derchi	Ospedali Galliera	Genova	Alessandro Proclermer	Az. Osp. S.M. della Misericordia	Udine
Andrea Di Lenarda	Ospedale Maggiore	Trieste	Riccardo Rambaldi	Ospedale E. Morelli	Sondalo (SO)
Giuseppe Di Pasquale	Ospedale di Bentivoglio	Bentivoglio (BO)	Pierfranco Ravizza	Ospedale di Lecco	Lecco
Marcello Di Segni	Ospedale San Camillo	Roma	Roberto Ricci	Ospedale Santo Spirito	Roma
Giuseppe Di Tano	Ospedale Piemonte	Messina	Renato Pietro Ricci	Ospedale San Filippo Neri	Roma
Stefano Domenicucci	Ospedali Galliera	Genova	Francesco Rulli	Ospedale San Giovanni	Roma
Emilio Vincenzo Dovellini	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze	Alessandro Salustri	Ospedale Sandro Pertini	Roma
Andrea Erlicher	Ospedale Generale Regionale	Bolzano	Gennaro Santoro	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Silvia Favilli	Ospedale Pediatrico Meyer	Firenze	Giovanni Maria Santoro	Azienda Ospedaliera Careggi	Firenze
Maria Stella Fera	Ospedale San Camillo	Roma	Gaetano Satullo	Ospedale Papardo	Messina
Giovanni Gaeta	Ospedale Cardarelli	Napoli	Marino Scherillo	Azienda Osp. Vincenzo Monaldi	Napoli
Germano Gaggioli	Osp. Riuniti V. Leonardi E. Riboli	Lavagna (GE)	Paolo Spirito	Ospedali Galliera	Genova
Alfonso Galati	Ospedale Santo Spirito	Roma	Giuseppe Steffenino	Ospedale Santa Croce	Cuneo
Marcello Galvani	Os. G.B. Morgagni - L. Pierantoni	Forlì	Roberto Tramarin	Fond. S. Maugeri Clinica del Lav.	Pavia
Antonello Gavazzi	Ospedale Policlinico San Matteo	Pavia	Antonio Vincenti	Ospedale San Gerardo	Monza
Gabriella Greco	Ospedale Santo Spirito	Roma	Alberto Volpi	Ospedale Civile Fornaroli	Magenta (MI)
Raffaele Griffo	Ospedale La Colletta	Arenzano (GE)	Massimo Zoni Berisso	Ospedali Galliera	Genova
Peter Knoll	Ospedale Generale Regionale	Bolzano			

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			

NOI E GLI ALTRI

Linee Guida sull'uso appropriato delle metodiche strumentali in Cardiologia

di Gianfranco Mazzotta

Durante il Consiglio Direttivo del mese di Gennaio, il Consiglio Direttivo ANMCO ha approvato il testo delle linee guida ANMCO-SIC-GICN sull'uso appropriato delle metodiche di **Medicina Nucleare in Cardiologia** (commissione coordinata da Gianfranco Mazzotta, componenti: Michele Galli, Pierluigi Pieri, Salvatore Pirelli (ANMCO); Gianni Bisi, Alberto Cuocolo, Eugenio Inglese, Flavio Tartagni (SIC); Oberdan Parodi (GICN).

Sono anche già state approvate le linee guida ANMCO-SIC-SIIA sull'**Ipertensione Arteriosa** (commissione coordinata da Giampaolo Trevi, componenti: Ezio Giovannini, Sergio Pe-de, Paolo Verdecchia (ANMCO); Salvatore Novo, Franco Sau (SIC); Enrico Agabiti-Rosei, Giuseppe Mancina, Alessandro Rappelli (SIIA).

Il Consiglio Direttivo ANMCO si è espresso in favore di una diffusione di queste linee guida attraverso la nostra rivista scientifica ufficiale, il *Giornale Italiano di Cardiologia*. Si attendono ancora le integrazioni ai testi sin ora pervenuti che furono richieste dopo il Consiglio Direttivo di luglio; evidentemente la richiesta di tali integrazioni ha prodotto un aggravio di lavoro di entità imprevista sui lavori delle commissioni, che però si sono nell'ultimo mese dichiarate pronte a concludere.

Si tratta delle commissioni sull'uso appropriato:

– **delle metodiche di elettrofisiologia** (Commissione ANMCO-SIC-GIA). Coordinatore: Fiorenzo Gaita; membri: Paolo Alboni (ANMCO); Antonio Brusca, Matteo di Biase (SIC); Jorge A. Salerno (GIA);

– **dell'eco-stress e dell'ecocardiogramma transesofageo**. Si tratta di una Commissione ANMCO-SIC-SIEC. Coordinatore: Sabino Iliceto; membri: Luigi Badano, Pio Caso, Francesco Faletta, Giovanni La Canna (ANMCO); Maria Rosaria Arnese, Gian Paolo Bezante, Francesco Fedele (SIC); Alfredo Zuppiroli (SIEC);

– **delle metodiche di emodinamica**. Si tratta di una Commissione ANMCO-SIC-GISE. Coordinatore: Massimo Chiarello; membri: Nicola Mininni, Amerigo Stabile (ANMCO); Manrico Balbi (SIC); Zoran Olivari (GISE);

– **delle metodiche di elettrostimolazione**. Si tratta di una Commissione ANMCO-SIC-AIC. Coordinatore: Massimo Zoni Berisso; membri: Alessandro Proclemer, Stefano Viani (ANMCO); Maria Grazia Buongiorno, Paolo Della Bella (SIC).

È in corso di svolgimento l'aggiornamento delle linee guida orientate al trattamento di patologie definite linee guida cliniche per le quali le commissioni sono formate da 2 componenti (uno di provenienza ANMCO e l'altro di provenienza SIC) come specificato in tabella.

COMMISSIONI LINEE GUIDA CLINICHE

- **Linee Guida sulla Cardiopatia Ischemica Acuta-Angina Instabile**
Filippo Crea, SIC (coordinatore)
Marcello Galvani, ANMCO
- **Linee Guida sulla Cardiopatia Ischemica Acuta-Infarto Miocardico Acuto**
Francesco Mauri, ANMCO (coordinatore)
Rita Mariotti, SIC
- **Linee Guida sulla Cardiopatia Ischemica Cronica**
Giuseppe Specchia, SIC (coordinatore)
Raffaele Greco, ANMCO
- **Linee Guida sullo Scompensamento Cardiaco**
Antonello Gavazzi, ANMCO (coordinatore)
Roberto Ferrari, SIC
- **Linee Guida sul Follow-up del Cardiopatico Congenito Operato**
Luciano Daliento, SIC (coordinatore)
Pierluigi Colonna, ANMCO

Da più parti è giunta la richiesta di poter prendere visione delle linee guida ANMCO-SIC-ANCE-GIVFRC-SIEC sul corretto utilizzo di ECG da sforzo, holter, monitoraggio di PA e doppler vascolare. È la linea guida di maggiore interesse, giacché interessa le metodiche di più ampio utilizzo e sulle quali si investono consistenti risorse; la commissione è stata ottimamente coordinata da Giuseppe Pinelli; membri: Claudio De Vita, Paolo Giani, Sabino Scardi (ANMCO); Antonio Brusca, Salvatore Caponnetto, Angelo Cherchi, Maria Penco (SIC); Elbano Busnago, Claudio Cella, Cataldo Graci, Cesare Proto (ANCE); Raffaele Griffo (GIVFRC); Alberto Balbarini (SIEC).

Nell'attesa dell'imminente completamento del testo con l'editoriale e la bibliografia, rispondo volentieri all'attesa di molti pubblicando qui di seguito l'elaborato sintetico della commissione, che è stato approvato dal Consiglio Direttivo nel luglio u.s.

LINEE GUIDA PER L'USO APPROPRIATO DI ECG DA SFORZO, HOLTER, ECOCARDIOGRAMMA, MONITORAGGIO DI PA E DOPPLER VASCOLARE

INTRODUZIONE GENERALE

Le presenti Linee Guida sull'appropriatezza delle metodologie diagnostiche cardiologiche non invasive si rivolgono a **tutti i medici** che pongono l'indicazione all'esecuzione di tali indagini. Inoltre le presenti Linee Guida si riferiscono all'appropriatezza delle indagini eseguite in **regime ambulatoriale** quindi non sono stati contemplati i casi "acuti" o comunque riguardanti patologie che vengono gestite in regime di ricovero.

Affinché l'utilizzo di queste indagini sia appropriato è necessario tenere conto **dell'evidenza clinica** e **del rapporto costo-beneficio**. Si ritiene necessario affinché l'appropriatezza dell'indicazione possa

essere verificata, che tutti gli esami di II livello dovrebbero essere preceduti da **una valutazione clinica completa, meglio se corredata da un ECG, specificando sempre il motivo della richiesta**, poiché tali indagini non sono mai di primo impiego.

Per un impiego ottimale delle indagini non invasive è importante che l'indicazione sia posta tenendo conto:

- Delle informazioni che l'esame può fornire
- Della capacità di definire diagnosi, prognosi e di indirizzare verso una terapia adeguata.

Le Linee Guida suggeriscono, sulla base dell'evidenza clinica o

del consenso generale, quale è il grado di appropriatezza della relativa indicazione secondo la seguente classificazione:

- classe I: condizioni o pazienti per i quali c'è un'evidenza clinica o un accordo generale sul fatto che l'indagine sia appropriata
- classe II: condizioni o pazienti per i quali l'indagine è utilizzata frequentemente, ma non c'è evidenza clinica o accordo generale sul fatto che sia effettivamente una
- classe III: condizioni o pazienti per i quali c'è evidenza clinica o accordo generale sul fatto che l'indagine non sia appropriata.

Tali classi sono utili non solo per stabilire l'appropriatezza rispetto ad una specifica indagine strumentale, ma anche per orientare l'iter diagnostico da effettuare in una sequenza ragionata in base al quadro clinico o ad una valutazione funzionale. L'impegno successivo della Commissione dovrà essere orientato a definire percorsi diagnostico-strumentali appropriati rispetto al primitivo quesito clinico.

N.B.: L'evidenza clinica si riferisce alle Linee Guida affermate in campo internazionale dalle Società Scientifiche.

“APPROPRIATEZZA ALL'USO DEL TEST ERGOMETRICO”

Per quanto riguarda l'appropriatezza all'uso del test ergometrico due sono i riferimenti bibliografici fondamentali:

- le Linee Guida dell'apposita Task Force dell'ACC-AHA pubblicate nel 1986 e aggiornate nel 1997;
- le Linee Guida dell'apposita Task Force dell'ESC del 1993.

Negli ultimi aggiornamenti l'appropriatezza al TE tiene conto soprattutto del suo significato prognostico nelle diverse situazioni cliniche e del rapporto costo-efficacia in confronto con le altre metodiche di imaging oggi disponibili per la diagnosi e la prognosi della cardiopatia ischemica.

TEST ERGOMETRICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

TEST ERGOMETRICO	I	II	III
SCREENING	– Nessuna indicazione	Maschi > 40aa Femmine > 50aa: – Dediti ad occupazioni ad elevata responsabilità e/o alto impegno psico-fisico – Con più di 2 fattori di rischio maggiori – Con arteriopatia periferica	
DOLORE TORACICO - SOSPETTA CARDIOPATIA ISCHEMICA	– Pazienti con dolore toracico tipico per angina	– Pazienti con dolore toracico atipico e fattori di rischio multipli – Soggetti con disturbi di conduzione o alterazioni del tratto ST minori e/o aspecifici	– Soggetti con BBSn o WPW stabili, portatori di pacemaker o con alterazioni maggiori del tratto ST (anomalie che rendono il Test di difficile interpretazione)

LEGENDA: BBSn = Blocco di branca sinistra
WPW = Sindrome da Preeccitazione Ventricolare

TEST ERGOMETRICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

TEST ERGOMETRICO	I	II	III
PAZIENTI CON CARDIOPATIA ISCHEMICA NOTA	– Stratificazione del rischio – Valutazione dell'invalidità a fini assicurativi – Pre-riabilitazione o pre-training – In caso di variazioni del quadro clinico	– Angina variante – Controllo annuale dell'angina stabile e dell'ischemia miocardica silente – Valutazione effetto dei farmaci e del trattamento riabilitativo	– Angina instabile o infarto miocardico in fase acuta – In presenza di patologie gravi che limitano significativamente l'attesa di vita
Post-IMA	– Stratificazione prognostica del rischio, prescrizione di ciclo di riabilitazione – post-dimissione (entro 1 mese dall'IMA)	– Ricerca dell'ischemia residua in presenza di alterazioni maggiori del tracciato di base che rendono il Test di difficile interpretazione – Ridotta tolleranza allo sforzo	– Angina instabile – Aritmie minacciose – Insufficienza cardiaca non controllata dalla terapia

LEGENDA: IMA = Infarto miocardico acuto

TEST ERGOMETRICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

TEST ERGOMETRICO	I	II	III
DOPO PROCEDURE			
	<ul style="list-style-type: none"> Controlli programmati Precoci: 3-8 settimane post PTCA 3-6 settimane post BPAC Tardivi: 3-6 mesi post PTCA o BPAC Alla ripresa dei sintomi 	<ul style="list-style-type: none"> Controllo annuale in pazienti con persistenti fattori di rischio 	<ul style="list-style-type: none"> Angina instabile Sospetto IMA
PRE-INTERVENTI NON CARDIACI			
	Nessuna	<ul style="list-style-type: none"> Prima di interventi di chirurgia vascolare arteriosa Prima di interventi di chirurgia maggiore in presenza di cardiopatia ischemica nota, sospetta, altamente probabile o di arteriopatia periferica 	<ul style="list-style-type: none"> Angina instabile o IMA, insufficienza cardiaca non controllata o aritmie gravi
VALVULOPATIA			
	Nessuna	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione della capacità funzionale (soggettività non attendibile) 	<ul style="list-style-type: none"> Soggetti con SAo o CMPI con ostruzione moderato-severa sintomatica
IPERTENSIONE ARTERIOSA			
	Nessuna	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione delle terapie in soggetti che svolgono attività fisica impegnativa 	<ul style="list-style-type: none"> Pazienti con ipertensione arteriosa severa o non controllata
PACE-MAKER			
	Programmazione di PM rate-responsive	<ul style="list-style-type: none"> Ricerca della modalità ottimale di elettrostimolazione 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosi di malfunzionamento

LEGENDA:

SAo = Stenosi aortica
BPAC = By pass aortocoronarico

CMPI = Cardiomiopatia ipertrofica
PM = Pace-maker

PTCA = Angioplastica coronarica
IMA = Infarto miocardico acuto

TEST ERGOMETRICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

TEST ERGOMETRICO	I	II	III
INSUFFICIENZA CARDIACA (POSSIBILMENTE CON VALUTAZIONE CARDIORESPIRATORIA)			
	<ul style="list-style-type: none"> Definizione della capacità funzionale Timing per il trapianto Ricerca di ischemia in scompenso cardiaco di incerta eziologia 	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione prognostica Impostazione del programma di training Valutazione del trattamento farmacologico 	<ul style="list-style-type: none"> Recente EPA Scompenso da SAo, CMPI, o associato a coronaropatia da malattia del tronco comune Trapianto cardiaco recente Miocardite acuta
ARITMIE			
	<ul style="list-style-type: none"> A scopo diagnostico in presenza di: sincopi, presincopi, palpitazioni correlate allo sforzo A scopo prognostico: Stratificazione del rischio in presenza di WPW o sindrome del QT lungo 	<ul style="list-style-type: none"> Ricerca di ischemia miocardica in presenza di BEV frequenti e/o precoci Effetto dello sforzo fisico in malattia del nodo del seno o BAV parossistico Effetto della terapia sulle aritmie correlate allo sforzo fisico Documentazione della modalità di innesco delle aritmie e valutazione del ruolo del SNA 	<ul style="list-style-type: none"> Aritmie gravi e/o recenti Aritmie in pazienti con scompenso cardiaco

LEGENDA:

WPW = Sindrome da Preeccitazione Ventricolare
EPA = Edema polmonare acuto
SAo = Stenosi aortica

CMPI = Cardiomiopatia ipertrofica
BEV = Battiti ectopici ventricolari
BAV = Blocco atrio-ventricolare

SNA = Sistema nervoso autonomo
AV = Atrio-ventricolare

“APPROPRIATEZZA ALL’USO DELL’ECOCARDIOGRAMMA”

Per quanto riguarda l’appropriatezza all’uso dell’ecocardiogramma il riferimento bibliografico principale è quello delle Linee Guida dell’apposita Task Force dell’AHA-ACC che ha pubblicato i suoi risultati nel 1993 con un recente aggiornamento pubblicato nel marzo del 1997.

In queste ultime Linee Guida si sottolinea l’assenza di studi randomizzati in doppio cieco che attestino l’utilità della singola indagine nelle diverse situa-

zioni cliniche; inoltre è stata specificata meglio la frequenza con cui l’indagine deve essere ripetuta nel follow-up. Il panel di esperti ha compiuto uno sforzo al fine di cercare di fornire un orientamento alla pratica clinica che coniughi l’esigenza di avere informazioni sia diagnostiche che prognostiche accurate con quella di evitare esami ripetitivi e dall’esito ininfluenza sul successivo iter diagnostico-terapeutico.

ECOCARDIOGRAFIA - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA - 1998

INDICAZIONE IN SOGGETTI SENZA CARDIOPATIA NOTA

* In questi casi l’indicazione viene posta, dopo una completa valutazione clinica comprensiva di ECG, sulla base dei SINTOMI o comunque della probabilità che l’ecocardiogramma sia in grado di svelare una cardiopatia in una popolazione a rischio aumentato

	I	II	III
SCREENING NELLA POPOLAZIONE ASINTOMATICA (* cardiomiopatia ipertrofica, sindrome di Marfan, altre patologie trasmesse geneticamente)	<ul style="list-style-type: none"> – Storia familiare di malattia cardiovascolare trasmessa geneticamente * – Pazienti candidati a chemioterapia o comunque esposti ad agenti cardiotossici – Soggetti potenziali donatori per il trapianto 	<ul style="list-style-type: none"> – Atleti a livello agonistico – Pazienti con malattia sistemica che può interessare il cuore – Soggetti asintomatici con BBDx, BBSn o con BAV di II e III grado 	<ul style="list-style-type: none"> – Popolazione generale
DOLORE TORACICO (* fondato sospetto = segni clinici, ECGgrafici e radiologici; l’ecocardiogramma è sempre un’indagine di II livello rispetto a quelli citati)	<ul style="list-style-type: none"> – In presenza di fondato sospetto* di cardiopatia ischemica, valvolare, del muscolo cardiaco o del pericardio 		<ul style="list-style-type: none"> – Quando il dolore toracico è di documentata eziologia non cardiovascolare
DISPNEA/EDEMI DECLIVI (* fondato sospetto = segni clinici, ECGgrafici e radiologici; l’ecocardiogramma è sempre un’indagine di II livello rispetto a quelli citati)	<ul style="list-style-type: none"> – In presenza di fondato sospetto* di cardiopatia ischemica, valvolare, del muscolo cardiaco o del pericardio 		<ul style="list-style-type: none"> – Quando la dispnea o gli edemi sono di documentata eziologia non cardiovascolare
PALPITAZIONI (* fondato sospetto = segni clinici, ECGgrafici e radiologici; l’ecocardiogramma è sempre un’indagine di II livello rispetto a quelli citati)	<ul style="list-style-type: none"> – In presenza di fondato sospetto* di cardiopatia ischemica, valvolare, del muscolo cardiaco, del pericardio – In caso di aritmie maggiori sospette o documentate (fibrillazione atriale, flutter atriale, aritmie ventricolari “life threatening”) – In soggetti con storia familiare di cardiopatia trasmessa geneticamente con aumentato rischio di morte improvvisa (cardiomiopatia ipertrofica, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> – In presenza di qualsiasi aritmia in cui venga posta indicazione ad un trattamento farmacologico 	<ul style="list-style-type: none"> – Palpitazioni aspecifiche – Aritmie “minori” (in particolare BEV isolati) senza segni clinici di sospetta cardiopatia
“SOFFIO CARDIACO” *	<ul style="list-style-type: none"> – Soffio di probabile origine organica 		<ul style="list-style-type: none"> – Soffio “innocente”

LEGENDA:

BBDx = Blocco di branca destra
BBSn = Blocco di branca sinistra

BAV = Blocco atrio ventricolare
BEV = Battiti ectopici ventricolari

ECOCARDIOGRAFIA - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA - 1998

INDICAZIONE IN SOGGETTI CON CARDIOPATIA NOTA

* In questi casi l'indicazione può essere posta con diversi obiettivi:
 a) definire meglio il quadro anatomico e funzionale in soggetti in cui la diagnosi è già stata sospettata o accertata con la valutazione clinico-ECGgrafica o con altri esami
 b) identificare modificazioni nel caso in cui siano comparsi nuovi sintomi o segni clinici
 c) monitorare la cardiopatia nel follow-up

	I	II	III
VALVULOPATIE	⇨ Definizione diagnostica – Sempre ⇨ Monitoraggio del decorso clinico – in tutti i casi in cui si verifichi una variazione rilevante del quadro clinico – ogni 6 mesi-1 anno nelle valvulopatie a stenosi prevalente in cui l'indicazione chirurgica è prossima o in cui è prevedibile un'evoluzione rapida (es. stenosi aortica dell'anziano) – ogni anno dopo valvuloplastica mitralica percutanea – nelle valvulopatie a insufficienza prevalente medio-grave (ogni anno) – nei portatori di protesi valvolare dopo 3 mesi dall'intervento e nel sospetto di un malfunzionamento	⇨ Monitoraggio del decorso clinico – nelle valvulopatie lievi, moderate e nei portatori di protesi valvolari senza dilatazione o disfunzione ventricolare e senza modificazioni significative del quadro clinico (ogni 1-2 anni)	
CARDIOPATIA ISCHEMICA (ANGINA PECTORIS, POST-IMA, POST-PTCA, POST-BPAC)	⇨ Definizione Diagnostica – In tutti i casi dopo la diagnosi clinico-ECGgrafica di cardiopatia ischemica – In tutti i casi entro i primi tre mesi dopo IMA, PTCA o BPAC ⇨ Monitoraggio del decorso clinico – Almeno 1 volta l'anno nei pazienti con cardiopatia ischemica stabile e disfunzione ventricolare sinistra – In tutti i casi quando si verifica una modificazione significativa del quadro clinico – Ogni 6 mesi in pazienti con dilatazione ventricolare sinistra e/o con segni iniziali di disfunzione ventricolare	– Cardiopatia ischemica stabile senza disfunzione ventricolare sinistra	
CARDIOMIOPATIE PRIMITIVE E SECONDARIE	⇨ Definizione diagnostica – Sempre ⇨ Monitoraggio del decorso clinico – in tutte le cardiomiopatie è da effettuare ogni 6 mesi-1 anno, nelle forme tossiche da trattamenti chemioterapici o da etilismo cronico sono consigliabili controlli più ravvicinati	– cardiomiopatia possibile – malattie sistemiche a possibile coinvolgimento cardiaco	– malattia sistemica a raro coinvolgimento cardiaco
MALATTIE DEL PERICARDIO	⇨ Definizione diagnostica – Sempre ⇨ Monitoraggio del decorso clinico – Almeno 1 volta l'anno nei pazienti in cui dopo una patologia pericardica sono presenti segni di "cronicizzazione" (pericardite costrittiva, etc.)	– Pazienti con pregressa patologia pericardica, senza esiti	
IPERTENSIONE ARTERIOSA	⇨ Monitoraggio del decorso clinico – Ipertensione sisto-diastolica grave (PA diastolica ≥ 115 mmHg) – In caso di danno d'organo – In caso di insorgenza di sintomi a carico dell'apparato cardiovascolare	– Ipertensione stabile (PA diast. = <115) senza segni clinici o strumentali di danno d'organo o con altri fattori di rischio associati	– Ipertensione border-line di recente accertamento

LEGENDA:

IMA = Infarto miocardico acuto
 PTCA = Angioplastica coronarica

BCPAC = By-pass aortocoronarico
 PA = Pressione arteriosa

ECOCARDIOGRAFIA - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA - 1998

INDICAZIONE IN SOGGETTI CON MALATTIE EXTRACARDIACHE

In questi casi l'indicazione viene posta in soggetti senza cardiopatia nota, ma in cui la malattia extracardiaca può produrre come conseguenza una patologia cardiaca

	I	II	III
MALATTIE POLMONARI	<ul style="list-style-type: none"> - Sospetta ipertensione polmonare - Sospetto cuore polmonare 	<ul style="list-style-type: none"> - Pregressa embolia polmonare - BPCO 	
DISTURBI NEUROLOGICI			
ISCHEMIA CEREBRALE	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Definizione diagnostica - Sospetta ischemia cerebrale cardioembolica - Ischemia cerebrale recente, età < 45aa - Ischemia cerebrale recente, assenza di patologia carotidea, età > 45aa 	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Monitoraggio del decorso clinico - nel soggetto con pregressa ischemia cerebrale cardioembolica (vedi indicazioni in base alla cardiopatia accertata) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ischemia cerebrale d'eziologia non cardiaca
SINCOPE	<ul style="list-style-type: none"> - Sospetta CMPI ostruttiva, stenosi aortica o mitralica importante - Sincopi ripetute in pazienti con occupazioni ad alto rischio 		<ul style="list-style-type: none"> - Eziologia accertata non cardiovascolare
MALATTIA DELL'AORTA TORACICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Definizione diagnostica - Sospetta dissezione aortica - Parenti di 1° grado di pazienti affetti da malattia connettivale a trasmissione genetica (sindrome di Marfan, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ⇨ Monitoraggio del decorso clinico - pazienti con dilatazione dell'aorta ascendente 	

LEGENDA:

BPCO = Broncopneumopatia cronica ostruttiva

CMP = Cardiomiopatia ipertrofica

"APPROPRIATEZZA ALL'USO DELL'ECG DINAMICO" (SECONDO HOLTER)

Secondo le Linee Guida dell'ACC-AHA che risalgono al 1989, la capacità dell'ECG dinamico di svelare un episodio (aritmico o ischemico) deve tener conto che:

1. non essendo un test provocativo la sensibilità della metodica è ridotta in considerazione delle durata relativamente breve della registrazione (in genere 24 ore)
2. per le stesse ragioni la sua possibile indicazione va sempre confrontata con **quella a test provocativi** (che sono in genere da preferirsi)
3. in ogni caso bisogna valutare preventivamente in che misura l'esito del-

l'esame ci permette di definire meglio la diagnosi o di modificare la strategia terapeutica.

Le Linee Guida orientano l'utilizzo dell'ECG Dinamico alla ricerca di aritmie e/o ischemia in soggetti con o senza cardiopatia nota.

Nel Rapporto sulla Competenza Clinica dell'ACP-ACC-AHA pubblicato nel 1993 si ribadisce che: "il medico che richiede l'esame ha la responsabilità che l'ECG dinamico sia richiesto secondo un'indicazione appropriata e che il risultato sia inserito in una prospettiva corretta nel processo decisionale per il singolo paziente".

ECG DINAMICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

ARITMIE

	I	II	III
1. VALUTAZIONE DI SINTOMI CHE POSSONO ESSERE CORRELATI CON ARITMIE (SOGGETTI SENZA CARDIOPATIA NOTA) (*)	<ul style="list-style-type: none"> - Crisi di cardiopalma prolungate e/o frequenti - Sincopi e presincopi 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispnea e dolore toracico non altrimenti spiegabili e di possibili origine aritmica 	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomi difficilmente attribuibili ad aritmia (vertigini isolate, vampate di calore) - P.V.M. asintomatico - Soggetto asintomatico che svolge attività fisica - Soggetto asintomatico che svolge professione a rischio
2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO ARITMICO IN PAZIENTI CON O SENZA SINTOMI CORRELABILI AD ARITMIE (PAZIENTI CON CARDIOPATIA)	<ul style="list-style-type: none"> - CMPI con o senza sintomi - Post-IMA con disfunzione ventricolare sinistra severa - Cardiopatia ischemica cronica + disfunzione ventricolare sinistra e/o sintomi suggestivi per aritmie - WPW o QT lungo con o senza sintomi - Valvulopatia aortica severa + sintomi suggestivi per aritmie - Cardiomiopatia dilatativa con disfunzione ventricolare sinistra + sintomi suggestivi per aritmie - P.V.M. complicato e sintomatico 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiomiopatia dilatativa con disfunzione ventricolare sinistra lieve/moderata - P.V.M. non complicato e paucisintomatico 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatia ischemica cronica stabile senza disfunzione ventricolare né sintomi aritmici
3. VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELLA TERAPIA ANTI-ARITMICA (**)	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti che prima del trattamento presentavano: BEV frequenti e sintomatici TPSV Episodi di TV FA o Flutter atriale parossistico Preeccitazione ventricolare persistente o prevalente nelle 24 ore 	<ul style="list-style-type: none"> - per ricercare effetti proaritmici - in presenza di bradicardia marcata e sospetti BSA o BAV da farmaci 	<ul style="list-style-type: none"> - nessuna

LEGENDA:

CMPI = Cardiomiopatia ipertrofica BEV = Battiti ectopici ventricolari BSA = Blocco seno atriale
 IMA = Infarto miocardico acuto TPSV = Tachicardia parossistica sopraventricolare BAV = Blocco atrio-ventricolare
 WPW = Sindrome da Preeccitazione Ventricolare TV = Tachicardia ventricolare
 PVM = Prolasso valvolare mitralico FA = Fibrillazione atriale

ECG DINAMICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

ISCHEMIA

	I	II	III
1. RICERCA DI ISCHEMIA IN PRESENZA DI DOLORE TORACICO (***)	<ul style="list-style-type: none"> - Angina variante accertata o sospetta 	<ul style="list-style-type: none"> - Angina a riposo accertata o sospetta 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con angina altrimenti documentata - Pazienti con dolori toracici atipici
2. RICERCA DI ISCHEMIA IN SOGGETTI ASINTOMATICI	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna 	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna 	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna
3. RICERCA DI ISCHEMIA IN SOGGETTI CON CARDIOPATIA NOTA	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna 	<ul style="list-style-type: none"> - Post-IMA - Pazienti con sintomi che si sospetta siano equivalenti ischemici - Pazienti con angina per la ricerca di ischemia silente 	<ul style="list-style-type: none"> - Routine dopo IMA - Routine dopo BPAC - Pre-riabilitazione
4. RICERCA DI ISCHEMIA A FINI PROGNOSTICI	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna 	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna 	<ul style="list-style-type: none"> - Come test unico nel valutare la prognosi

* La possibilità di documentare le modificazioni del ritmo cardiaco in corso di disturbo accessoriale è legata alla frequenza con cui il disturbo si presenta. In caso di sintomi sporadici possono essere più appropriate altre metodiche come l'ECG transtelefonico o la registrazione intermittente di lunga durata attivabile dal paziente (continuous loop).

** Data la variabilità spontanea della frequenza delle aritmie un effetto favorevole della terapia può essere accreditato solo se vi è una forte riduzione dei BEV (> 80%) o scomparsa delle

forme ripetitive, delle TV e delle tachiaritmie SV.

*** La diagnosi di ischemia basata su variazioni transitorie del tratto ST richiede l'applicazione di criteri rigidi e l'impiego di apparecchiature con adeguati requisiti tecnici. Anche in presenza di tali requisiti la sensibilità diagnostica della metodica varia ampiamente partendo da un minimo nel paziente senza angina e senza coronaropatia nota raggiungendo il valore massimo nel paziente anginoso con coronaropatia accertata.

LEGENDA: MA = Infarto miocardico acuto BPAC = By-pass aortocoronarico BEV = Battiti ectopici ventricolari

ECG DINAMICO - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

PORTATORI DI PACEMAKER

	I	II	III
PER CONTROLLO IN PORTATORI DI PACEMAKER	In presenza di: <ul style="list-style-type: none"> - sintomi parossistici - rilievo di inibizione da miopotenziali - pacemaker-tachycardia - valutazione della funzione anti-tachicardica - valutazione dei PM ratere-sponsive 	⇔ Monitoraggio del decorso clinico <ul style="list-style-type: none"> - valutazione del sensing e del pacing dopo l'impianto - analisi della ripartizione nelle 24 ore tra QRS spontanei e indotti da PM - TPSV in paziente con ICD 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione di disturbi del PM già identificati dall'ECG a riposo

LEGENDA:

TPSV = Tachycardia parossistica sopraventricolare

ICD = Defibrillatore impiantabile

PM = Pacemaker

ECOCOLORDOPPLER DEI VASI EPIAORTICI - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

	I	II	III
INDICAZIONI SULLA BASE DI SEGNI CLINICI			
	<ul style="list-style-type: none"> - Emiparesi - Soffio carotideo - Differenza significativa della PA nei due arti (>20 mmHg) - Tumefazione pulsante in regione latero-cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Nistagmo 	<ul style="list-style-type: none"> - Ptosi palpebrale
INDICAZIONE SULLA BASE DEI SINTOMI			
	<ul style="list-style-type: none"> - Amaurosi transitoria - Ipostenia di un arto - Parestesie focali - Drop attacks - Disartria - Afasia 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplopia - Sincope - Vertigini soggettive - Amnesia globale transitoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Parestesie aspecifiche
SCREENING			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con aterosclerosi polidistrettuale accertata con interessamento di almeno 2 distretti o di un solo distretto se in previsione di intervento chirurgico maggiore o vascolare - Pazienti con cardiopatia ischemica accertata ed indicazioni alla rivascolarizzazione coronarica 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti asintomatici che presentano almeno due fattori di rischio per aterosclerosi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti asintomatici che presentano un solo fattore di rischio per aterosclerosi
MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con pregressa endoarterectomia o angioplastica carotidea (ogni 6 mesi - 1 anno) - Pazienti con stenosi carotidea nota (ogni 6 mesi - 1 anno) - Pazienti con ostruzione controlaterale di carotide 		

ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

I

II

III

INDICAZIONI SULLA BASE DI SEGNI CLINICI			
	<ul style="list-style-type: none"> - Iposfigmia - Afigmia - Ipotermia - Soffio o fremito - Tumefazione pulsante in regione femorale o poplitea (lesioni trofiche) 		
INDICAZIONE SULLA BASE DEI SINTOMI			
	<ul style="list-style-type: none"> - Claudicatio intermittens - Dolore tipico a riposo 		- Dolore di natura non vascolare
SCREENING			
	- Pazienti con aterosclerosi polidistrettuale con coinvolgimento di almeno due distretti	- Pazienti asintomatici che presentano almeno due fattori di rischio maggiore per aterosclerosi	- Pazienti asintomatici che presentano un solo fattore di rischio per aterosclerosi
MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con pregresso intervento di rivascularizzazione o angioplastica sulle arterie degli arti inferiori (ogni 6 mesi - 1 anno) - Pazienti con arteriopatia obliterante nota (ogni 6 mesi - 1 anno) 		

ECOCOLORDOPPLER VENOSO DEGLI ARTI INFERIORI LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

I

II

III

INDICAZIONI SULLA BASE DI SEGNI CLINICI			
	<ul style="list-style-type: none"> - Edema da sospetta trombosi venosa profonda (TVP) od insufficienza venosa cronica - Embolia polmonare recente - Varici ed ulcere venose 		<ul style="list-style-type: none"> - Edema di origine cardiaca - Edema di origine linfatica
INDICAZIONE SULLA BASE DEI SINTOMI			
	- Dolore spontaneo o provocato (Segno di Homans e Bauer)		
SCREENING			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti candidati ad interventi chirurgici ortopedici maggiori - Pazienti con pregressa embolia polmonare - Pazienti con deficit accertato dell'AT III[^], carenze di fattori VIII, di proteine C e S. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione in soggetti in attesa di by pass aortocoronarico - Gravidanza con fattori di rischio per la TVP 	
MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO			
		<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio dopo flebectomia e stripping della safena (ogni anno) - Monitoraggio dei pazienti con TVP 	

LEGENDA:

AT III[^] = Antitrombina III[^]

ECOCOLORDOPPLER DELL'AORTA ADDOMINALE - LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998

	I	II	III
INDICAZIONI SULLA BASE DI SEGNI CLINICI			
	<ul style="list-style-type: none"> - Massa pulsante addominale - Soffio addominale sull'aorta e/o sulle arterie renali 		
SCREENING			
	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con più di due fattori di rischio maggiori in presenza di vasculopatia periferica o eventi ischemici cerebrali e/o coronarici - Familiarità per aneurisma dell'aorta addominale età >55 aa e due fattori di rischio maggiori 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di vasculopatia periferica - Pazienti con almeno due fattori di rischio maggiori ed età > 55 aa 	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con almeno due fattori di rischio maggiori ed età < 55 aa
MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO			
	<ul style="list-style-type: none"> - Aneurisma senza indicazione chirurgica (ogni 6 mesi) - Post-intervento di aneurisma (ogni anno) 		

**MONITORAGGIO AMBULATORIALE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
LINEE GUIDA DELLA TASK FORCE ITALIANA, 1998**

	I	II	III
	<ul style="list-style-type: none"> - Iperensione borderline ma con evidenza di danno d'organo - Iperensione da "camice bianco" - Crisi ipertensive documentate 	<ul style="list-style-type: none"> - Iperensione con sospetta resistenza alla terapia - Ipotensione transitoria - Valutazione della PA in pz con angina/dispnea a riposo o notturna - Disfunzione del SNA 	<ul style="list-style-type: none"> - Nei protocolli diagnostici di base - Valutazione routinaria di efficacia della terapia antiipertensiva

Avviso ai Soci ANMCO

Come consuetudine durante il Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO è convocata l'Assemblea dei Soci dell'Associazione. Quest'anno avrà luogo, in prima convocazione lunedì 31 maggio alle ore 6.00 e,

IN SECONDA CONVOCAZIONE LUNEDÌ 31 MAGGIO - DALLE ORE 17.45 ALLE ORE 20.00

Ricordiamo che per poter partecipare all'Assemblea, oltre a ritirare il pass presso la Segreteria ANMCO, è necessario essere in regola con il pagamento della quota associativa dell'anno in corso (ed eventuali precedenti).

Possono partecipare sia i Soci Ordinari che quelli Aggregati, questi ultimi senza diritto di voto.

L'Ordine del Giorno è il seguente:

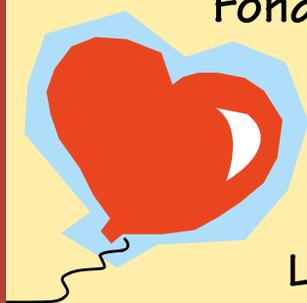
- 1) Relazione del Presidente sulle attività dell'Associazione
- 2) Relazione del Segretario
- 3) Presentazione del Bilancio da parte del Tesoriere
- 4) Relazione informativa relativa ai risultati economici della controllata E.C.O. s.r.l. da parte dell'Amministratore Delegato
- 5) Relazione del Direttore del Centro Studi
- 6) Relazione del Direttore del Giornale Italiano di Cardiologia
- 7) Relazione sull'attività della Federazione di Cardiologia
- 8) Modifiche di Statuto dell'Associazione
- 9) Varie ed eventuali

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.

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 scompenato 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

AREA ARITMIE

NOTIZIE DALL'AREA ARITMIE

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie in carica per il periodo 1-1-1999 / 31-12-2000 è così costituito:

Chairman: Massimo Santini

Co-Chairman: Marcello Disertori

Comitato di Coordinamento: Alessandro Capucci, Fiorenzo Gaita, Claudio Pandozi, Sergio Sermasi

Contact-persons: Federico Lombardi, George A. Salerno-Uriarte, Alessandro Mugelli, Luigi Padelletti

Il programma dell'Area sarà particolarmente intenso prevedendo la fase operativa dell'osservatorio epidemiologico della fibrillazione atriale (già approvato dal precedente Comitato di Coordinamento dell'Area); l'inizio di un trial-registro della stimolazione cardiaca biventriolare nello scompenso cardiaco, insieme all'Area Scompenso ed altre iniziative didattiche e scientifiche che saranno discusse nella prossima riunione del Comitato di Coordina-

mento dell'Area. L'intenzione è di potenziare l'attività culturale didattica e di ricerca nel campo della elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca in collaborazione con l'AIAC e l'Area Aritmie della SIC, sia in ambito nazionale che internazionale.

A tal fine si invitano tutti gli esperti del settore ad iscriversi all'European Working Group in Cardiac Pacing (iscrizione recentemente semplificata dalle recenti norme del gruppo) e a quello di Arrhythmias al fine di poter contare sempre di più anche in Europa.

A tal fine è sufficiente inviare la domanda ed un breve curriculum vitae all'Area Aritmie dell'ANMCO che lo inoltrerà insieme alle altre al Working

AREA CHIRURGICA

NOMINATO IL COMITATO DI COORDINAMENTO DELL'AREA CHIRURGICA

Chairman

Dott. Enrico Massa, Roma

Co-Chairman

Dott. Giuseppe Di Eusanio, Ancona

Consiglieri

*Dott. Loris Salvador, Treviso - Dott. Enrico Coscioni, Salerno
Prof. Bruno Branchini, Trieste - Dott. Vittorio Creazzo, Roma*

Esperti

Prof. Valfré, Treviso - Prof. Musumeci - Prof. Di Benedetto, Salerno

Group Europeo di competenza.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria ANMCO - Sezione Aree (Sig.ra Monica Lorimer) che potrà fare da tramite per la vostra iscrizione, o in alternativa alla segreteria dell'AIAC, Dott. Maurizio Santomauro, con la quale sarà organizzato un piano comune d'informazione.

Massimo Santini

CHAIRMAN AREA ARITMIE ANMCO
CO-CHAIRMAN EUROPEAN WORKING GROUP IN
CARDIAC PACING

Progetto Area Aritmie dell'ANMCO Osservatorio Epidemiologico della Fibrillazione Atriale in Italia

COGNOME _____ NOME _____

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 a partecipare

Desidero ricevere ulteriori informazioni sullo studio

AREA PREVENZIONE

PROGRAMMA DELL'AREA PREVENZIONE

di **Diego Vanuzzo**

Per il 1999-2000 il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione è così composto:

- Diego VANUZZO, chairman
- Sergio PEDE, cochairman
- Marinella GATTONE, membro
- Lorenza PILOTTO, membro
- Giuseppe SCHILLACI, membro
- Massimo UGUCCIONI, membro

I criteri che hanno portato alla scelta dei membri sono stati: età: la media è sui 45 anni, età in cui ci dovrebbe esse-

re una felice sintesi tra esperienza, ponderazione ed entusiasmo; il sesso: sono state tenute presenti le pari opportunità; la dislocazione geografica, con l'eccezione della Dott.ssa Pilotto, cooptata anche per garantire il contatto con il Centro di Udine impegnato anche a livello internazionale; la conoscenza della lingua inglese. È riportato un breve profilo dei componenti il Comitato di Coordinamento.

Già con il numero di dicembre 1998 di "Cardiologia negli Ospedali", Franco Valagussa, chairman uscente dell'Area, ha illustrato tre momenti di rilievo per il 1999: la 2ª Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica intitolata al Prof. Giorgio Antonio Feruglio (Roma, Istituto Superiore di Sanità, 19-21 aprile 1999); la conclusione dello Studio GISSI-Prevenzione e l'avvio del Monitoraggio della Prevenzione Secondaria dopo IMA:100 – 1000 – 10000. Nello stesso numero del giornale Sergio Pe-de, cochairman dell'Area, ha riferito del Progetto Ipertensione, altro momento culminante delle attività dell'Area. È opportuno approfondire questi temi, prima di introdurre gli altri su cui si muoverà l'Area, nella transizione verso il nuovo millennio, dopo l'approvazione del Consiglio Direttivo.

La conclusione dello Studio GISSI-Prevenzione rappresenta una realizzazione di grande rilievo per l'Area Preven-

**Diego
VANUZZO**

chairman



48 anni; laureato a Padova nel 1975, specializzato in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare (Padova 1978), Igiene e Medicina Preventiva (Padova 1982), Medicina dello Sport (Roma 1985).

Volontario presso la Clinica Medica dell'Università di Padova – sezione Ipertensione sino al 1981, da allora sino ad oggi ha lavorato al Centro per la Lotta con-

tro le Malattie Cardiovascolari all'Ospedale S. M. Misericordia di Udine divenendone dal 1994 responsabile. Come aree di interesse ha privilegiato l'epidemiologia, la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari.

Ha partecipato a vari studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'argomento (Community Centre of Hypertension, sezione italiana Progetto di Campo S. Piero – Comprehensive Cardiovascular Community Control Programs – sezione italiana Progetto Martignacco – Progetto MONICA) e ad uno studio dell'Unione Europea (Progetto CLARA).

Coordinatore del Comitato Scientifico per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari della Regione Friuli-Venezia Giulia dal 1996, dallo stesso anno è direttore del "WHO Collaborating Centre for Research and Training in Monitoring and Prevention of Cardiovascular Diseases". Esperto dell'Istituto superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica. Nel 1997-98 è stato co-chairman dell'Area Prevenzione dell'ANMCO e dal 1998 è fellow dell'Associazione.

Ha pubblicato 130 articoli e monografie sull'epidemiologia e prevenzione delle malattie cardiovascolari. Oltre all'italiano conosce operativamente la lingua inglese.

**Sergio
PEDE**

co-chairman



48 anni, si è laureato presso l'Università di Perugia nel 1975, si è specializzato in Endocrinologia e Malattie del Ricambio nel 1978 presso la stessa Università ed in Cardiologia nel 1982 presso la I Facoltà dell'Università di Napoli.

Volontario presso l'Istituto di Patologia Speciale Medica dell'Università di Per-

ugia nel 1976, ha successivamente svolto la propria attività presso il Servizio di Cardiologia dell'Ospedale "N. Melli" di S. Pietro Vernotico (BR), dove è attualmente responsabile del Modulo Ipertensione Arteriosa.

Le sue aree di interesse sono: Ipertensione Arteriosa, Cardiologia preventiva, Ecocardiografia. Nel biennio 1994-1996 è stato membro del Consiglio Direttivo Nazionale dell'ANMCO e dal 1996 al 1998 è stato Segretario Generale Nazionale dell'Associazione.

È stato componente delle Commissioni "Linee Guida – Ipertensione Arteriosa e

Patologia Cardiaca", "Criteri di accreditamento delle Strutture Cardiologiche", "Dipartimenti Cardiovascolari"; è responsabile dei Corsi del Learning Center "La gestione ambulatoriale dei pazienti ipertesi" e "Attività di Cardiologia Preventiva"; è coordinatore del Progetto GACIA; è membro del Comitato Scientifico dello Studio IMPRESSIVE ed è Fellow dell'ANMCO.

Dal 1997 è membro del Comitato Scientifico del Congresso annuale della European Society of Cardiology; dalla stessa data è revisore di abstract per i Congressi ANMCO ed ESC.

Ha pubblicato 58 lavori scientifici e conosce la Lingua Inglese.
Riconoscimenti: Fellow ANMCO.

zione che è nata in parte dallo slancio e dalla dedizione dei cardiologi coinvolti in questo studio. Al di là dei risultati scientifici, che saranno certamente cospicui, mi preme qui sottolineare il valore aggregante e culturalmente stimolante di uno studio come il GISSI-Prevenzione nella speranza che possa servire da 'palestra' per molti cardiologi, soprattutto giovani, che intendono cimentarsi con la ricerca clinica applicata, strumento indispensabile di crescita culturale. Un altro prodotto non secondario del GISSI-Prevenzione sarà la nuova CARTA DEL RISCHIO POST-IMA, strumento prezioso per un'azione efficace di prevenzione secondaria nel nostro paese.

Monitoraggio della Prevenzione Secondaria dopo IMA: 100 - 1000 - 10000 è un'iniziativa, realizzata grazie alla Pfizer Italiana, che entra finalmente in fase attuativa e consentirà, grazie ai 100 cardiologi dell'Area già formati e ai 1000 medici di famiglia da loro scelti, di conoscere lo stato dei fattori di rischio in 10.000 pazienti dopo infarto miocardico. Questa mappatura è essenziale per impostare programmi efficaci di prevenzione secondaria, strategicamente messa al primo posto, per la sua praticabilità, dalle Linee Guida Europee.

Il **Progetto Ipertensione** dell'Area Prevenzione è piuttosto vivace e articolato e comprende:

- 1) La Rete degli Ambulatori Cardiologici per l'ipertensione arteriosa. Le strutture aderenti sono al momento 240 ed è in corso di sviluppo un nuovo software definito "Ipertensione Arteriosa e Cardiologia Preventiva" dedicato alla gestione delle problematiche connesse.
- 2) Le Linee Guida Diagnostico-Terapeutiche "Ipertensione Arteriosa e Patologia Cardiaca" dopo la presentazione di Lecce e di Roma sono state pubblicate nel Marzo 1999 su "Giornale Italiano di Cardiologia", "Cardiologia" e "Ipertensione Arteriosa e Prevenzione Cardiovascolare".
- 3) Il corso su "La gestione ambulatoriale dei pazienti ipertesi" ha avuto due edizioni presso il Learning Centre, con buon successo e una nuova edizione è prevista per il 1999.
- 4) L'avvio di tre Gruppi di Lavoro, su "Tipizzazione ultrasonica del danno miocardico nell'ipertensione arteriosa", su "Ipertensione in Gravidanza" e su "Ipertensione arteriosa in età pediatrica e giovanile" è condizionato al

numero di adesioni che essi riceveranno.

- 5) Il progetto GACIA "Gestione Ambulatoriale Cardiologica di pazienti con Ipertensione Arteriosa" in collaborazione con i medici di medicina generale, dopo un buon avvio è attualmente fermo per carenza di fondi.
- 6) Lo studio MAVI, Massa Ventricolare nell'Ipertensione, ha arruolato 1858 pazienti di 58 Centri e la sua conclusione è attesa per il 31/12/1999.
- 7) Lo studio IMPRESSIVE (Infarto Miocardico PRESSione arteriosa e frequenza cardiaca: Studio Italiano di Valutazione Epidemiologica) ha sinora arruolato 1280 pazienti da 44 Centri Operativi dei 48 aderenti.

Per quanto riguarda gli altri punti del Programma 1999-2000 essi sono:

- l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano;
- il Convegno "Worldwide Endeavour in Cardiovascular Epidemiology and Prevention" Roma, Istituto Superiore di Sanità 6-7 settembre 1999, Satellite del XV Simposio dell'International Epidemiological Association (Firenze 31 agosto-4 settembre 1999);
- la Scientific Newsletter dell'Area Prevenzione;
- i Corsi di Aggiornamento presso il Learning Centre dell'ANMCO o extramurali;
- il software educativo per Dislipidemia e Pratica Cardiologica;
- spazio specifico presso il sito INTERNET dell'ANMCO;
- la collana PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLA PRATICA CARDIOLOGICA;
- il Catalogo computerizzato per l'educazione Sanitaria e la Promozione della salute Cardiovascolare;
- la collaborazione con la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari (Heart Care Foundation) per le campagne di prevenzione.

Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano, realizzato dall'ANMCO in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con la sponsorizzazione della Pfizer. Per quanto riguarda i **fattori di rischio**, a tutt'oggi dei 44 centri previsti 35 hanno completato le operazioni.

Nella prima metà del 1999, grazie ad un rifinanziamento Pfizer, c'è l'intenzione di far avviare i Centri che per vari

Marinella GATTONE



Ha 44 anni, si è laureata in Medicina e Chirurgia a Pavia nel 1980 e si è specializzata in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare a Napoli nel 1986. Dopo la laurea ha svolto il tirocinio pratico nella Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara. Dal 1981 lavora presso la Divisione di Cardiologia riabilitativa della Fondazione "S. Maugeri" di Veruno, IRCCS.

Le sue principali aree di interesse riguardano la riabilitazione cardiologica e la prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica. Ha effettuato pubblicazioni scientifiche sugli effetti del training fisico sul rimodellamento ventricolare in pazienti infarto miocardico anteriore e con disfunzione ventricolare sin. e sui nuovi determinanti del rischio coronarico e del rischio di progressione della coronaropatia con particolare riguardo alla cardiopatia ischemica precoce. Ha partecipato alla stesura delle Raccomandazioni sulla Cura omnicomprensiva

a lungo termine dei pazienti cardiopatici del Working Group on Cardiac Rehabilitation della European Society of Cardiology ('92). È stata co-autrice di alcuni libri sulla prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica (ANMCO '86, '98, UTET '98). È membro del Gruppo Italiano di Valutazione funzionale e Riabilitazione del Cardiopatico. Ha fatto parte del Comitato scientifico dello studio Gissi-Prevenzione e dello studio Latin. Dal '98 è membro del Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology. Ha una conoscenza operativa dell'inglese e del francese.

motivi non hanno iniziato, sostituendoli con omologhi in caso di impedimenti insuperabili: va fatto il massimo sforzo per completare la mappatura dell'intero territorio nazionale, necessaria non solo a scopo scientifico, ma anche programmatico.

Per quanto riguarda le **stime di attack-rate** per le varie regioni italiane, la collaborazione tra Centro di Prevenzione Cardiovascolare di Udine, gestore del MONICA-Friuli, e Istituto superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica sta procedendo nei tempi previsti. Entro il 1999 sarà approntato l'ATLANTE ITALIANO DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI comprendente l'attack-rate coronarico e gli indicatori dei fattori di rischio per tutte le regioni d'Italia.

Il Convegno *Worldwide Endeavour for Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease*

Ufficialmente patrocinato dall'ANMCO è un'importante occasione per conoscere da vicino le tendenze internazionali in tema di epidemiologia e prevenzione cardiovascolare. Il sottoscritto è tra gli organizzatori del Convegno il cui programma si allega. Come si può evidenziare la qualità dei temi trattati e la rinomanza dei relatori dovrebbero indurre alla partecipazione molti aderenti all'Area Prevenzione o soci ANMCO interessati, anche se la manifestazione è subito dopo il Congresso Europeo di Barcellona. Per favorire la partecipazione, abbiamo deciso di non chiedere un contributo di iscrizione e chi fosse interessato è pregato di contattare possibili sponsor (il convegno fra l'altro ha goduto di "educational grants" di Merck Sharp & Dohme e Sigma Tau) e di comunicare la sua adesione alla Segreteria Attività Culturali dell'Istituto Superiore di Sanità.

La Scientific Newsletter dell'Area Prevenzione

Molti aderenti dell'Area, soprattutto i più giovani, sentono la necessità di un agile strumento di informazione scientifica che li tenga aggiornati su quelle realizzazioni in ambito epidemiologico e preventivo che possano avere una ricaduta pratica. Insieme con i due comitati di coordinamento, uscente ed entrante, si è pensato di realizzare una Scientific Newsletter dell'Area Prevenzione, con la connotazione suesposta, dato che gli aspetti organizzativi continueranno ad essere pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali".

La Menarini si è dichiarata disponibile ad offrire un

contributo annuale alla ECO per la realizzazione della Newsletter, che avrebbe cadenza trimestrale, e una tiratura di 10.000 copie; la Menarini propone otto pagine di cui le ultime tre a propria disposizione per la scheda tecnica e la reclamizzazione nell'ultima di copertina di un proprio prodotto.

A disposizione rimarrebbero 5 pagine, a totale discrezionalità dell'Area Prevenzione. Il nuovo comitato di coordinamento propone di identificare cinque sezioni, una per pagina, dedicate a: epidemiologia, ipertensione arteriosa, lipidologia, prevenzione primaria, prevenzione secondaria. La direzione della Scientific Newsletter è affidata a Franco CECCHI, in qualità di consulente, vista la sua precedente positiva esperienza con le rassegne bibliografiche dell'Area Prevenzione.

I corsi di aggiornamento presso il Learning Centre dell'ANMCO ed extramurali:

- Gestione Ambulatoriale dei Pazienti Ipertesi. Firenze, 23-24 novembre 1999. Responsabili: Dott. S. Pede e Dott. P. Verdecchia
- Le attività di Cardiologia Preventiva a cura dell'ANMCO Regione Puglia. Lecce, Palazzo Adorno 12-13 ottobre 1999. Responsabile Dott. S. Pede.

Software educativo per "Dislipidemie nella pratica cardiologica"

L'idea è quella di espandere il software per Iperensione e Cardiologia Preventiva con uno strumento che non sia solo gestionale ma didattico, lo scopo è quello di orientare il cardiologo pratico a districarsi in una materia troppo spesso percepita come complessa e superspecialistica: senza inutili semplificazioni, siamo convinti che un cardiologo clinico possa e debba destreggiarsi tra le alterazioni del metabolismo lipidico per poter curare meglio i propri pazienti.

La Warner Lambert si è dimostrata interessata all'iniziativa ma non ha ancora deciso se sponsorizzare il progetto.

Spazio specifico presso il **SITO INTERNET** dell'ANMCO: la predisposizione di strumenti cartacei di diffusione delle attività dell'Area e delle novità scientifiche troverà un'adeguata collocazione on-line presso una specifica sezione nel sito INTERNET dell'ANMCO. Questo aspetto potrebbe essere il nucleo di un più vasto servizio per i propri aderenti che potrebbero comprendere l'attivazione di un

Lorenza PILOTTO



Età: 45 anni; laureata a Padova nel 1978; specializzata in malattie dell'Apparato Cardiovascolare (Padova 1981) e Scienza dell'Alimentazione (Padova 1990). Medico interno presso la Clinica Medica dell'Università di Padova - Sezione ipertensione sino al 1983; in seguito ha lavorato al Centro per la Lotta contro le Ma-

lattie Cardiovascolari dell'Ospedale S. M. Misericordia di Udine. Le maggiori aree di interesse sono l'epidemiologia, la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari.

Ha partecipato a vari studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: Community Control of Hypertension - sezione italiana Progetto di Camposampiero, Comprehensive Cardiovascular Community Control Programmes - sezione italiana Progetto Martignacco, al progetto MONICA, ad

uno studio dell'Unione Europea - Progetto CLARA, e allo studio EuroASPIRE.

Ha collaborato al Progetto Regionale per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari della Regione Friuli-Venezia Giulia nei gruppi di lavoro dedicati all'ipertensione e all'alimentazione.

Ha collaborato nell'ambito ANMCO ai corsi di formazione sulla "Gestione Ambulatoriale dei Pazienti Ipertesi" e al Progetto GACIA.

È fellow dell'Associazione dal 1998.

Ha pubblicato una cinquantina di articoli e monografie sull'epidemiologia e prevenzione delle Malattie Cardiovascolari.

THE XV INTERNATIONAL SCIENTIFIC MEETING OF THE INTERNATIONAL EPIDEMIOLOGICAL ASSOCIATION
EPIDEMIOLOGY FOR SUSTAINABLE HEALTH

IEA XV Satellite Symposium
WORLD-WIDE ENDEAVOUR FOR EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE

Rome - Italy, 6 - 7 September 1999

Monday, 6/09/1999

8:30-9:00 - WELCOME

Giuseppe BENAGIANO, Istituto Superiore di Sanità, Rome
Ingrid MARTIN, WHO Non Communicable Disease Unit, Geneva

9:00-11:00

SURVEILLANCE OF CORONARY EVENTS AND RISK FACTORS: TOWARD SIMPLIFIED METHODS AND USE OF EXISTING DATA

Chairperson: Robert BEAGLEHOLE, Simona GIAMPAOLI

- Introduction. Robert BEAGLEHOLE, University of Auckland, Auckland, New Zealand
- Surveillance of coronary events: use of unlinked and linked records. The Australian experience. Michael HOBBS, University of Western Australia, Perth, Australia
- Recent linkage studies relating AMI and CABG. Niklas HAMMAR, Stockholm, Sweden
- Estimating population-based Incidence and prevalence of major Coronary Events. Riccardo CAPOCACCIA, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy
- The risk Factor Evaluation: The use of local health surveys. Alfredo MORABIA, Hopital Cantonal Universitaire, Geneva, Switzerland
- Discussion

11:00-11:30 - BREAK

11:30-13:00

SURVEILLANCE OF CORONARY HEART DISEASE, STROKE AND RISK FACTORS I

Chairperson: Alun EVANS, Marco FERRARIO

Oral selected presentations

13:00-14:30

Light Lunch or brown bag poster session

14:30-16:00

SOCIAL INEQUALITIES IN CARDIOVASCULAR PREVENTION AND TREATMENT

Chairperson: O. Dale WILLIAMS, Giancarlo CESANA

- Cardiovascular diseases, risk factors and social class. Dag THELLE, University of Oslo, Oslo, Norway
- Social inequalities, ethnicity and cardiovascular disease. Richard COOPER, Loyola University, Maywood, USA
- Selected presentations

16:00-16:15 - BREAK

16:15-18:00

SURVEILLANCE OF CORONARY HEART DISEASE, STROKE AND RISK FACTORS II

Chairperson: Susana SANS, Salvatore PANICO

Oral selected presentations

18:15-19:15 - MONICA WORKSHOPS

20:00 - GALA DINNER

Tuesday 7/09/1999

8:30-10:30

CARDIOVASCULAR PREVENTION AND PUBLIC HEALTH

Chairperson: Maurizio TREVISAN, Diego VANUZZO

- The European guide-lines for prevention of coronary heart disease. Ulrich KEIL, University of Muenster, Germany
- Community Interventions. Elaine STONE, NHLBI, Bethesda, USA
- Cardiovascular risk factors: do additional risk factors or markers of sub-clinical diseases improve predictability of CHD incidence? Lloyd CHAMBLESS, University of North Carolina, Chapel Hill, USA
- Risk factor control in Secondary Prevention. David WOOD, Imperial College, London, UK

10:30-11:00 - BREAK

11:00-12:30 - MONICA WORKSHOPS

13:00-14:30

Light Lunch or brown bag poster session

14:30-16:00

DEBATE ON CARDIOVASCULAR RISK AND PREVENTION

Chairpersons: Nicola MININNI, Rodolfo SARACCI

- Lewis KULLER, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA
- Filippo CREA, University of Rome, Rome, Italy
- Discussion

Under the auspicious of: ANMCO - Area Prevenzione, University of Milano - WHO

PER LA REGISTRAZIONE GRATUITA INVIARE I PROPRI DATI COMPLETI DEL PROPRIO INDIRIZZO E NUMERO TELEFONICO A:
SEGRETARIA ATTIVITÀ CULTURALI - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - VIALE REGINA ELENA, 299
00161 ROMA - FAX 06 49387073

PER LA PRENOTAZIONE ALBERGHIERA, A CARICO DEI PARTECIPANTI, CONTATTARE ENTRO IL PRIMO LUGLIO:
PTS CONGRESSI SRL - VIA FILIPPO CIVININI, 69 - 00197 ROMA
TEL. 06 8084553 (RIC. AUT.) - FAX 06 8088088 - E-MAIL: PTSCONGR@TIN.IT

FORUM con domande e risposte, la riproduzione autorizzata di articoli di grande interesse, etc.

La collana PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLA PRATICA CARDIOLOGICA

L'Area Prevenzione ha già pubblicato un volume sulla Prevenzione Secondaria e Valutazione del Rischio Coronari-

co Globale ed ha già predisposto dell'ottimo materiale per i corsi tenuti in occasione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano e di quelli sulla gestione ambulatoriale del Paziente Iperteso. L'idea è di cercare uno sponsor per pubblicare questi testi, opportunamente revisionati, con un taglio pratico, da mettere a disposizione, su richiesta, della comunità cardiologica nazionale.

Giuseppe SCHILLACI



Nato a Terni il 27-9-1961

Sede di lavoro:

Divisione di Medicina,

Ospedale Civile - via Beato G. Villa, 1

I - 06062 Città della Pieve (PG)

Tel. 0578-290111

Fax 0578-290206 - E-mail skill@ftbcc.it

Laurea in Medicina e Chirurgia: Univer-

sità di Palermo, 1985.

Specializzazioni: Medicina Interna, Università di Palermo, 1990.

Incarichi ricoperti: Consigliere Nazionale ANMCO dal 1998.

Affiliazioni a Società Scientifiche: ANMCO - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa.

Attività professionale: Dirigente Medico di I livello, disciplina Medicina Generale, dal 1988 presso l'Ospedale di Città della Pieve (PG).

Riconoscimenti: Premio Sigma-Tau per la ricerca scientifica, attribuito in occa-

sione del XXIX Congresso ANMCO (1998).

Lingue conosciute: Inglese, Tedesco.

Aree di interesse: Ipertensione arteriosa, con particolare riferimento al monitoraggio dinamico della pressione arteriosa, all'identificazione della cardiopatia ipertensiva e alla farmacologia clinica cardiovascolare.

Pubblicazioni scientifiche: È autore di n. 71 pubblicazioni scientifiche (abstracts esclusi), in prevalenza su riviste internazionali. Numero totale di citazioni dei suoi lavori nella letteratura medica: 815.

PROGRAMMA ASSEMBLEA AREA PREVENZIONE

Firenze, domenica 30 maggio 1999

- 9:00** Introduzione
Diego Vanuzzo, Chairman dell'Area
- 9:10** La 2ª Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica, intitolata al Prof. G. A. Feruglio
Franco Valagussa, Massimo Uguccione
- 9:20** Il GISSI Prevenzione
Roberto Marchioli
- 9:30** L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano
Simona Giampaoli
- 9:40** Il Progetto Ipertensione
Sergio Pedè
- 9:50** Monitoraggio della Prevenzione Secondaria dopo IMA 100 - 1000 - 10.000
Marinella Gattone
- 10:00** La Scientific Newsletter dell'Area Prevenzione
Franco Cecchi
- 10:10** La collana Prevenzione Cardiovascolare nella Pratica Cardiologica
Lorenza Pilotto, Giuseppe Schillaci
- 10:20** Discussione
- 10:45** Fine della riunione

Il Catalogo Computerizzato per l'Educazione Sanitaria e la Promozione della Salute Cardiovascolare: è un'iniziativa lanciata nel 1997 in collaborazione con il WHO Collaborating Centre for Research and Training in Monitoring and Prevention of Cardiovascular Diseases di Udine che va completata al più presto: censirà, con una griglia di lettura uniforme, il miglior materiale italiano e straniero sull'argomento, offrendo una rappresentazione possibilmente on-line (sono in corso contatti con il sito INTERNET dell'ANMCO).

La collaborazione con la Fondazione Italiana per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari per le campagne di prevenzione. Con l'avvio della Fondazione, l'ANMCO si è certamente dotata di un potente strumento per promuovere la salute cardiovascolare nel nostro Paese.

L'Area Prevenzione ha nel suo ambito esperti che possono utilmente interagire con il Consiglio Direttivo della Fondazione per l'allestimento ma soprattutto la misurazione delle campagne di prevenzione. In questo contesto il programma scolastico dell'Area Prevenzione "Io, il mio cuore e..." positivamente avviato nel 1998 in 40 scuole è stato affidato alla fondazione per il suo prosieguo e il suo potenziamento.

Per gli altri programmi della Fondazione che coinvolgono la popolazione, il Comitato di Coordinamento dell'Area ribadisce la necessità di dotarsi di idonei indicatori da valutare prima e dopo la campagna, con l'ausilio di agenzie demoscopiche specializzate.

Massimo UGUCCIONI

45 anni; laureato a Roma nel 1978, specializzato in Medicina Interna (Roma 1983), Malattie dell'Apparato Cardiovascolare (Napoli 1986).

Volontario presso la Divisione di Cardiologia B - S. Camillo di Roma sino al 1980, da allora sino ad oggi ha lavorato al Servizio di Cardiologia dell'Ospe-

dale C.T.O. - "A. Alesini" di Roma, divenendo dal 1987 responsabile del Centro per il trattamento dell'Ipertensione Arteriosa e dal 1994 primario della stessa struttura.

Ha privilegiato come aree di interesse l'ecocardiografia, l'ipertensione arteriosa, la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. Responsabile scientifico per la ASL RM C del progetto di prevenzione primaria per le malattie cardiovascolari (PRE-CARDIO.VA) svolto in collaborazione

con l'Istituto superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica. Referente per le attività di formazione della ASL RM C per l'Ospedale C.T.O. - "A. Alesini".

Coordinatore del Multy City Action Plan per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nell'ambito della Rete Italiana Città Sane.

Ha pubblicato oltre 60 articoli su temi di interesse clinico ed epidemiologico. Oltre all'italiano conosce operativamente la lingua inglese.

AREA SCOMPENSO CARDIACO

di Cristina Opasich



Programma per il biennio 1999-2000

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato Cardiaco è così costituito:

Chairman: Cristina Opasich

Co-Chairman: Maurizio Porcu

Comitato di Coordinamento: Alessandro Boccanelli, Andrea Di Lenarda, Pompilio Faggiano, Maria Frigerio.

- Si intende continuare a sviluppare l'obiettivo principale che ha guidato l'Area Scompensato negli scorsi 5 anni: implementare e valorizzare la buona prassi clinica tra gli operatori tecnici impegnati nella gestione del paziente con scompensato cardiaco.

In questo biennio si intende:

1. Impegnarsi a migliorare l'utilizzo degli strumenti professionali della pratica clinica del management del paziente con scompensato cardiaco.

Come già fatto per il Manuale Operativo per i pazienti con scompensato cardiaco instabile, si intende produrre una serie di schemi operativi relativi all'esecuzione delle indagini (strumentali e non) cui vengono sottoposti i pazienti con scompensato, affiancati dalle motivazioni culturali per cui tali schemi vengono proposti.

Ci si avvalerà della collaborazione con esponenti delle altre Aree o dei Gruppi di studio.

2. Continuare con la *Rassegna Bibliografica Ragionata*: selezione critica semestrale dei lavori scientifici più interessanti apparsi nella letteratura internazionale. La rassegna costituisce un utile mezzo di diffusione culturale a tutti i membri dell'Area.
3. Proseguire lo studio di implementazione del *beta-bloccante nei pazienti con scompensato cardiaco (BRING-UP)* dedicando l'osservazione ai pazienti finora meno studiati: gli anziani, coloro con diabete, con FE > 40%. Si tratta di categorie di pazienti per i quali non si possono trarre indicazioni dai trials che li escludono per definizione o nei quali la numerosità è poco rappresentativa. Per queste categorie si intende trarre informazioni di sicurezza relativa al trattamento da uno studio condotto con le stesse modalità del BRING-UP. Anche questo secondo studio (BRING-UP2) sarà preceduto da uno

statement e da riunioni multiregionali per diffondere statement e progetto.

4. *Offrire un mezzo per migliorare la gestione del paziente con scompensato cardiaco*: "specializzare" alcuni infermieri professionali rendendoli esperti a promuovere l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, promuovere la compliance e l'aderenza del paziente, riconoscere precocemente i sintomi e i segni di un'instabilizzazione, porsi come interfaccia esperta appunto tra paziente e medico. In collaborazione con l'Area Nursing si intende sviluppare un corso di formazione "Teachers" presso il Learning Center; i "Teachers" dovranno poi trasmettere i messaggi formativi durante riunioni regionali utilizzando il materiale didattico preparato e illustrato durante il corso. Si intende così diffondere la possibilità di utilizzo nel management del paziente con scompensato della figura infermieristica che nei modelli assistenziali d'oltreoceano si è dimostrata vincente nell'ottenere un miglioramento della qualità della cura con positivi effetti sulla soddisfazione del paziente, sulla riduzione della morbilità (percentuale di ri-ospedalizzazioni, durata delle degenze), sul miglioramento del quadro clinico-funzionale del paziente, tutti con positive ripercussioni sulla riduzione dei costi assistenziali.

5. *Confrontare strategie assistenziali che tengano in rilievo non solo le adeguate prescrizioni farmacologiche e le linee guida, ma anche la continuità assistenziale per i problemi di tutti i giorni di pazienti cronici quali quelli con scompensato cardiaco.*

È pensiero condiviso che queste strategie potrebbero costituire il miglior mezzo per migliorare l'assistenza, lo stato di salute dei pazienti e ridurre i costi, anche in un contesto di pazienti già seguiti da cardiologi dedicati alla gestione del paziente con scompensato come coloro che appartengono all'Area.

RIUNIONE AREA SCOMPENSO CARDIACO IN OCCASIONE DEL CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Firenze - Fortezza da Basso
Domenica 30 maggio ore 9.00

Ordine del Giorno:

1. Consuntivo delle attività svolte
2. Le prossime iniziative dell'Area Scompensato Cardiaco
3. Up-date sul registro Mitral Repair/Replacement in Chronic Left Ventricular Dysfunction Registry (MIRACLE), iniziativa congiunta ANMCO/International Society for Heart and Lung Transplantation
4. Data base Scompensato Cardiaco: aggiornamento ed uso dei dati
5. Up-date sullo Studio Val-HeFT (Valsartan Heart Failure Trial)
6. Varie ed eventuali

- **Un altro obiettivo che si propone di seguire è la valutazione e eventuale conduzione di studi epidemiologici del ricovero ospedaliero per scompenso:**

1. in collaborazione con la FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti), uno studio la cui finalità è quella di fornire informazioni sulla tipologia dei pazienti, sull'assorbimento di risorse e sul follow up a 6 mesi dei pazienti ricoverati in Cardiologia e in Medicina in uno stretto lasso di tempo. Si intende riproporre uno studio SEOSI-like allargato alle Unità operative di Medicina interna.
2. In collaborazione con SIFO (Società Italiana Farmacisti Ospedalieri), uno studio sulla prevalenza delle cause di ospedalizzazione per scompenso dei pazienti indipendentemente dal reparto ove questi sono stati ricoverati.

- **Un altro obiettivo è la promozione dei lavori scientifici derivati dal data-base.**

Anche per tale scopo è stata organizzata una riunione di tutti i partecipanti al IN-CHF durante la quale sarà possibile oltre che diffondere l'informazione sul già prodotto o in fase di produzione, raccogliere idee di utilizzo dei dati.

- **Si intende poi continuare ad impegnarsi in studi multicentrici; gli attuali nei quali l'area è impegnata sono: ValHeFT, il CHARM, il VALIANT.**

Vi è un'ipotesi di studio sull'omapatrilat inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina e della neuropeptidasi coinvolta nella degradazione enzimatica del peptide natriuretico atriale e della bradichinina.

- **Con l'obiettivo di verifica di un processo di formazione sullo scompenso e di diffusione delle linee guida al medico di famiglia l'Area è coinvolta in un progetto Europeo (IMPROVEMENT HF, Improving Program in Evaluation and Management of Heart Failure).**

Il progetto è rivolto sia alla diagnosi che al trattamento dello scompenso; valuta la attuale prassi clinica e quella successiva ad un periodo di formazione specifica del medico di famiglia. Si svolgerà in alcune aree urbane e rurali del nord (centri di riferimento: Pavia, Torino, Bologna, Verona, La Spezia), del centro (centri di riferimento: Roma e Perugia), e del sud (centri di riferimento: Napoli, Cagliari, Lecce). Il Dott. Antonello Gavazzi è il national coordinator.

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 _____



NOTIZIE

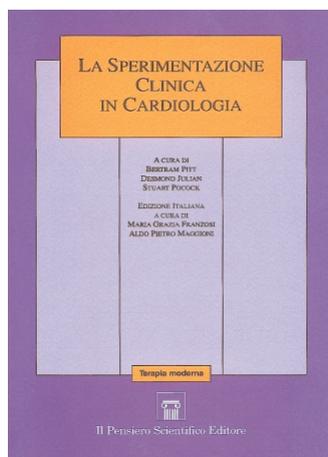
La sperimentazione clinica in cardiologia

di Pietro Zonzin

Oggi il Cardiologo nel momento in cui si accinge ad affrontare un problema di ordine clinico non può limitarsi alla conoscenza del meccanismo fisiopatologico alla base della malattia ed alla prescrizione di un farmaco o di una procedura in grado di interrompere o modificare quel meccanismo, ma deve tener conto di una serie di dati provenienti dalla sperimentazione clinica ed in particolare dagli studi clinici randomizzati.

Le informazioni che essi forniscono se da un lato hanno lo scopo di aiutare il medico pratico nell'esercitare una medicina basata sulle prove di efficacia ("Evidence - Based Medicine"), dall'altro gli prospettano tutta una serie di quesiti:

- Quali indicazioni scaturiscono dai risultati dei trial clinici condotti in ambito cardiologico?
- Come si vanno modificando le strategie terapeutiche con il procedere delle sperimentazioni?
- È possibile individuare limiti metodologici in alcuni studi clinici?



- Le conclusioni di clinical trial su eguali patologie conducono ad identici risultati?

A questi e altri quesiti cerca di dare una risposta il testo di **Bertram Pitt, Desmond Julian e Stuart Pocock** "La sperimentazione clinica in cardiologia".

L'edizione italiana del **Pensiero Scientifico** non poteva essere affidata a cultori dell'argomento

più autorevoli se non a **Maria Grazia Franzosi e Aldo Pietro Maggioni**. Il volume di 525 pagine, si articola in due parti.

La prima è dedicata alla metodologia abitualmente utilizzata nel disegnare e condurre gli studi clinici, alla loro interpretazione, ai limiti ed agli aspetti etici degli studi randomizzati. La conoscenza di questi aspetti metodologici è utile non solo per chi organizza o partecipa attivamente ad uno studio clinico ma anche a chi ne applica i risultati.

La seconda parte, più sviluppata, prende in considerazione i principali trials rivolti alla terapia farmacologica della cardiopatia ischemica, dell'insufficienza cardiaca, dell'ipertensione arteriosa, delle aritmie ed alle principali procedure terapeutiche (dalla PTCA e by-pass aorto-coronarico alla

riabilitazione). Come è detto nell'introduzione dell'edizione italiana, la lettura sistematica o anche la consultazione occasionale di questo testo consentono un aggiornamento completo e rapido sulle conoscenze prodotte negli ultimi anni dagli studi clinici nell'ambito delle patologie cardiache più rilevanti fornendo al lettore gli strumenti utili a valutare non solo la validità delle evidenze ma anche la qualità e la fondatezza delle interpretazioni che gli Autori dei diversi capitoli propongono.

Questi stessi strumenti saranno sicuramente utili anche nella lettura ed interpretazioni dei risultati degli studi clinici in corso e di quelli futuri.

L'ANMCO È SU INTERNET

<http://www.anmco.it>

Indice ANMCO - Netscape
File Edit View Go Communicator Help
Bookmarks Location: <http://www.anmco.it/htm/Index.htm>

Organizzazione
Attività
Soci
Strutture cardiologiche
Congressi e corsi
Amici
Altri siti
Giornale Italiano di Cardiologia

L'ANMCO è una associazione no-profit, con oltre 4000 iscritti, formata da Cardiologi Italiani operanti nel Servizio Sanitario Nazionale. Fondata nel 1963, l'ANMCO ha come obiettivi la promozione della buona prassi clinica, la prevenzione e riabilitazione delle malattie cardiovascolari attraverso proposte organizzative, l'educazione professionale e la formazione, la promozione e la conduzione di studi e ricerche, la leadership nella preparazione e sviluppo di standard e linee guida.

Il **Congresso nazionale** dell'ANMCO ha luogo ogni anno a Firenze, nel mese di giugno.

La rivista dell'ANMCO è il mensile **Giornale Italiano di Cardiologia**, fondato nel 1971, che oggi ha una tiratura di 12000 copie. Il bollettino informativo dell'associazione è il trimestrale **Cardiologia negli Ospedali**, che ha una tiratura di 11000 copie.

Il **Centro Studi** ANMCO pianifica e conduce i progetti scientifici e culturali dell'Associazione.

Segreteria Generale
Tel. 055/571798
Fax 055/579334
segreteria@anmco.it

Segreteria Aree
Tel. 055/588784
Fax 055/579334
aree@anmco.it

Amministrazione
Tel. 055/580334
Fax 055/579334
amministrazione@anmco.it

Centro Studi
Tel. 055/5001703 - 588972
Fax 055/583400
centro_studi@anmco.it

Giornale Italiano di Cardiologia
Tel. 06/6570867
Fax 06/6570877
gic@anmco.it

Document: Done

DALLE REGIONI

CALABRIA

di Franco Plastina

La Sezione Regionale ANMCO della Calabria, ha impostato per il 1998-1999 un programma orientato su argomenti diversificati sia per i temi trattati che per i medici cui è rivolto.

Embolia polmonare – nozioni di epidemiologia e prevenzione della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare, indirizzato a medici ospedalieri (chirurghi, ortopedici, ginecologi, internisti).

È stato realizzato un opuscolo sul tema della prevenzione della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare che sarà distribuito a tutti i medici interessati.

Sono state previste 4 riunioni nella Regione: a Cosenza il 18.12.98, a Lamezia Terme il 18.2.99, a Reggio Calabria il 20.2.99, a Crotone il 25.2.99.

Emergenze-Urgenze in Cardiologia – riunioni rivolte agli operatori del 118, della guardia medica del pronto soccorso. Quattro gli incontri previsti a Cosenza il 12.01.99, a Lamezia Terme il 18.3.99, a Reggio Calabria il 20.3.99, a Crotone il 26.3.99.

Convegno Regionale di Ecocardiografia – a Tropea (CZ) il 7-8.5.99.

Congressi di Cardiologia Interregionali

1. Organizzato dalla Cardiologia di Paola (CS) si terrà a Cittadella del Capo (CS) il 3.7.99 sul tema "trattamento dell'angina instabile".
2. Organizzato dalla Divisione di Cardiologia di Crotone si terrà a Crotone il 6-7.12.99 sul tema "emergenze-urgenze in cardiologia".

Infine sono stati ricostituiti i **gruppi di lavoro** su: ecocardiografia, valutazione funzionale e scompenso cardiaco, aritmologia ed elettrostimolazione, urgenze ed emergenze, emodinamica. Con l'impegno di organizzare nella Regione almeno una breve riunione entro i primi sei mesi del 1999, rivolta a cardiologi, enunciando le linee-guida diagnostiche e/o terapeutiche riguardanti le diverse tematiche che interessano i gruppi di lavoro.

EMILIA-ROMAGNA

di Paolo Alboni



Attività della Sezione Regionale Emiliano Romagnola

Nell'estate '98 è stato rinnovato in seduta assembleare il Consiglio direttivo della Sezione Emilia-Romagna. Sono stati eletti: Paolo Alboni (Cento), Flavio Bologna (Rimini), Roberto Casanova (Ravenna), Mario De Blasi (Parma), Oscar Gaddi (Reggio Emilia), Francesco Melandri (Modena) e Filippo Ottani (Bologna). Successivamente sono stati eletti in qualità di Delegato regionale Paolo Alboni e di Segretario Oscar Gaddi.

Gli obiettivi che si è posto il nuovo Direttivo sono i seguenti:

- Continuare la collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale per la definizione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture cardiologiche. Su questo importante aspetto vi è stato un grosso impegno dei rappresentanti ANMCO ed il 23/2/99 è stato presentato ai cardiologi, nella sede dell'Assessorato regionale alla sanità, il documento "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture cardiologiche con posti letto e degli ambulatori cardiologici". Tale documento dovrebbe essere approvato dal Consiglio regionale entro il mese di Giugno.
- Collaborazione della nostra Sezione con l'Assessorato alla sanità regionale per le definizioni della fase attuativa del nuovo piano sanitario nazionale relativamente alle problematiche cardiologiche. Vi è stato un impegno di tale Assessorato di coinvolgere la nostra Associazione e siamo in attesa di una convocazione.
- Analizzare l'allocazione e il ruolo delle Unità Operative cardiologiche nell'impostazione in Dipartimenti proposta dalle varie Aziende sanitarie della regione. Abbiamo inviato a tutte le Unità Operative di Cardiologia un questionario ed i dati pervenutici sono in fase di elaborazione. È nostra intenzione intervenire, nei limiti della nostra possibilità e del nostro ruolo, qualora si riscontri frammentazione di una struttura cardiologica in più dipartimenti. Ciò non risponde ad esigenze di "costo", ma alla necessità di percorsi assistenziali esaustivi ed appropriati.

- Impostare lo studio AI-CARE 2 che ha lo scopo di identificare, nell'ambito della rete cardiologica ospedaliera dell'Emilia-Romagna, i processi ed i percorsi assistenziali normalmente attuati in una coorte di pazienti affetti da angina instabile. Era già stato effettuato nel 1995 lo studio AI-CARE, pubblicato recentemente sul Giornale Italiano di Cardiologia, ed intendiamo valutare se le Linee guida, le nuove acquisizioni nel campo della cardiopatia ischemica, i dibattiti sul ricorso alle procedure interventistiche abbiano condizionato ed in che modo i comportamenti del cardiologo ospedaliero.
- Definizione di un programma culturale a livello regionale per l'aggiornamento permanente del cardiologo,

dell'internista e di qualsiasi medico interessato a problematiche cardiologiche. A tal fine è già stato stilato un programma molto ricco per il 1999 e per l'inizio del 2000 (sotto riportato). Alcuni Corsi sono indirizzati al personale tecnico-infermieristico e questo rientra nella politica della nostra Associazione che ha sempre considerato di fondamentale importanza la crescita culturale di tutto il personale sanitario coinvolto nell'assistenza del paziente cardiopatico.

Alcuni corsi di aggiornamento vengono organizzati in collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia (SIC) ed altri con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Extraospedalieri (ANCE).

PROGRAMMA CULTURALE DELLA SEZIONE EMILIA-ROMAGNA

1999

Marzo - Piacenza

"La defibrillazione precoce delle tachiaritmie maligne"

Corso indirizzato al personale tecnico-infermieristico di cardiologia
Cardiologia, Ospedale Civile

Organizzatore: Dott. Alessandro Capucci

Marzo - Bologna

"Clinica e terapia delle Aritmie"

7° Simposio internazionale
Cardiologia, Ospedale C.A. Pizzardi

Organizzatore: Prof. Daniele Bracchetti, Dott. Massimo Palmieri

Aprile - Reggio Emilia

"Uso e abuso delle procedure interventistiche in cardiologia"

Cardiologia, Arcispedale S. Maria Nuova

Organizzatore: Dott. Umberto Guiducci, Dott. Carlo Menozzi

Maggio - Cesena (Corso ANMCO - SIC - ANCE)

"Attività sessuale e cardiopatie"

Cardiologia, Ospedale M. Bufalini

Organizzatore: Dott. Flavio Tartagni

Ottobre - Forlì

"Problemi di gestione infermieristica del paziente critico: le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco"

Corso indirizzato al personale tecnico-infermieristico di cardiologia
Cardiologia, Ospedale G.B. Morgagni

Organizzatore: Dott. Franco Rusticali, Dott. Marcello Galvani

Ottobre - Bologna

"Heart-Brain Interactions"

5° Simposio internazionale
Cardiologia, Ospedale Bellaria e Ospedale Bentivoglio

Organizzatore: Dott. Giuseppe Di Pasquale, Dott. Giuseppe Pinelli

Ottobre - Reggio Emilia

"Cardiologia e Sport"

7° Congresso Nazionale di Cardiologia dello Sport
Cardiologia, Arcispedale S. Maria Nuova

Organizzatore: Dott. Umberto Guiducci

Novembre - Bologna (Corso ANMCO - ANCE)

"Problemi di prevenzione primaria e secondaria in cardiologia"

Cardiologia, Policlinico S. Orsola - Malpighi

Organizzatore: Prof. Giovanni Di Biase

Giugno - Modena (Corso ANMCO - SIC)

"Ruolo delle procedure interventistiche nella moderna cardiologia"

Cardiologia, Ospedale Civile Sant'Agostino

Organizzatore: Prof. Romeo Zennaro

Settembre - Modena

"Le cardiopatie congenite: classificazione, clinica e diagnostica ecocardiografica"

Hesperia Hospital

Organizzatore: Prof. Carlo Marcelletti

Novembre - Sassuolo (Mo)

"Il paziente con scompenso cardiaco congestizio in ambito ospedaliero ed extraospedaliero"

Corso indirizzato al personale tecnico-infermieristico di cardiologia
Cardiologia, Ospedale Civile

Organizzatore: Dott. Gian Luigi Gazzotti, Sig. Armando Francesconi

Novembre - Ravenna

"Costo/efficacia delle strategie dopo IMA non complicato: proposte operative"

Cardiologia, Ospedale S. Maria delle Croci

Organizzatore: Dott. Aleardo Maresta

2000

Febbraio - Ferrara

"Problematiche fisiopatologiche, diagnostiche e terapeutiche nella sincope"

Cardiologia Area Medica, Arcispedale S. Anna

Organizzatore: Dott. Paolo Gruppillo

Marzo - Comacchio (Fe) (Corso ANMCO - ANCE)

"Controversie in tema di cardiopatia ischemica"

Cardiologia, Ospedale S. Camillo

Organizzatore: Dott. Gian Franco Baggioni

Aprile - Piacenza

"Terapia non farmacologica della fibrillazione atriale"

Cardiologia, Ospedale Civile

Organizzatore: Dott. Alessandro Capucci

DALLE REGIONI

LAZIO

di Salvatore Fabio Vajola

**CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO LAZIALE
NOTIZIE**

Il 23.01.1999 a Le Grand Hotel di Roma ha avuto luogo il Convegno "UP DATE: Scompensamento Cardiaco" con un notevole afflusso di colleghi superiore ad ogni aspettativa. Dato l'interesse dell'argomento e l'elevato contenuto scientifico delle relazioni il Consiglio Direttivo ha deciso di pubblicare, quanto prima, gli atti del Convegno.

Il Prof. Karl Swedberg dell'Università di Göteborg,

ospite graditissimo, ha svolto una lettura magistrale. Si ringrazia la Merck Sharp & Dohme per la collaborazione alla riuscita del Convegno. Nella stessa sede è stato distribuito il Bollettino Cardiologico Laziale. Nel mese di marzo è stato pubblicato un altro numero del Bollettino ed inviato a tutti i Soci.

Il 22.02.99 il Dott. Fabrizio Ammirati, membro del Consiglio Direttivo, nella sede della Medtronic ha illustrato, dinanzi ad un folto gruppo di colleghi, i risultati dello studio OESIL condotto nella Regione Lazio sulla epidemiologia e diagnostica della sincope.

Il collega Ricci dell'Ospedale S. Filippo Neri, ha illustrato lo studio SEDET sulla prevenzione della morte improvvisa nei pazienti con cardiopatia ischemica.

È in fase di preparazione avanzata un convegno congiunto cardiologico-cardiochirurgico che si terrà a Roma nella seconda metà del mese di settembre.

È stata costituita una Commissione di studio componenti i colleghi Gelfo, Matteucci, Scaffidi, Leggio, per aggiornare il censimento delle strutture cardiologiche della Regione che risale al 1995 per poi poter elaborare delle proposte da presentare alle istituzioni competenti.

SIMPOSIO

UPDATE: SCOMPENSO CARDIACO**ROMA, 23 GENNAIO 1999****LE GRAND HOTEL - SALA RITZ**

VIA V. E. ORLANDO, 3 - ROMA

CON LA COLLABORAZIONE DI:

MERCK SHARP & DOHME

- ore 9.00 **Presentazione del Meeting**
Il Delegato Regionale: S.F. Vajola (Roma)
- ore 9.10 **Saluto del Presidente dell'ANMCO**
N. Mininni (Napoli)

1ª SESSIONE

Moderatori:

G. Gambelli (Roma) - E. Giovannini (Roma)

- ore 9.30 **L'attività dell'ANMCO nell'area scompensamento. Le prospettive future** - A. Maggioni (Firenze)
- ore 9.50 **Nuove metodiche diagnostiche:**
- **valutazione funzionale** - P. Giannuzzi (Veruno)
 - **tecniche di imaging** - A. Salustri (Roma)
 - **il bilancio simpato-vagale**
M.T. La Rovere (Montescano)
- ore 10.30 **Nuove teorie biochimiche e loro implicazioni cliniche** - R. Ferrari (Brescia)
- ore 10.50 **Nuove frontiere terapeutiche nello scompensamento cardiaco refrattario** - E. Zanchi (Roma)

- ore 11.10 **Discussione**
- ore 11.30 **Coffee-break**
- ore 12.00 **Lettura magistrale**
Introduzione: M. Santini (Roma)
- Il management farmacologico dei soggetti con scompensamento cardiaco alla fine del secolo**
K. Swedberg (Göteborg)
- ore 12.45 **Colazione di lavoro - Sala Danieli**

2ª SESSIONE

Moderatori:

A. Boccanelli (Roma) - V. Ceci (Roma)

- ore 14.00 **Il percorso intra ed extra ospedaliero nel paziente scompensato** - G. Sinagra (Trieste)
- ore 14.20 **Attuali prospettive della terapia elettrica permanente nello scompensamento cardiaco**
G. Ansalone (Roma)
- ore 14.40 **La chirurgia alternativa al trapianto cardiaco (valvolare-coronarica)** - F. Musumeci (Roma)
- ore 15.00 **La revisione delle indicazioni al trapianto cardiaco** - E. Gronda (Milano)
- ore 15.20 **Discussione**
- ore 15.45 **Chiusura dei lavori**
- ore 16.00 **Visita guidata a Palazzo Massimo alle Terme**

PER INFORMAZIONI RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

A.I.T.E.F. STUDIO**V.LE PASTEUR, 66 - 00144 ROMA****TEL. E FAX 065925059 - 065926160 - 065935123****E-MAIL: AITEF.STUDIO@AITEF.IT**

DALLE REGIONI

LOMBARDIA

Attività dell'ANMCO Regione Lombardia

Gli scopi e gli obiettivi perseguiti dal documento programmatico del Direttivo Regionale sono stati elencati nel numero di settembre 1998 della "Cardiologia negli Ospedali". Il Direttivo si è riunito con cadenza mensile e si è avvalso della fattiva partecipazione dei due rappresentanti lombardi nell'ANMCO nazionale. Sono stati sviluppati i seguenti temi:

1) Organizzazione

Per quanto riguarda i rapporti con gli associati, sono state indette due riunioni.

La prima si è svolta a Milano il 3-10-1998. Sono intervenuti due rappresentanti dell'Assessorato Regionale della Sanità, che hanno riferito rispettivamente sui "punti qualificanti del programma sanitario regionale" e sulla "metodologia dei controlli di qualità e congruità". Successivamente, C. Bellet, C. Schweiger e R. Tramarin hanno relazionato sull'attività delle Commissioni Regionali che nel biennio precedente hanno concluso i lavori su questi argomenti:

- Il Dipartimento Cardiologico (il relativo elaborato è stato inviato dalla Regione ai Direttori Generali ed ai Direttori Sanitari dei vari Ospedali)
- Le codifiche delle prestazioni (il documento è stato pubblicato sulla gazzetta regionale, decreto n. 64001 del 6-7-1998)
- Il Progetto "Riabilitazione Cardiologica".

La seconda assemblea si è tenuta a Pavia il 23 ottobre 1998. In essa si è discusso di problemi organizzativi nel contesto dei Dipartimenti Cardiologici, alla luce della nuova impostazione aziendale dei diversi Presidi ospedalieri e territoriali. Pur nella diversa articolazione delle proposte da parte di vari associati, è emersa da parte di tutti la ferma intenzione di difendere la specificità della figura dello Specialista Cardiologo nella gestione delle patologie cardio-vascolari e nell'area, alquanto variegata in alcune realtà, dell'emergenza-urgenza.

A seguito della riunione, il Direttivo regionale ha inviato a tutti i Primari Cardiologi, ai Direttori Generali e ai Direttori Sanitari una copia del documento nazionale sulla organizzazione dipartimentale dell'area cardiologica.

Inoltre, è stato richiesto ai Primari Cardiologi di fare pervenire al Direttivo i piani strategici aziendali per il prossimo triennio relativi alla Cardiologia. Lo scopo è

quello di avere a disposizione per tutti gli associati una mappa realistica delle varie situazioni locali, quale utile data-base delle risorse e delle diverse attività nell'ambito della Cardiologia.

Infine, sono stati attribuiti campi specifici di competenza: questioni sindacali (Gullace), organizzativo-manageriali (Grieco), rapporti con gli associati (Lombardo), segreteria (Mafri).

2) Rapporti con gli Enti istituzionali

Sono stati avviati una serie d'incontri con l'Assessore alla Sanità e con alcuni funzionari regionali sui seguenti temi:

- 1) aspetti gestionali,
- 2) epidemiologia,
- 3) prevenzione,
- 4) proposta di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati.

Lo scopo che il Direttivo si prefigge con questi incontri è che l'ANMCO, in concorso con la SIC lombarda, costituiscano la parte qualificante in tema di previsioni e decisioni organizzative, sia strutturali che funzionali, riguardanti la Cardiologia regionale.

3) Appropriatezza dei percorsi operativi diagnostico-terapeutici

Sono stati identificati quattro argomenti che, in base alla loro rilevanza clinica, meritano di essere discussi in altrettante riunioni culturali preliminari di aggiornamento con gli associati:

- prevenzione cardiovascolare (il 26-6-1999, Chairman: Dott. F. Valagussa),
- infarto miocardico acuto (20 novembre 1999, Chairman: Dott. F. Mauri),
- scompenso cardiaco (Chairman: Dott.ssa C. Opasich) e angina instabile (Chairman: Dott. L. Oltrona), entrambe il prossimo anno.

Coordinatore metodologico-organizzativo dell'iniziativa è stato nominato il Dott. C. Rapezzi.

Ogni Chairman si avvarrà della collaborazione di 3 Esperti che avranno il compito di aggiornare le attuali linee guida e di trasferirle nella pratica clinica corrente. Pertanto, verranno presentati alcuni casi clinici "emblematici" per quanto riguarda gli snodi decisionali che possono presentarsi a livello di strutture cardiologiche dotate di diversa complessità organizzativa ed operativa.

Le riunioni principali serviranno inoltre a formare altri Cardiologi in grado di replicare nuove riunioni a livello periferico (almeno 1 per provincia). Si inviteranno alle riunioni di aggiornamento i Collegi Internisti e i Medici di base delle zone interessate.

*Michele Lombardo, Antonio Grieco,
Gian Paolo Guerra, Giuseppe Gullace, Antonio Mafri,
Edoardo Verna e Luigi Tavazzi (Delegato)*

DALLE REGIONI

PUGLIA**Stato di avanzamento dell'attività scientifico-organizzativa**

di Sergio Pedè



Il passaggio dalla fase di programmazione a quella di operatività del programma regionale sta avendo la sua prima attuazione nell'ambito dell'attività scientifico-organizzativa, che si va articolando in una serie di incontri, in parte concepiti a livello nazionale ma a realizzazione regionale, in parte elaborati dal Consiglio Direttivo e dagli Associati della Puglia.

Da queste iniziative scaturisce un **Calendario di appuntamenti di formazione e di aggiornamento**, che viene di seguito riportato.

– **Forum di aggiornamento interattivo sullo scompenso cardiaco**

16-17 Aprile 1999

Bari - Sheraton Nicolaus

Si tratta di una iniziativa congiunta con FADOI e SIC, sviluppata dall'Area Scompenso e riservata ad un numero limitato di discussant (80 tra cardiologi ed internisti ospedalieri).

– **III Congresso Interregionale Apulo-Lucano di Cardiologia dell'Associazione**

18-19 Giugno 1999

Mesagne - Castello Normanno-Svevo

Organizzato dal Consiglio Direttivo in collaborazione con quello della Basilicata, si prefigge lo scopo di aggiornare gli Associati su argomenti di grande attualità, con riferimenti sia alle conoscenze generali sia alle esperienze regionali; il programma, riportato a parte, prevede il coinvolgimento dei gestori regionali della Sanità.

– **Corso del Learning Center "Le attività di Cardiologia Preventiva"**

12-13 Ottobre

Lecce - Palazzo Adorno

È un corso a numero chiuso (disponibili 40 posti), e fa parte del programma nazionale di aggiornamento; le modalità di iscrizione sono contenute in una apposita brochure, che viene distribuita in questi giorni a tutti gli Associati.

– **Corso del Learning Center "Formazione in BLS e defibrillazione precoce"**

16-17 Novembre

Bari - Policlinico

Dedicato ad infermieri e tecnici delle équipes di Cardiologia, intende fornire loro le conoscenze indispensabili per gli interventi di rianimazione cardiopolmonare.

Anche questo Corso è a numero chiuso (disponibili 40 posti) e, in particolare, è gratuito.

Il Calendario non è chiuso, anzi vuole essere il più possibile dinamico ed articolato; il suo attuale limite è rappresentato dal fatto che, al momento, non sono coinvolti, come sedi di incontri, gli ambiti territoriali di Taranto e Foggia; è un limite che sarà eliminato nei prossimi mesi con la definizione di ulteriori iniziative.

D'altra parte il perseguimento degli scopi programmatici (**partecipazione, coordinamento, organicità**) è previsto nell'arco dei due anni di mandato del Consiglio Direttivo e passa attraverso l'impegno degli Associati, qualunque sia l'ambito territoriale di appartenenza e di attività.

ANMCO

III CONGRESSO APULO-LUCANO DI CARDIOLOGIA

18-19 Giugno 1999

MESAGNE

Auditorium Castello Normanno-Svevo

Presidenti

S. Pede (S. Pietro Vernotico) - L. Veglia (Matera)

I GIORNATA - 18 GIUGNO

Ore 15-17 - *Simposio Preliminare***Dispute e controversie in Cardiologia: orientamenti ed esperienze dei Cardiologi di Puglia e Basilicata**

Moderatori: G. Ignone (Brindisi) - G. Pettinati (Casarano)

- I - Quale valutazione strumentale di routine dell'IVS negli Ipertesi:
- elettrocardiografica - A. Forleo (Grottaglie)
 - ecocardiografica - G. Marasco (Martina Franca)
- II - Quale stress-imaging nella stratificazione prognostica post-IMA:
- la miocardioscintigrafia da stress - GP. Perna (S. Giovanni Rotondo)
 - l'ecostress - E. Pellegrino (Gallipoli)
- III - Quale cardioversione nella Fibrillazione Atriale:
- ritardata dopo anticoagulazione - G. Sarcina (Barletta)
 - precoce ETE guidata - M. Sorino (Bari)
- IV - Quale trattamento ottimale delle aritmie ventricolari minacciose per la vita:
- farmacologico - M. Costantini (Galatina)
 - con defibrillatore impiantabile - A. Galati (Tricase)
- V - Quale procedura di rivascularizzazione miocardica nei pazienti già operati di by-pass aorto-coronari:
- PTCA - P. Lisanti (Potenza)
 - reintervento - L. De Luca-Tupputi (Bari)
- Discussione

Ore 17 - *Saluto Autorità*

- Sindaco Mesagne

- Presidente Ordine dei Medici Brindisi

Ore 17,15-17,45 - *Lettura*

"La Cardiologia che verrà: sei riflessioni/proposte per l'operatore tecnico e per il decisore pubblico"

M. Scherillo - Chairman Area Management e Qualità

Ore 17,45-18 - *Coffee-break*Ore 18-20,30 - *I Simposio***Cardiopatia Ischemica: dai Fattori di Rischio all'Evento Acuto**

Moderatori: F. Bacca (Lecce) - S. Barbuzzi (Venosa)

- Correlazione tra Fattori di Rischio ed Eventi Ischemici - A. Vilella (Lucera)
- Inquadramento clinico-diagnostico della Sindrome Coronarica Acuta - F. Caiazza (Potenza)
- Terapia aggressiva della Sindrome Coronarica Acuta:
 - farmacologica - V. Cirrincione (Palermo)
 - interventistica - F. Bovenzi (Bari)
- Discussione
- Organizzazione e Ricerca nel campo della Cardiopatia Ischemica:
 - a livello nazionale:
 - il ruolo delle Aree - C. D'Agostino (Bari)
 - in Puglia e Basilicata:
 - l'Osservatorio Epidemiologico - A. Lopizzo (Potenza)
 - le attività di Cardiologia Invasiva - L. Palumbo (Potenza)

II GIORNATA - 19 GIUGNO

Ore 9-10,15 - *II Simposio***Lo Scompenso Cardiaco: dalle nuove frontiere diagnostico-terapeutiche alle problematiche gestionali**

Moderatori: I. De Luca (Bari) - N. Baldi (Taranto)

- Nuovi percorsi diagnostici e valutativi - R. Mangia (Tricase)
- Nuove strategie terapeutiche:
 - farmacologiche - C. Perrone (Casarano)
 - chirurgiche - M. Villani (Lecce)
- La gestione ambulatoriale dei pazienti scompensati:
 - in Puglia - F. Cocco (Francavilla Fontana)
 - in Basilicata - L. Truncellito (Policoro)

Ore 10,15-10,45 - *Coffee-break*Ore 10,45-11,15 - *Lettura***"L'Epidemiologia clinica dello Scompenso Cardiaco"**

- L. Tavazzi (Pavia)

Ore 11,15-13 - *Tavola Rotonda***La continuità assistenziale per i pazienti cardiopatici: proposte.**

Coordinatori: C. Schweiger (Passirana di Rho) - P. Rizzon (Bari)

Partecipano:

gli Assessori Regionali alla Sanità di Puglia e Basilicata, Direttori Generali, Direttori Sanitari, Rappresentanti regionali di CNR, ANMCO, SIC, ANCE, ARCA, FIMMG, SIMG.

DALLE REGIONI

TOSCANA

di Rossano Vergassola



Il nuovo Piano sanitario regionale nella Regione Toscana

È stato recentemente approvato il nuovo Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Ne abbiamo discusso in Assemblea ed abbiamo concordato alcune osservazioni, che abbiamo inviato alla IV Commissione regionale, insieme alla nostra proposta di Dipartimento Cardiovascolare, elaborata dall'ANMCO Nazionale e pubblicata recentemente in "Cardiologia negli Ospedali".

Il Dipartimento per le malattie cardiovascolari è stato accettato già dai Direttori Generali dell'Area Vasta Fiorentina, con un documento, che definisce alcune linee generali di "decentramento" delle attività, secondo i criteri di accreditamento stabiliti dall'ANMCO Nazionale.

Si sta costituendo un Dipartimento Interaziendale di area vasta, che comprende ben 6 Aziende: le Aziende Sanitarie di Prato, Firenze, Empoli e Pistoia, le Aziende ospedaliere di Careggi e Meyer. È una sperimentazione molto ambiziosa, seguita con grande attenzio-

ne dagli organismi regionali.

Al di là delle Leggi delle quali siamo ricchi in Italia e delle quali spesso potremmo anche fare a meno, vorrei che tutti riflettessimo su alcune problematiche, che il nuovo Piano ci pone e che possono servire a tutti i colleghi, anche di altre regioni.

Il Piano Sanitario Regionale è tutto incentrato su una organizzazione di **Area Vasta**, cioè di una area di riferimento per le 3 Aziende ospedaliere: Pisa, Firenze, Siena. In pratica il territorio regionale viene diviso in tre parti ed ogni Azienda ospedaliera promuove iniziative di "Concertazione" fra sé stessa e le Aziende Sanitarie della propria area vasta.

In questo modo la Regione Toscana intende evitare la duplicazione dei servizi ed offrire servizi omogenei ai cittadini. Se questi sono gli obiettivi dichiarati nel Piano, si intuisce però la presenza di un "pensiero politico", non espressamente manifesto, che non riconosce nella competizione fra Aziende lo strumento più idoneo a soddisfare i bisogni dei cittadini.

In questo senso la Regione Toscana è coerente con la propria impostazione: non ha mai enfatizzato l'uso dei DRGs ed ha sempre tentato di promuovere accordi fra le Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie. Del resto è anche una delle poche Regioni, che ha sempre promosso iniziative di collegamento ospedale-territorio ed ha dato molto spazio a quest'ultimo anche in termini di risorse. Le elaborazioni sui Consultori e sui Distretti risalgono agli anni '70.

Il ragionamento di Area Vasta, di per sé quindi logico ed intellettualmente stimolante, nasconde grandi insidie: nasce anche per tentare di contenere la spesa e per evitare duplicati; nasce chiaramente

anche per soddisfare le esigenze delle Aziende ospedaliere e quindi universitarie. Per questo è anche un disegno accentratore, che può porre in grave pericolo tutte le strutture più periferiche, se i cardiologi non saranno presenti ed accorti.

Contenere le risorse significa quasi sempre far pagare ai più deboli, che per i cardiologi significa perdita di professionalità e per i cittadini disagi vari e pesanti spostamenti per avere adeguati servizi.

Abbiamo pensato di proporre il **Dipartimento Cardiologico**, così come è stato elaborato a livello nazionale, proprio per salvare queste cardiologie, che sono anche quelle più a diretto contatto con la popolazione. Del resto considerazioni di questo tipo possono valere per tutto il territorio nazionale.

Credo che dobbiamo adoperarci tutti per dare vita a questi Dipartimenti, seguendo alcuni criteri fondamentali:

- 1) valutare attentamente la domanda, per poter adeguatamente rispondere ai bisogni dei cittadini;
- 2) non allontanare i servizi dai cittadini;
- 3) osservare sempre i criteri di accreditamento dell'ANMCO Nazionale, per non far scadere la qualità dei servizi erogati;
- 4) dare a tutti coloro che hanno bisogno pari opportunità.

Al di là del documento preparato nell'area fiorentina, ogni Area Vasta si organizzerà come meglio crede: non esistono modelli da esportare, non esistono privilegi da mantenere o da acquisire, ma esistono invece **bisogni da soddisfare**.

Se ognuno di noi terrà conto dei principi sopradetti, potrà contribuire alla costruzione di una nuova organizzazione razionale ed efficace e quindi adempirà ai propri doveri di medico e di operatore pubblico.

VENETO

*Dall'Assessore alle Politiche Sanitarie della Regione Veneto
Iles Braghetto riceviamo e volentieri pubblichiamo la seguente lettera*

Preg.mo
Dott. Giuseppe Catania
Delegato Regionale ANMCO
e alla medesima redazione ANMCO
Dott. Pietro Zonzin

Egregio Dottore,

Ho potuto leggere di recente sul notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, n. 111 del Dicembre 1998, un suo intervento dal titolo "Regulation o deregulation delle attività di emodinamica?".

Alcune brevi considerazioni, sono quantomeno utili anche per sviluppare un costruttivo confronto tra professionisti della disciplina ed il livello programmatico regionale; convinto, più che mai, che solo procedendo in tale sinergia sia possibile assicurare al Veneto elevati standard qualitativi nella sanità pubblica, pur in un contesto di limitate e definite risorse.

Come Lei ben sa, proprio in queste settimane si dovrebbe concludere la tanto attesa programmazione della rete ospedaliera e, per quanto riguarda le emodinamiche, si è confermato il numero di 11 emodinamiche: 1 Rovigo, 1 Belluno, 1 Treviso, 2 Vicenza, 2 Padova, 2 Verona, 2 Venezia. Lo stesso numero previsto dalla precedente Programmazione regionale del 1995 con la sola modifica di non prevederla per l'ULSS di Thiene, mentre viene prevista per l'ULSS di Belluno, capoluogo e sede dell'emergenza urgenza della provincia.

Come potrà ben capire, quindi, il suo intervento ha sollevato qualche interrogativo su "Cosa sta accadendo nel Veneto".

Suppongo che il grido di allarme lanciato sia indubbiamente suffragato da informazioni certe. Anche noi siamo preoccupati del Vostro grido di allarme. Sono certo che il numero delle attuali emodinamiche sia più che sufficiente, anzi si dovrebbe fare qualche altra riflessione, in particolare sul rapporto tra qualità di emodinamiche eseguite e qualità professionale necessaria.

Con la Vostra Società Scientifica e non solo, dovremmo sviluppare un percorso comune per migliorare anche la programmazione sanitaria, che dovrebbe sempre più orientarsi sulle prestazioni, anziché limitarsi esclusivamente alla individuazione di strutture.

Condivido, quindi, la preoccupazione più generale che questo particolare aspetto da Lei richiesto solleva, in particolare sull'opportunità dell'estensione e diffusione di tecnologie e/o metodiche diagnostiche-terapeutiche complesse. È ampiamente noto, infatti, che per la loro erogazione si richiedono standard di sicurezza e qualità professionali che, pur in presenza di eccellenti conoscenze individuali, richiedono anche un indispensabile livello quantitativo di prestazioni perché le abilità cliniche raggiungano standard professionali elevati.

Su questi argomenti di grande attualità ritengo, come anticipato, necessario un confronto tra società scientifiche e livello programmatico regionale.

La ringrazio dell'attenzione.

Prof. Iles Braghetto

Preg.mo
Prof. Iles Braghetto
Assessore alle Politiche Sanitarie - Venezia

Chiarissimo Professore, desidero anzitutto ringraziarLa per l'attenzione che ha voluto dedicare alla questione dei Servizi di Emodinamica nel Veneto nonché per le motivate e circostanziate considerazioni che Lei mi ha voluto indirizzare. Dalla Sua cortese lettera prendo atto con vivo compiaci-

mento come venga ribadito con forza che le attività mediche ad alta tecnologia debbano essere svolte solo là dove previste ed inserite nelle schede di programmazione regionale, e ciò al fine di assicurare elevati standard di sicurezza, di appropriatezza e di qualità professionale che solo possono essere garantiti da un ottimale rapporto numerico di prestazioni per operatore.

Da parte del Consiglio Regionale ANMCO Le anticipo che stiamo cercando strumenti organizzativi affinché i centri di Emodinamica previsti dalla programmazione regionale rispondano poi in tempi soddisfacenti alle varie richieste degli Ospedali di riferimento, sia per esami diagnostici che di interventistica, in modo da evitare che si creino quelle situazioni (vedi lunghe liste di attesa) che poi spingono verso un proliferare di attività di emodinamica.

D'altronde sarà anche tenuto in debito conto l'impatto che avranno sulle procedure di emodinamica le nuove crescenti indicazioni sia diagnostiche che terapeutiche facendoci parte attiva a rivedere e modificare le linee guida laddove la realtà clinica lo esigesse.

La Sua affermazione "la programmazione regionale dovrebbe sempre più orientarsi sulle prestazioni, anziché limitarsi esclusivamente alla individuazione di strutture" ci trova perfettamente d'accordo, risultando coerente con quanto da noi dell'ANMCO affermato anche in occasione del recente incontro con la V Commissione Sanità a proposito delle Cardiochirurgie nel Veneto.

Colgo, pertanto, con vero piacere il Suo invito ad un confronto costruttivo tra Società scientifiche e livello programmatico regionale e rinnovo la nostra piena disponibilità alla massima collaborazione al fine di contribuire a migliorare la programmazione della

Cardiologia ospedaliera nel Veneto.

RingraziandoLa ancora per la attenzione che ha voluto riservare ai problemi che la nostra associazione ha inteso sollevare, nell'auspicare una sempre più fattiva e concreta collaborazione, riceva i segni della stima mia personale e del Consiglio regionale ANMCO tutto.

IL DELEGATO REGIONALE ANMCO
Dott. Giuseppe Catania

XXX CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

30 MAGGIO - 2 GIUGNO 1999 - FORTEZZA DA BASSO, VIALE FILIPPO STROZZI, 1 - FIRENZE



Scheda di iscrizione

Cognome Nome

Via n.

Cap. Città Prov.

Tel. Fax

Cod. Fiscale/P.IVA

(ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE)

ISCRIZIONI	Entro il 1/05/99 (IVA 20% compresa)	Dopo il 1/05/99 (IVA 20% compresa)
Soci ANMCO, SIC, ANCE, SICIP, SICCV	350.000	450.000
Non soci	480.000	580.000
Giovani medici (nati dopo il 1°/1/69)	200.000	250.000
Infermieri	100.000	100.000
Cena Sociale	110.000	140.000

Allego le seguenti quote:

- Socio ANMCO Socio SIC
 Socio ANCE
 Socio SICIP Socio SICCV
 Non socio
 Giovane medico (nato il)
 Infermiere
 Cena Sociale n. persone

Lit.

Lit.

Lit.

Lit.

Lit.

TOTALE

mediante assegno n.

della Banca

intestato ad **ECO srl** con dicitura "non trasferibile".

"Ai sensi della L. 31 dicembre 1996, n. 675 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva i moduli di partecipazione, per l'espletamento delle procedure contabili relative al pagamento della quota di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerLa aggiornata circa le nostre prossime iniziative. Lei ha comunque il diritto di opporsi a tale trattamento. I titolari del trattamento sono ANMCO ed ECO srl con sede in Firenze, Via A. La Marmorata, 36 e nei loro confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della CITATA L. n. 675/1996".

Data Firma

MINICORSI

Desidero iscrivermi ad uno dei seguenti Minicorsi

- I condotti arteriosi nella rivascolarizzazione miocardica
 La Sincope
 Gestione dei pazienti ipertesi con elevato rischio cardiovascolare
 Il laboratorio di emodinamica alle soglie del 2000
 La valutazione della capacità funzionale del paziente con scompenso cardiaco
 Valutazione eco-doppler delle protesi artificiali cardiache

La partecipazione, gratuita, sarà limitata alle prime 150 iscrizioni

Riportiamo la scheda di iscrizione al Congresso che dovrà essere compilata in tutte le sue parti e inviata, con allegato l'assegno bancario o circolare, a

ECO srl

Via A. La Marmorata, 36
50121 Firenze

entro e non oltre il
15 maggio 1999



N. 112 marzo 1999

Bollettino ufficiale
dell'Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

Redazione:
Pietro Zonin

Segretaria di Redazione:
Monica Lorimer

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmorata, 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