

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

N. 114 - settembre 1999 - Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

RIFORMA TER: QUELLO CHE I CARDIOLOGI OSPEDALIERI DEVONO SAPERE

a cura dell'Area Management & Qualità

M. Scherillo (Chairman), C. Schweiger (Co-Chairman), C. Bellet, U. Guiducci, D. Miceli, P.A. Ravazzi

Con l'emanazione del Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 e la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale il 16 luglio u.s., prende l'avvio definitivo la cosiddetta riforma ter del Servizio Sanitario Nazionale, un provvedimento che ha avuto un iter piuttosto travagliato e discusso e che ha provocato anche qualche "spaccatura" tra i sindacati rappresentativi dei medici ospedalieri.

In questo numero:

- p. 4 - *Gli endorsement dell'ANMCO*
- p. 6 - *Il Congresso*
- p. 12 - *La Federazione*
- p. 21 - *Dalle Aree*
- p. 26 - *Dalle Regioni*

L'attuale dispositivo si propone di

proseguire nel processo di "razionalizzazione" del sistema sanitario già avviato con i noti Decreti 502/92 e 517/93 mediante i quali è stata sviluppata la visione "aziendalistica" della Sanità implementando criteri di efficienza ed efficacia ed introducendo contemporaneamente il concetto di qualità delle cure erogate.

La lettura del testo integrale della riforma ter appare piuttosto difficoltosa per i continui riferimenti a precedenti decreti (specie il 502/92) e per i frequenti rinvii a provvedimenti collegati e successivi a varie scadenze, pertanto ci sembra opportuno tentare di sviluppare, ad uso dei Cardiologi Ospedalieri, i punti di maggiore rilievo ed interesse.

Le parole-chiave che principalmente ci riguardano sono elencate in Tab. 1:

continua a pagina 2

**Amici
dell'
ANMCO**

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

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

**SERVIER ITALIA
SMITHKLINE BEECHAM
ZENECA**

segue dalla prima pagina: **RIFORMA TER: QUELLO CHE I CARDIOLOGI OSPEDALIERI DEVONO SAPERE**

PAROLE CHIAVE DELLA RIFORMA TER

- Aziendalizzazione
- Accreditemento
- Ruolo unico
- Formazione continua

Tab. 1

AZIENDALIZZAZIONE

Con la nuova riforma ASL e Aziende ospedaliere, dotate di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, dovranno rispettare i vincoli di bilancio ispirando i loro programmi, oltre che ad obiettivi di assistenza, anche a risultati economici. In pratica significa adottare a pieno regime la contabilità economico-patrimoniale a fronte di quella finanziaria che tuttora persiste in numerose realtà del nostro Paese.

Struttura portante dell'organizzazione aziendale di ASL e Aziende ospedaliere è il Dipartimento, che consente di superare le barriere funzionali e il monopolio di personale e di dotazioni strumentali all'interno delle Divisioni con conseguente subottimale impiego di risorse: l'organizzazione dipartimentale diviene così modello ordinario di gestione delle aziende sanitarie. In ciascuna azienda sanitaria è prevista l'istituzione del Collegio di Direzione, composto dai Direttori Sanitario, Amministrativo, di Distretto, di Dipartimento e di Presidio, con il compito di fornire supporto tecnico al Direttore Generale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività, le soluzioni organizzative per l'attuazione della libera professione intramoenia, l'organizzazione e lo sviluppo strategico dei servizi, l'utilizzo di personale, la valutazione dei risultati.

ACCREDITAMENTO

Sono stati introdotti nuovi criteri generali che riguardano con le stesse modalità sia le strutture del

SSN che i singoli professionisti. Intanto è bene precisare che, in base a quanto stabilito già dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e poi da questa "riforma-ter", l'Italia, come già la Spagna e diversamente da quanto avviene in tutti gli altri paesi, pone l'accreditamento non come attività discrezionale ma obbligatoria: tutte le strutture che in prospettiva vorranno fornire servizi sanitari per il SSN dovranno avere caratteristiche non soltanto autorizzatorie, ma di qualità permanente: solo così potranno ottenere l'accreditamento che rappresenta un momento successivo e consequenziale rispetto all'autorizzazione. Pertanto i requisiti non dovranno essere solo quelli richiesti e dovuti per l'autorizzazione ma quelli che sul piano della tecnologia, della professionalità e dei risultati "accreditano" la struttura ("requisiti ulteriori di accreditamento": RUA).

È prevista l'istituzione di una Commissione Nazionale per l'Accreditamento (CNA) costituita da 30 esperti presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Il CNA ha i seguenti compiti:

- accredita gli organismi per l'accreditamento;
- valuta l'attuazione del modello di accreditamento;
- definisce modelli di partecipazione degli operatori e degli utenti alle attività di valutazione;
- indica le aree assistenziali prioritarie per l'elaborazione di linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici e certifica le metodologie applicative.

In base alla riforma ter, quindi, l'accreditamento delle strutture sanitarie prevede il seguente percorso (Tab. 2):

- lo Stato definisce i Requisiti Ulteriori per l'Accreditamento (RUA) ed il fabbisogno di prestazioni complessivo su base regionale, entro 180 giorni;
- le Regioni disciplinano ed effettuano la verifica entro altri 180 giorni;
- l'accreditamento non vincola il SSN a remunerare prestazioni erogate al di fuori di accordi contrattuali;
- se la capacità produttiva supera il fabbisogno, in assenza di integrazione regionale, c'è la revoca automatica dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso in proporzione al concorso delle varie strutture pubbliche e private.

IL PERCORSO DELL'ACCREDITAMENTO

- Entro 60 giorni la Regione fissa le modalità per l'autorizzazione
- Entro 180 giorni viene emanato l'atto di indirizzo e coordinamento
- Entro 60 giorni le Regioni definiscono i R.U.A.

I TERMINI DECORRONO DAL 16.7.99

Tab. 2

RUOLO UNICO

Meno precisa nei dettagli, specialmente per quello che riguarda la parte economica, appare la riforma sul versante dei Dirigenti Medici: la novità sostanziale è l'introduzione del "ruolo unico" con conseguente abolizione dei due livelli dirigenziali precedenti e la diversificazione delle posizioni secondo un criterio di temporaneità e flessibilità di attribuzione di incarichi (Tab. 3).

Sono previste le seguenti tipologie: Dirigente Medico, Dirigente di struttura semplice, Dirigente di struttura complessa (Ex Dirig. II livello, Responsabile di Unità Operativa), Capo Dipartimento. I Dirigenti apicali che alla data del 31.12.98 non hanno optato per il rapporto quinquennale so-

no soggetti a verifica entro il 31.12.99 ed è auspicabile (ma non è precisato) che si tratti di una verifica sui risultati perché sarebbe quanto meno fuori luogo prevedere una verifica di tipo "professionale". Per tutte le qualifiche l'attribuzione degli incarichi prevede l'esclusività di rapporto con il SSN: bisogna scegliere entro il 16 ottobre.

Per le retribuzioni, tutto è demandato al contratto: verrà fuori prima del 16 ottobre o bisognerà optare per intra- o extramoenia al buio?

FORMAZIONE CONTINUA

Tutti i Dirigenti Sanitari sono tenuti a seguire programmi di formazione e aggiornamento continui, e cioè forme di aggiornamento professionale rivolte ad approfondire le proprie conoscenze scientifiche e le competenze professionali.

Entro 90 giorni va nominata una *Commissione Nazionale per la formazione continua* che ha il compito di definire gli obiettivi formativi di interesse nazionale, di elaborare e diffondere l'adozione di Linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, di *definire i crediti formativi ed i requisiti per l'accREDITAMENTO delle società scientifiche* e dei soggetti pubblici e privati che intendano espletare attività formative.

Altra cosa è la "formazione manageriale": il Dirigente di struttura complessa deve conseguire, entro un anno dall'incarico, l'attestato di formazione manageriale, mediante corsi da sostenere "a proprie spese" presso strutture pubbliche o private accreditate secondo criteri e modalità che saranno definite in tempi successivi.

Infine, del tutto recentemente, l'ARAN ha elaborato un Atto di indirizzo e coordinamento per il rinnovo del contratto della Dirigenza Sanitaria a seguito dei principi contenuti nella riforma-ter, nel quale ribadisce la necessità della articolazione degli incarichi e delle responsabilità ferma restando "l'invarianza della spesa", e soffermandosi su eventuali "elementi di penalizzazione, anche di natura economica" per quei Dirigenti che nel triennio non conseguano il minimo dei crediti formativi stabiliti dalla Commissione Nazionale per la formazione continua.

DIRIGENZA MEDICA

- Ruolo unico – livello unico
- Qualifiche e incarichi attribuiti per "merito"
- Retribuzione demandata al nuovo contratto
- Verifica periodica dei risultati
- Opzione intra- extramoenia entro il 16 ottobre
 - Extramoenia: - 50% retribuzione di posizione, no stipendio di risultato, no incarichi
 - Intramoenia: obbligo di rapporto esclusivo retribuzione come da nuovo contratto

Tab. 3

DAL CENTRO STUDI

di Aldo P. Maggioni



Gli endorsement dell'ANMCO

Marco Bobbio, nel corso dell'ultima Assemblea dei Soci ANMCO, ha sollevato un problema che vale la pena di approfondire e discutere: quello degli endorsement che il Direttivo ANMCO concede a studi clinici multicentrici e multinazionali finanziati dalle industrie farmaceutiche.

Il rischio che giustamente Marco Bobbio fa notare può essere quello di legare il nome della nostra Associazione ad iniziative scientifiche di cui si ha uno scarso controllo della conduzione, produzione e analisi dei dati.

Una serie di considerazioni sulla opportunità di concedere gli endorsement sono sempre state fatte nelle riunioni del Direttivo ma sempre caso per caso, e senza che siano state definite regole fisse. Non è quindi irrilevante, a mio parere, provare a ridiscutere sistematicamente il problema ed aprirlo ai contributi di ragionamento di tutti quanti all'interno dell'Associazione abbiano suggerimenti e opinioni al riguardo.

Il contesto attuale della ricerca farmacologica a livello internazionale

La tendenza attuale è quella di sviluppare molto rapidamente le molecole, che presentano maggiori possibilità di passare dalla ricerca all'utilizzo clinico, bruciando nel giro di pochi anni le classiche fasi iniziali della ricerca farmacologica per arrivare il prima possibile ad un grande studio di fase 3 su eventi clinici "hard" che consenta di sottoporre un adeguato pacchetto registrativo alle Autorità Regolatorie e quindi di entrare nel mercato.

Anche se questa strategia spesso porta a degli errori molto costosi sia in termini economici che umani (basti pensare all'eccesso di ictus emorragici che una posologia non adeguatamente studiata della irudina ha provocato negli studi GUSTO 2A e TIMI 9A), non vi sono segni, per lo meno allo stato attuale, di inversione di tendenza.

Arrivati al grande studio di fase 3 le parole chiave diventano:

1. avere un gran numero di paesi e di centri cardiologici a bordo, così da rendere (a) la molecola molto visibile a livello internazionale e (b) i risultati dello studio applicabili alle realtà più diverse;
2. disporre di un sistema di coordinamento centrale organizzativamente molto forte e capace di raccogliere in tutto il mondo una serie di informazioni anche molto dettagliate e complesse (spesso anche al di là di quanto le stesse au-

torità regolatorie richiedano). La complessità, anche burocratica, di questa politica ha finito per diventare il modello di buona conduzione di uno studio clinico; i costi elevati che ne conseguono, fanno sì che solo l'industria sia in grado di sostenerli, facendone di fatto l'unico possibile protagonista dei trial clinici randomizzati;

3. avere come chairman dello studio una personalità di grande visibilità scientifica a livello internazionale che possa aiutare a produrre e poi "vendere" il prodotto trial nella maniera più credibile scientificamente ed al maggior numero di potenziali consumatori;
4. ottenere dalla FDA la autorizzazione ad entrare sul mercato statunitense il prima possibile, cosa che, di per sé, permette di recuperare rapidamente molte delle spese sostenute (data la dimensione del mercato americano), e che finisce per creare la credibilità necessaria perché anche le autorità regolatorie di altri paesi approvino il prodotto.

La strada migliore perché queste azioni possano concretizzarsi con successo è di affidare (a) la conduzione dello studio ad agenzie specializzate, efficienti e capaci (ma di fatto pagate e quindi dipendenti della industria) e (b) la direzione dello studio ad un "opinion leader" meglio se statunitense, vista la credibilità della produzione scientifica degli Stati Uniti e la "vicinanza" alla FDA.

È sempre più raro che studi di grande dimensione vengano dati "chiavi in mano" ad organizzazioni scientifiche indipendenti al di fuori dagli Stati Uniti. Non a caso l'ultimo studio ISIS è stato concluso nel 1993, ed è quasi un miracolo che il GISSI sia stato in grado di realizzare e presentare uno studio di grande dimensione come il Prevenzione nel 1999 (peraltro l'unico studio positivo nel panorama di quelli negativi o neutri comunicati all'ultimo American College of Cardiology).

Non è questa la sede per dare giudizi a questa politica di ricerca, di fatto però la realtà tende a ridurre le possibilità di condurre studi indipendenti con finanziamenti privati industriali.

Gli aspetti positivi di una partecipazione diretta ai progetti multinazionali

Nel contesto appena descritto, esistono due alternative per la nostra Associazione:

- osservare dall'esterno quanto avviene nell'ambito della ricerca farmacologica, lasciando che un singolo ricercatore faccia da coordinatore nazionale e lasciando la scelta dei centri partecipanti (comunque ANMCO) alla industria sponsor;
- concedere l'endorsement purché alcune condizioni vengano rispettate (vedi punto 3), così da poter partecipare, anche se in limiti definiti al processo di preparazione del protocollo ed alla interpretazione dei suoi risultati. Il coordinamento nazionale da parte della nostra Associazione può consentire anche un coinvolgimento più diffuso delle strutture cardiologiche italiane ai progetti di ricerca, evitando di vedere sempre e solo in attività quei 20-30 centri di prestigio, nei quali diventa anche difficile trovare pazienti arruolabili visto il sovraffollamento di progetti anche in competizione tra loro. Una parte attiva nello studio permette inoltre di poter proporre sottostudi con obiet-

tivi fisiopatologici, che possono aumentare la visibilità scientifica dei centri partecipanti.

Una serie di requisiti perché gli endorsement possano essere concessi

Premesse:

- la concessione di un endorsement da parte del Direttivo ANMCO non comporta vantaggi economici per l'Associazione;
- i principi qui di seguito espressi sono un mio parere personale, frutto anche della discussione costantemente avvenuta all'interno del Direttivo nel caso di richiesta di endorsement. Quelle che seguono non sono quindi da considerare regole ma solo punti da aprire al giudizio ed ai suggerimenti di tutti quanti siano interessati al problema.

- A. Il primo requisito, ovvio ma indispensabile, è che il progetto venga ritenuto scientificamente rilevante dal Direttivo dell'ANMCO. Ma questo va da sé.
- B. Avere una adeguata rappresentatività nei Comitati di Coordinamento degli studi:
 - indispensabile la presenza di un nostro ricercatore negli Steering Committee. Ricordo che lo Steering Committee è l'organo responsabile della scrittura del protocollo, della gestione dello studio e della analisi dei dati;
 - gradita è anche la possibilità di partecipare ad altri Comitati come l'Event Adjudication Committee, od il Safety and Data Monitoring Board (in altre parole il Comitato Etico dello studio).
- C. Non avere alcun condizionamento nella scelta dei centri partecipanti, così da poter allargare i progetti di ricerca a tutte quelle strutture cardiologiche realmente capaci di gestire la casistica necessaria anche se dislocati in centri minori o periferici e perciò meno visibili.

Questi 3 punti dovrebbero sempre essere ottenuti come livello minimo perché un endorsement possa essere concesso.

Altri fattori o modalità di coinvolgimento dell'Associazione possono ulteriormente favorire la concessione dell'endorsement:

- che il database e la gestione dei dati siano collocati presso una struttura di ricerca indipendente e non presso un'industria farmaceutica;
- che l'ANMCO abbia un ruolo nazionale o internazionale nella gestione dei dati;
- che siano finanziati sottoprogetti o studi collaterali che l'Associazione ritenga interessanti;
- che non si verifichi una concentrazione di endorsement su una o poche ditte che possano monopolizzare l'impegno scientifico dell'ANMCO.

L'esperienza fatta fino ad oggi

Qui di seguito vengono riportati gli studi ai quali è stato concesso l'endorsement ed il grado del nostro coinvolgimento secondo alcuni dei principi sopra enunciati.

Le successive informazioni, riportate in tabella, vengono fornite per garantire a tutti i Soci ANMCO la massima trasparenza delle scelte fatte dal loro Direttivo.

ELITE-2 (Sponsor MSD)

- Scelta autonoma dei Centri
- Database nelle mani dello sponsor

Val-HeFT (Sponsor Novartis)

- Coordinatore Nazionale nello Steering Committee
- Presenza di nostri associati nel Comitato Etico e nel Comitato di Validazione degli Eventi
- Scelta autonoma dei Centri
- Come gruppo GISSI: - coordinamento di tutti i paesi partecipanti (14), tranne gli Stati Uniti
- Responsabilità di parte del Core Laboratory degli Ecocardiogrammi
- Responsabilità di parte del Core Laboratory degli Holter
- Responsabilità di parte del Core Laboratory dei Neuroormoni
- Database nelle mani dello sponsor
- A studio terminato, per contratto, una copia del database sarà disponibile per verificare le analisi principali e per eseguire eventuali sottoanalisi

VALIANT (Sponsor Novartis)

- Coordinatore Nazionale nello Steering Committee e nell'Executive Committee
- Scelta autonoma dei Centri
- Database nelle mani di una Istituzione Indipendente (Duke University, USA)

ASSENT-II (Sponsor Boehringer Ingelheim)

- Coordinatore Nazionale nello Steering Committee
- Presenza nel Comitato Etico
- Scelta autonoma dei Centri
- Database nelle mani di una Istituzione indipendente (Università di Lovanio, Belgio)
- Finanziamento dello studio EMAI, condotto parallelamente negli stessi Centri

CHARM (Sponsor Astra Zeneca)

- Coordinatore Nazionale nello Steering Committee
- Scelta autonoma dei Centri
- Database nelle mani dello sponsor

PEACE (Sponsor NIH)

- Coordinatore Nazionale nello Steering Committee
- Presenza nel Comitato di Validazione degli Eventi
- Scelta autonoma dei Centri
- Randomizzazione e valutazione della qualità dei dati raccolti in Italia
- Database nelle mani di una istituzione indipendente (George Washington University, USA)

PRESTO (Sponsor SKB) in collaborazione con GISE

- Scelta autonoma dei Centri
- Database nelle mani dello sponsor

A tre studi è stato recentemente rifiutato l'endorsement per scarsa rilevanza clinica o per contrasti rispetto alle linee guida ANMCO/SIC esistenti.

Considerazioni finali

Nel contesto di ricerca esistente, ritengo la prassi adottata finora sostanzialmente accettabile in termini di indipendenza e visibilità della nostra Associazione pur con una certa variabilità di responsabilità e coinvolgimento negli studi (dalla semplice scelta autonoma dei centri nello studio PRESTO ed ELITE-2 ad un grado di responsabilità molto elevato nel Val-HeFT).

Le considerazioni qui proposte sono frutto di riflessioni personali e come tali non obbligatoriamente condivisibili. Proposte e contributi di riflessione su questo argomento sono ovviamente molto gradite.

Forse, sulla base di quesiti ed altri suggerimenti, la definizione di regole precise per la concessione degli endorsement potrebbe costituire un elemento di maggior chiarezza sia per gli iscritti alla Associazione che per le industrie farmaceutiche che li richiedono.

DAL CONGRESSO

di Gianfranco Mazzotta



Il XXX Congresso ANMCO:

i "numeri", alcuni spunti di discussione, cosa pensiamo di cambiare

Inizio queste brevi riflessioni con i "numeri" del recente congresso ANMCO. Il Congresso ha visto realizzarsi 57 simposi scientifici, di cui 9 satellite e 3 nursing; due manifestazioni scientifiche dell'Area Nursing (interventi preordinati); 7 luncheon panel; 6 minicorsi; una lettura magistrale. Un breve commento: la mia impressione, forse soggetta ad un "bias" nel raccogliere personalmente le opinioni, è positiva: i Soci mi sono sembrati globalmente soddisfatti del "pacchetto" scientifico proposto. C'è stata qualche imperfezione puntualmente e giustamente sottolineata da alcuni:

- a) nei simposi satellite delle aziende farmaceutiche sul tema dell'ipertensione sono stati invitati pochi degli esperti ANMCO. Sono personalmente d'accordo: quest'anno non vi è stata pressione sulle scelte dell'industria, per il prossimo anno ritengo sia cruciale almeno in questo campo un moderato condizionamento delle scelte.
- b) Nonostante quest'anno si sia tentata, con notevole successo a mio parere, la strada della "condivisione" delle scelte con le Aree e con le altre aggregazioni culturali (gruppi di studio), si è pur tuttavia registrata qualche sporadica lamentela: in un'occasione, si è auspicato che per il futuro non fossero modificati i relatori proposti da un'Area; in più occasioni si è proposto di evitare che le tematiche fossero esclusivamente "tecniche", cioè di evitare che il Congresso risulti pieno sì di contenuti scientifici aggiornati, ma privo di una "linea strategica" associativa. Per la prima osservazione, per la verità isolata, rispondo che lo sforzo di condividere i contenuti scientifici con le "forze vive" che lavorano in Italia sarà per il prossimo anno rafforzato e perfezionato, ricordando per altro che le scelte dei relatori, in modo particolare, sono da sempre oggetto di controversia: le prime proposizioni vedono sempre infatti il ripetersi per 5, 6 e non di rado addirittura 7 volte il nome di uno stesso relatore, mentre la linea strategica del Consiglio Direttivo è quella di suddividere gli incarichi. Se si scorre con attenzione il programma, si noterà che sono coinvolti nel Congresso a diverso titolo poco più di 400 Soci tra relatori e moderatori diversi! Ognuno può dedurre da solo quale sia lo sforzo che si pone in atto nel momento di distribuire i diversi

compiti, e l'appartenenza alla Fellowship scientifica in un determinato argomento è stata anche quest'anno il primo dei criteri adottati (e tutti i Fellow hanno avuto un compito all'interno del Congresso, cosa difficilmente riproducibile il prossimo anno per l'aumento del numero dei Fellow; ma ci proveremo!). Si cercherà di essere più tempestivi e puntuali nella comunicazione e nella condivisione delle scelte, il Dott. Pirelli sarà a questo scopo deputato all'interazione con i coordinatori dei Gruppi di Studio e delle Aree. Alla seconda obiezione, ben più rappresentata, rispondo a nome del Consiglio Direttivo che per il prossimo Congresso abbiamo in animo di riservare un piccolo numero di simposi (da 2 a 4, vedremo) per argomenti ritenuti strategici dall'Associazione, sentito il Consiglio Nazionale.

- c) Due aziende si sono lamentate dello scarso afflusso a manifestazioni da loro sponsorizzate, dandone causa alla contemporaneità di diversi appuntamenti scientifici. Da un lato è ovvio che la contemporaneità provoca concorrenza (il che riveste però anche non pochi aspetti positivi) e dall'altro va sottolineato che laddove il programma scientifico era davvero attraente i simposi sponsorizzati sono stati coronati da pieno successo di pubblico, con persone che non hanno trovato posto a sedere nonostante la contemporaneità di altre manifestazioni (questa che espongo è un'analisi che è stata condivisa in Consiglio Direttivo, durante il riesame dell'andamento del Congresso). Si cercherà comunque il prossimo anno di evitare per quanto possibile un'eccessiva contemporaneità di manifestazioni, anche se il compito appare arduo; potrà forse essere modificato l'orario e le giornate riservati ai simposi satellite.

Sono stati ricevuti 704 abstract, di cui 471 che hanno ricevuto una votazione sufficiente sono stati accettati (324 comunicazioni orali e 147 poster), più 27 abstract dell'Area Nursing, tutti accettati. Anche per quanto riguarda le comunicazioni è necessario annotare alcuni problemi emersi in modo chiaro:

- a) la partecipazione alle sedute di comunicazioni è purtroppo sempre bassa, l'audience è insopportabilmente scarsa considerando che si tratta dei contenuti scientifici della ricerca ospedaliera italiana che vengono esposti affinché i ricercatori si giovino dei commenti degli esperti. È necessario un tentativo, almeno sperimentale, per modificare questo andamento; il Consiglio Direttivo è attualmente orientato a sperimentare una "fascia" di luncheon-comunicazioni senza contemporaneità con altre manifestazioni scientifiche per il prossimo anno; vedremo se sarà possibile coinvolgere alcuni sponsor "illuminati" per evitare che sia la sola Associazione a sostenere l'onere (ingente) di questo esperimento; nel contempo il Consiglio Direttivo esprime il desiderio che gli esperti delle diverse tematiche scientifiche considerino le sedute di comunicazione come uno spazio da privilegiare, così che la discussione si possa davvero giovare della loro presenza per il prossimo anno.
- b) In alcune occasioni si sono ricevute lamentele per la "bocciatura" di comunicazioni ritenute molto valide. A questo proposito, da un lato va ricordata l'assoluta onestà e assenza di discrezionalità di tutto il processo di selezio-

Congresso ANMCO 2000**21-24 Maggio****FORTEZZA DA BASSO - FIRENZE**

Si ricorda che è possibile inviare le comunicazioni anche consultando le pagine web all'indirizzo:

<http://www.oic-srl.com/cnc2000>

Deadline per l'invio: 15 gennaio 2000

ne (nessuno, dico nessuno, può interferire in modo "personalistico"); dall'altro però, onestamente, bisogna riconoscere che in più di un'occasione il lavoro dei revisori non è stato esente da critiche. I revisori sono stati quest'anno 167 e sono suddivisi in 20 categorie scientifiche, più un raggruppamento di revisori che si occupano di più di una tematica scientifica predeterminata e un altro cui vengono affidate le tematiche "varie". Si tratta di esperti che vengono segnalati da più parti: dal Consiglio Direttivo, dai Delegati Regionali, dalle Aree, dai Gruppi di Studio, ecc. Il numero di revisori dipende, per ogni specialità, dall'andamento "storico" in termini di affluenza di comunicazioni: l'ecocardiografia, metodica di grande utilizzo anche in termini scientifici, deve avvalersi da sola di 25 revisori; le metodiche e gli argomenti di minore interesse si avvalgono solo di una "squadra" di 5 revisori. Si è avuto modo di percepire talora votazioni inespl-

bilmente bassissime o altissime (la Commissione per il Congresso ha collegialmente discusso diversi casi, arrivando purtroppo a questa conclusione); sembra a volte di poter arguire vuoi un'assenza di attenzione nel giudicare, vuoi atteggiamenti forse preconcepi, atti a "bocciare" o a "promuovere" una conclusione scientifica. Al di là di un'ovvia richiesta di maggiore professionalità ai revisori, sarà oggetto di dibattito la scelta di correttivi a questo riguardo per il futuro.

Due sole annotazioni vanno aggiunte a mio parere a questo breve commento all'andamento del Congresso, scritto di getto all'ultimo momento e probabilmente intriso da una mia personale tendenza alla critica ed all'autocritica, a fronte però di una globale soddisfazione: la prima, è che chiedo a tutti i Soci di aprire su queste pagine un costruttivo dibattito di cui questo articolo è solo il *primum movens*, così da evitare di esprimere opinioni che non trovino la condivisione di molti, ed anche per recepire altre, non note, critiche costruttive.

L'altra annotazione si riferisce ancora ai contenuti del Congresso, per cui credo di poter provare ad indicare quale sia stato il momento culturale ed emotivo più elevato dell'ultimo Congresso (con un pizzico di presunzione di cui chiedo venia): secondo me questo momento si identifica nella lezione magistrale introduttiva tenuta dal Prof. Fausto Rovelli, Maestro di tutti noi e Maestro mio personale durante la fase iniziale della mia attività specialistica.

La lezione è stata davvero Magistrale, sia in termini culturali che di vissuto personale della storia della cardiologia italiana, di cui Rovelli è stato per lunghi anni l'artefice in prima persona.

Credevo che chi era presente ricorderà a lungo l'interminabile applauso che la platea Gli ha riservato, l'applauso e la "standing ovation" di tutta la Cardiologia Italiana, davvero i più lunghi che io ricordi.

di Marco Tubaro



XXX Congresso Nazionale di Cardiologia

la conferma di una tradizione

Dal 30 maggio al 2 giugno 1999 si è tenuto, nella sede ormai abituale della Fortezza da Basso, a Firenze, il XXX Congresso Nazionale della nostra Associazione, sotto la presidenza del Prof. Nicola Mininni. È stato, per diversi aspetti, un Congresso "celebrativo", sia per il decoro del 30° anniversario, sia per l'affidamento della lettura magistrale del Congresso al Prof. Fausto Rovelli, la

cui intera vita scientifica e professionale si è identificata con l'ANMCO, guidandone i progressi e lo sviluppo.

Il numero degli iscritti (Tabella I) ha raggiunto un sostanziale plateau, pur incrementandosi lievemente rispetto allo scorso anno.

La distribuzione regionale degli iscritti (Tabella II) dimo-

ISCRITTI AL XXX CONGRESSO ANMCO 1999

Medici	2079
Infermieri	268
Totale	2347

Tab. 1

stra, ancora una volta, il forte radicamento territoriale dell'ANMCO, uno dei punti di forza di una società scientifica che si occupi della prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari.

ISCRITTI AL CONGRESSO ANMCO 1999

Piemonte	136	Marche	68
Valle d'Aosta	5	Lazio	202
Lombardia	426	Abruzzo	45
P.A. Bolzano	7	Molise	6
P.A. Trento	20	Campania	202
Veneto	182	Puglia	93
Friuli Venezia Giulia	64	Basilicata	13
Liguria	71	Calabria	69
Emilia Romagna	173	Sicilia	152
Toscana	218	Sardegna	46
Umbria	31	Regione non specificata	117

Tab. 2



Fausto Rovelli



Pier Luigi Prati

DOMENICA 30 MAGGIO

Le riunioni delle Aree hanno avuto una partecipazione buona, ma ancora non ottimale (a parte l'Area Scompenso): è senz'altro importante che i Soci sentano le Aree come la forma organizzativa migliore per incanalare le proprie energie e capacità nell'attività scientifica e culturale e siano maggiormente coinvolti nelle diverse attività all'interno delle Aree.

Nel pomeriggio, le sessioni dei simposi satellite hanno confermato l'eccellente collaborazione tra l'ANMCO e l'industria farmaceutica che opera in campo cardiovascolare, sottolineata dal ruolo degli Amici dell'ANMCO nel sostenere le iniziative scientifiche, i programmi culturali e la partecipazione al Congresso della nostra Associazione. In presenza di una quota minima di finanziamenti pubblici, il contributo industriale diviene fondamentale per il progresso scientifico e organizzativo della cardiologia ospedaliera.

Successivamente, gli studi clinici dell'ANMCO sono stati presentati in un simposio a loro appositamente dedicato, che ha riscosso un notevolissimo successo. Dopo la splendida lettura del Prof. Rovelli, la targa d'oro dell'ANMCO veniva conferita al Prof. Pier Luigi Prati, per il complesso della sua opera di clinico e di ricercatore e per l'eccellente direzione del Giornale Italiano di Cardiologia; il premio Sigma Tau veniva vinto con grande merito dal Dott. Lauro

Cortigiani, di Lucca; infine, il Presidente dell'ANMCO, Prof. Mininni, apriva ufficialmente il Congresso.

LUNEDI 31 MAGGIO

La mattina congressuale era caratterizzata dai due grandi simposi dell'ANMCO: quello organizzativo e quello congiunto con la Società Europea di Cardiologia, entrambi molto seguiti e di grandissimo interesse. A metà giornata, ai tradizionali luncheon panel sostenuti dalle aziende farmaceutiche, l'ANMCO ha affiancato dei luncheon-simposi, per consentire a tutti gli iscritti di rimanere comodamente nella sede congressuale. Nell'Assemblea Generale venivano presentati, da parte del Consiglio Direttivo, i dati principali delle attività dell'ANMCO e la nuova iniziativa editoriale per un unico giornale della cardiologia italiana.

MARTEDI 1 GIUGNO

Giornata dedicata al proseguimento dell'attività congressuale, che ha visto in totale l'organizzazione di 48 simposi e la presentazione di 471 lavori originali, sotto forma di comunicazioni e poster. Nel pomeriggio, iniziava anche il Congresso dedicato al nursing, quest'anno particolarmente seguito. Le ultime ore sono state dedicate ai Gruppi di Studio, ospitati dall'ANMCO nell'ambito di una lunga e fruttuosa collaborazione scientifica e clinica, che ha contribuito in misura determinante allo sviluppo della cardiologia italiana. La serata "tutti insieme" ha costituito, quest'anno, un altro motivo di novità del nostro Congresso: infatti, il Consiglio Direttivo ha deciso

di sostituire la tradizionale cena di gala con un concerto di musica leggera, preceduto da una "merenda" tipicamente toscana. Nello splendido anfiteatro romano di Fiesole abbiamo avuto, quindi, il piacere di ascoltare un concerto "per pochi intimi" di Claudio Baglioni, cantautore romano che è riuscito a legare insieme i più nostalgici 40-50enni con le giovani generazioni delle più scatenate infermiere, che hanno ballato per le intere due ore del concerto, il cui ricavato è stato dall'ANMCO devoluto alla ricostruzione del Kosovo.

MERCOLEDI 2 GIUGNO

Con il completamento del programma del nursing e di quello generale, il XXX Congresso Nazionale volgeva al termine.

In conclusione, il XXX Congresso Nazionale ha confermato la sua posizione irrinunciabile nel panorama cardiologico nazionale, indispensabile per aggiornarsi sulle ultime novità cardiologiche e sui percorsi diagnostico/terapeutici più efficaci, per organizzare studi collaborativi e altre iniziative culturali e, non da ultimo, per incontrare colleghi e amici con i quali scambiare esperienze, idee e progetti per il futuro.

Arrivederci all'ANMCO 2000!

Nominati i nuovi Fellow ANMCO del 1999: i Colleghi hanno ricevuto il diploma e la nomina durante la cerimonia inaugurale del Congresso ANMCO

La Commissione per la concessione della Fellowship dell'ANMCO ha proceduto quest'anno ad esaminare ben 62 domande di ammissione. Di seguito sono indicati i 57 Colleghi che sono stati ritenuti meritevoli della Fellowship. La Commissione ha ritenuto di non approvarne 5; in un caso si è dovuto aprire un piccolo contenzioso durante e dopo il Congresso e richiedere un supplemento di informazioni, che però non ha portato la Commissione ed il Consiglio Direttivo ad esprimere un parere positivo.

Per il lettore che intendesse presentare domanda per il 2000 o per gli anni successivi, definiamo meglio cosa si deve intendere per "criteri minimi" per poter presentare la domanda di ammissione, oggetto del contenzioso di cui sopra. Nel caso della partecipazione ad un determinato

Congresso sia come relatore che come moderatore in più di un'occasione, conterà come un solo "criterio" il singolo Congresso, non il numero di compiti svolti in quel Congresso. In altre parole, se un collega modera 2 volte e svolge tre relazioni ad un Congresso nazionale, questi compiti non sono cumulabili, vale la partecipazione attiva ad un Congresso, non si tratta di 5 attribuzioni di merito.

Il Consiglio Direttivo e la Commissione giudicatrice sono dispiaciuti, come sempre, per i Colleghi che non hanno vista accolta la loro domanda di ammissione, e ricorda che, al di là dei requisiti minimi, esiste una discrezionalità nel giudizio dei titoli stessi che la Commissione si ascrive pienamente, come già ho avuto modo di ricordare.

Ecco i nuovi Fellow dell'ANMCO:

FELLOW PER IL CAMPO SCIENTIFICO E ORGANIZZATIVO SINDACALE

Marco Bobbio	Osp. S. G. Battista Molinette	Torino	Antonio Mantero	Ospedale Niguarda	Milano
Francesco Bovenzi	Ospedale Consorziale Policlinico	Bari	Andrea Marchesini	Policlinico S. Orsola - Malpighi	Bologna
Vincenzo Capuano	Ospedale Curteri Mercato	San Severino (SA)	Giuseppe Masini		Lucca
Carlo D'Agostino	Ospedale Consorziale Policlinico	Bari	Giuseppe Pinelli	Ospedale Bellaria	Bologna
Marcello Disertori	Ospedale Santa Chiara	Trento	Salvatore Pirelli	Ospedale Niguarda	Milano
Edoardo Gronda	Ospedale Niguarda	Milano	Sergio Severino	Azienda Osp. Vincenzo Monaldi	Napoli
Giuseppe Inama	Ospedale Santa Chiara	Trento	Stefano Urbinati	Ospedale Bellaria	Bologna
Ettore Lazzeroni	Ospedali Riuniti	Parma	Pietro Zonzin	Presidio Ospedaliero	Rovigo

FELLOW PER IL CAMPO SCIENTIFICO

Paolo Azzolini	Ospedale Fatebenefratelli	Roma	Giovanni La Canna	Spedali Civili	Brescia
Fabio Biferali	Ospedale S. Giacomo in Augusta	Roma	Luigi La Vecchia	Ospedale Civile	Vicenza
Giovanni Luca Botto	Ospedale Sant'Anna	Como	Fabio Lattanzi	Osp. Generale Prov. Lotti	Pontedera (PI)
Alessandro Capucci	Ospedale Civile	Piacenza	Michele Lombardo	Ospedale Niguarda	Milano
Giancarlo Carini	Ospedale Bellaria	Bologna	Rolando Mangia	Ospedale Cardinale Panico	Tricase (LE)
Moreno Cecconi	Ospedale Regionale G. Lancisi	Ancona	Luisa Mestroni	Ospedale Maggiore	Trieste
Vincenzo Ceci	Ospedale Santo Spirito	Roma	Franco Naccarella	Poliambulatorio Tiarini	Bologna
Stefano Coccolini	Osp. Civile S. Maria delle Croci	Ravenna	Lorenzo Pellegrino	Osp. San Camillo De Lellis	Manfredonia (FG)
Lauro Cortigiani	Ospedale S. Croce	Cast. Garfagnana (LU)	Massimo Piepoli	Ospedale Civile	Piacenza
Gian Battista Danzi	Ospedale Niguarda	Milano	Alessandro Politi	Ospedale Sant'Anna	Como
Raffaele De Caterina	CNR	Pisa	Attilio Renzulli	Azienda Osp. Vincenzo Monaldi	Napoli
Alessandro Desideri	Stabilimento Ospedaliero	Castelfranco Veneto (TV)	Massimo Romanò	Ospedale Santa Corona	Garbagnate Milanese (MI)
Pietro Di Pasquale	Ospedale G.F. Ingrassia	Palermo	Paola Rosselli	Ospedale La Colletta	Arenzano (GE)
Pompilio Faggiano	Osp. S. Orsola Fatebenefratelli	Brescia	Daniele Rovai	Azienda Ospedaliera Pisana	Pisa
Donatella Ferrini	Osp. G.B. Morgagni - L. Pierantoni	Forlì	Andrea Rubboli	Ospedale Maggiore C.A. Pizzardi	Bologna
Alfredo Galassi	Ospedale Ferrarotto	Catania	Fabio Turazza	Ospedale Niguarda	Milano
Mario Galli	Ospedale Sant'Anna	Como	Carlo Vigna	Osp. Casa sollievo della sofferenza	S. Giovanni Rotondo (FG)
Michele Galli	Fond. Salvatore Maugeri	Veruno (NO)	Alessandro Villella	Ospedale Lastaria	Lucera (FG)
Francesco Gentile	Ospedale Bassini	Cinisello Balsamo (MI)	Maurizio Volterrani	Ospedale Chiarenzi	Zevio (VR)

FELLOW PER IL CAMPO ORGANIZZATIVO SINDACALE

Giacomo Chiarandà	Ospedale Garibaldi	Catania	Alberto Galassi	Catania
Rocco Cordiano	Ospedale Civile	Adria (RO)		

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 ritenuti 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 di-

sposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);

- h - lettera di presentazione del Delegato Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;
- i - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **31 gennaio** 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.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 7 membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale. Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 membri; la decisione è a maggioranza assoluta (4 voti favorevoli).

I membri sono:

1. Il Presidente dell'ANMCO in carica;
2. Il Direttore del Giornale Italiano di Cardiologia in carica;
3. Il Vice Presidente culturale dell'ANMCO in carica;
4. Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO (il Consiglio dovrà nominarne 8, da contattare nell'ordine, in modo da consentire che la Commissione possa riunirsi facilmente).

La Commissione ha facoltà di ruscare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarata del candidato.

I componenti della Commissione durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per il solo mandato successivo; nel caso che un componente ricopra cariche consecutive che lo collocano di diritto tra i componenti della Commissione, allo scadere del quarto anno egli sarà sostituito da un quinto Fellow indicato dal Consiglio Direttivo.

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

- Fellow per il campo scientifico-didattico-editoriale Fellow per il campo organizzativo-sindacale

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

ANNO DI LAUREA _____ ANNO D'ISCRIZIONE ALL'ANMCO _____

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> lettera di presentazione del Delegato Regionale e di 2 Fellow; | <input type="checkbox"/> attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato; |
| <input type="checkbox"/> lista delle pubblicazioni scientifiche, così ordinate: articoli su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli su riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri; | <input type="checkbox"/> curriculum vitae completo; |
| | <input type="checkbox"/> lista delle relazioni invitate con segnalazione del convegno relativo; |
| | <input type="checkbox"/> due fotografie a colori formato tessera |

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

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pianificazione ed organizzazione delle strutture sanitarie | <input type="checkbox"/> Attività sindacale propria |
| <input type="checkbox"/> Organizzazioni di manifestazioni culturali | |

DALLA FEDERAZIONE

di Mario Mariani



Alcune riflessioni del primo Presidente

La prima idea della necessità, piuttosto che della semplice opportunità, di creare la Federazione Italiana di Cardiologia che rappresenta le principali Società Nazionali (SIC ed ANMCO) che oggi comprendono la quasi totalità dei cardiologi italiani operanti nelle strutture pubbliche è nata quando, a partire dal '92, ho cominciato a muovermi nei vari paesi d'Europa, non trascurando i paesi dell'Est, ed ho cercato di far capire che l'Italia cardiologica era non un bel fantasma ma una realtà della quale le altre comunità scientifiche cardiologiche dovevano cominciare a tener conto.

Già in quegli anni con il grande progresso scientifico che nel settore cardiologico aveva raggiunto l'Italia, la nostra partecipazione in termini di abstract presentati ed accettati era rilevante; ma negli ultimi anni l'apporto della cardiologia italiana nei vari e più qualificati consessi internazionali, si è fatto sempre più importante tanto da figurare ai primi posti. Né si può ignorare il ruolo spesso di primo piano che i nostri ricercatori hanno assunto per esempio nei working group della Società Europea a dimostrazione della crescita nel nostro Paese della scienza cardiologica.

Nonostante ciò mai prima degli anni '95 la SIC o l'ANMCO avevano cercato di far sentire congiuntamente la loro opinione né sostenuto concretamente le proprie candidature, tanto che i pochi italiani coinvolti negli organi direttivi della Società Europea erano sempre stati cooptati dal gruppo dirigente e non designati dalle rispettive Società. Alle eventuali richieste rivolte ai vertici della Società Europea di Cardiologia (ESC) sul perché di questa situazione, immancabilmente ci si sentiva rispondere che esisteva una "certa confusione" fra i cardiologi i quali si presentavano con due società spesso non in sinergia e quindi era inevitabile quanto stava accadendo.

Analoga mi risulta fosse la situazione verificata da Colleghi ANMCO nelle loro esperienze all'estero e in Italia. Stando così le cose, pertanto, i due direttivi SIC e ANMCO decidevano di interagire per cercare soluzioni.

Altro aspetto non sempre curato era quello della politica sanitaria nazionale o regionale per le quali era norma che un settore così rilevante sotto il profilo economico e sociale, quale è la Cardiologia, fosse rappresentata o da non cardiologi o fosse del tutto non rappresentata.

La SIC intuì questo disagio e dette vita ad un Comitato permanente del quale mi designò quale coordinatore con il compito di esplorare la possibilità di una unione funzionale con l'ANMCO che rappresenta senz'altro la componente più affine comprendente la maggior parte dei Cardiologi delle strutture pubbliche. L'ANMCO immediatamente condivise l'opportunità di un cambiamento che portasse ad una strategia comune sia nei confronti della ESC sia verso le Autorità Sanitarie italiane e cominciò anche a svilupparsi l'idea di una possibile collaborazione nel settore didattico al fine di formare un "miglior cardiologo" utilizzando meglio di quanto fatto fino ad allora le competenze dei Colleghi del SSN.

Eravamo in quell'epoca con Brusca Presidente SIC e Tavazzi Presidente ANMCO ed iniziarono allora i primi contatti. I primi successi furono subito evidenti e si concretizzarono alla stesura delle Linee Guida, in migliori rapporti intersocietari e nel cominciare a studiare la possibilità di una ipotesi Federativa. Successivamente continuarono l'opera Caponnetto e, dopo la sua prematura scomparsa, Guazzi per la SIC e Santini per l'ANMCO.

Nel 1996 al Congresso ESC di Birmingham, pur non essendo ancora costituita la Federazione, i cardiologi italiani ebbero una prima dimostrazione di quanto potesse essere realizzabile dalla cardiologia italiana sulla base di un perfetto accordo ed infatti le due Società riuscirono a portare alla Vicepresidenza della Società Europea il Prof. Rizzon, primo italiano ad affermarsi a questo traguardo, dopo l'inaspettata fine di Attilio Reale che fu della stessa Presidente soltanto per pochi mesi.

I quasi due anni successivi al Congresso di Birmingham furono necessari perché i direttivi delle due Società attraverso una serie di incontri creassero una Commissione costituita da Mazzotta, Rizzon, Tavazzi e da me stesso, che preparasse una prima bozza dello Statuto della Federazione che venne finalmente approvato a Malta il 10 aprile del 1998. Dal 1° luglio di quell'anno è entrata in funzione la Federazione Italiana di Cardiologia della quale sono stato indicato come primo Presidente. La Federazione riunisce i Soci delle due Società ed è costituita da 6248 membri (al 31.12.98).

Il primo direttivo è così composto:

MARIO MARIANI	Presidente	LUIGI TAVAZZI	Vicepresidente
SALVATORE NOVO	Segretario	EZIO GIOVANNINI	Tesoriere
CARLO SCHWEIGER	Consigliere	ROBERTO FERRARI	Consigliere

Lo Statuto verrà riportato nel prossimo numero ed è importante che tutti lo conoscano perché dalla attenta lettura dello stesso si può ben capire che cosa è e che cosa non è la Federazione Italiana di Cardiologia. Cominciamo da questo ultimo punto.

Sicuramente la Federazione non è una terza Società come qualcuno erroneamente interpreta. Il Direttivo, limitato a sei componenti (tre di estrazione SIC e tre ANMCO) è volutamente numericamente ristretto perché possa risultare un organismo agile, capace di portare avanti gli obiettivi indicati dalle due Società che hanno originato la Federazione ed eventualmente in grado di suggerire alle stesse proposte operative.

Non è possibile avere nell'ambito del direttivo incomprensioni o veri disaccordi. Se malauguratamente ciò dovesse accadere essi andrebbero immediatamente risolti in una Assemblea Federale perché più che pericolosi sarebbero concettualmente inaccettabili.

Altro punto importante che mi preme chiarire è che la Federazione non può "sostituirsi" alla SIC o all'ANMCO determinando apprensioni o preoccupazioni perché è bene che tutti ricordino che quando la Federazione viene interpellata dalla ESC o da Organi politici, vuol dire che l'ANMCO e la SIC, sono congiuntamente interpellate. Compito della Federazione sarà coinvolgerle entrambe, ovviamente secondo le loro rispettive potenzialità che in un caso specifico potrebbero essere almeno per ora quasi esclusivamente SIC o quasi esclusivamente ANMCO.

Ma questa è proprio una delle ragioni per le quali è stata voluta la Federazione. Perché in ogni sua iniziativa che può andare dalla prevenzione, alla formulazione di nuove Linee Guida, alla posizione da assumere nei confronti del potere politico o alla formazione del nuovo cardiologo e al mantenimento del suo aggiornamento, tutti i cardiologi italiani risultassero coinvolti con il fine di valorizzare al massimo le grandi potenzialità del settore presenti nel nostro Paese.

Quindi la FIC non potrà "scavalcare" ora la SIC ora l'ANMCO perché fin quando esisteranno le due Società la FIC non è altro che l'una più l'altra. Se non si capisce questo non si è capito niente della importanza, opportunità, necessità di avere creato la FIC.

Questo è sicuramente il motivo principale per il quale le due Società hanno voluto in questa delicata "fase di rodaggio" limitare ai due soci fondatori, i componenti della "Federazione" che sicuramente in un prossimo futuro potrà accogliere altre Associazioni o Società affinché finalmente l'Italia cardiologica possa essere una sola, solida casa nella quale tutti si riconoscano con un'unica etichetta, quella di cardiologo italiano.

Questo dovrebbe essere l'intento finale, per raggiungere il quale potranno essere necessari tempi più o meno lunghi secondo quello che i costituenti riter-

ranno utile. Certo che questa occasione unificante, anche se non priva di problemi, è troppo importante per la cardiologia italiana e grave sarebbe stato non cogliere il momento.

Ora c'è un candidato della Federazione in corsa per una carriera nella Società Europea e compito non solo del direttivo della Federazione ma di tutti i Soci sarà quello di adoperarsi affinché al nostro candidato venga offerta ogni possibilità di raggiungere il massimo successo possibile indipendentemente dal fatto che la sua estrazione sia SIC o ANMCO. Così dovrà essere in ogni occasione futura per ogni cardiologo italiano.

Nel settore della politica sanitaria abbiamo iniziato una collaborazione con il Ministero della Sanità ed infatti fin dalle prime riunioni del Direttivo della FIC sono state, su mia proposta, assegnate delle deleghe a due membri del Direttivo stesso, una a Carlo Schweiger per eventuali modifiche e aggiornamenti dei DRG e VRQ e una a Ezio Giovannini per l'aggiornamento e proposte di modifica delle Linee Guida nell'intento di dare fattivamente il nostro contributo in questi importanti settori.

Nella politica Regionale vi è stato, almeno nell'ambito della Regione Toscana, un forte impulso a considerare con il giusto peso la componente cardiologica. La cardiologia invasiva, diagnostica e terapeutica interventistica è stata inserita tra le alte specialità e fra i programmi presenti del PSR un posto importante lo occupa la prevenzione cardiovascolare.

Un altro obiettivo importante della Federazione era quello di cercare di aderire formalmente e praticamente al programma di "formazione del cardiologo europeo".

Esistono ancora oggi "Scuole di Specializzazione in Cardiologia" senza supporti cardiologici sufficienti e sono talora trascurati possibili coinvolgimenti di strutture diverse da quelle universitarie che sicuramente potrebbero favorire la migliore formazione dello specialista. Prima che il problema venga risolto di autorità in via legislativa invito calorosamente tutti i Colleghi direttori di "Scuole di Specializzazione" a considerare i vantaggi per le loro Scuole derivanti dal coinvolgimento di strutture sanitarie diverse dalle nostre, ovviamente se la qualità delle stesse risultasse di ottimo livello.

Esempi di ottima collaborazione con vantaggi inenunciabili per la Scuola sono evidenziabili in quelle sedi nelle quali tale interazione tra strutture universitarie e non (per lo più SSN ma anche CNR) è già realizzata in base alle possibilità consentite dalle leggi vigenti come per esempio Pisa-Palermo-Pavia per citarne solo alcune.

Questi sono soltanto alcuni spunti che i primi mesi di vita della Federazione mi suggeriscono e che mi sento in dovere di esternare a tutti i colleghi.

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

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

Vuoi diventare Socio ANMCO?

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

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

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

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

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

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

Io sottoscritto:

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare Lit. _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

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

Socio Aggregato

- Lit. 60.000

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza: _____



FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA

DELEGATI REGIONALI ANMCO 1998-2000

ABRUZZO

Dott. DOMENICO DI GREGORIO - Tel. 0872/7061
Ospedale Renzetti - Via del Mare - 66034 LANCIANO

ALTO ADIGE BOLZANO

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

BASILICATA

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

CALABRIA

Dott. FRANCO PLASTINA - Tel. 0894/681370
Osp. dell'Annunziata - Via F. Migliori, 72 - 87100 COSENZA

CAMPANIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LAZIO

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

LIGURIA

Dott. RAFFAELE GRIFFO - Tel. 010/9134159
Osp. "La Colletta" - Via del Giappone, 2 - 16011 GENOVA

LOMBARDIA

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

MARCHE

Dott. MARCELLO MANFRIN - Tel. 071/5965027-8
Osp. Regionale G. Lancisi - Via Baccarani, 6 - 60121 ANCONA

MOLISE

Dott. PIER LUIGI PILONE - Tel. 0874/409282
Ospedale A. Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 CAMPOBASSO

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. ENZO COMMODO - Tel. 011/69331
Centro Traumatologico Ortopedico - Via Zuretti, 29 - 10126 TORINO

PUGLIA

Dott. SERGIO PEDE - Tel. 0831/670307
Ospedale N. Melli - Via Lecce - 72027 S. PIETRO VERNOTICO (BR)

SARDEGNA

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

SICILIA

Dott. VINCENZO CIRRINCIONE - Tel. 091/7808098
Presidio Ospedaliero Villa Sofia - P.za Salerno, 1 - 90146 PALERMO

TOSCANA

Dott. ROSSANO VERGASSOLA - Tel. 055/6577206
I.O.T. Villa Margherita - Viale Michelangelo - 50125 FIRENZE

TRENTINO

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

UMBRIA

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

VENETO

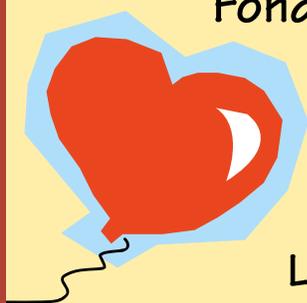
Dott. GIUSEPPE CATANIA - Tel. 0437/216250
Ospedale Civile - Viale Europa - 32100 BELLUNO

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



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)

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

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Codice Unico

Codice ANMCO

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME COGNOME DATA DI NASCITA

Abitazione: INDIRIZZO

CITTÀ PROVINCIA CAP

TEL. FAX E-MAIL:

Anno di laurea Specializzato in Cardiologia SI NO Anno di specializzazione

Altre specializzazioni

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Casa di Cura

Altro

Tipologia:

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

Nome del Responsabile della struttura

Presidio:

DENOMINAZIONE

INDIRIZZO

CITTÀ PROVINCIA CAP

TEL. FAX E-MAIL:

Qualifica:

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

In quiescenza: SI

Non compilare

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

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

Specifico (non più di due):

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

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

Altro (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

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

A - AVER LIBERAMENTE PRESO ATTO CHE:

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

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

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

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

Data _____

Firma _____

Il Delegato Regionale ANMCO _____ della Regione

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

Socio Ordinario Socio Aggregato

Data _____

Il Delegato _____

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

Il Segretario _____

AREA EMERGENZA-URGENZA

“L'emergenza cardiologica: prospettive per il 2000”

Roma, 15-16 ottobre 1999

di Marco Tubaro

L'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO ha voluto, quest'anno, organizzare un Convegno nazionale sull'emergenza cardiologica, per l'enorme importanza che questa problematica riveste in campo scientifico, clinico e organizzativo.

Il Convegno, rivolto non solo ai cardiologi, ma anche, specificamente, agli anestesisti-rianimatori e ai medici di medicina d'urgenza, prende in esame, in dettaglio e approfonditamente, tutti gli aspetti più importanti dell'emergenza cardiologica, attraverso due letture magistrali e 5 simposi principali, i cui titoli sono:

- il dolore toracico: una sfida culturale e organizzativa
- emergenza e tempestività nell'infarto miocardico acuto
- la gestione delle sindromi coronariche acute
- l'arresto cardiaco
- strategie educazionali nell'emergenza cardiologica.

Questo Convegno consentirà di confrontare, a livello nazionale, le diverse esperienze di gestione dell'emergenza cardiologica, all'interno dei Centri cardiologici dell'ANMCO e nel rapporto di collaborazione con gli altri specialisti, ponendo le basi culturali, didattiche e organizzative per la migliore gestione di patologie di estrema gravità e di enorme rilevanza sociale.

Verranno, inoltre, presentati, in un simposio apposito, i protocolli dei prossimi studi dell'Area Emergenza-Urgenza, che affronteranno, per la pri-

ma volta in Italia, due importanti problemi:

- la gestione del dolore toracico in pronto soccorso
- la dimissione precoce dei pazienti con infarto miocardico acuto non complicato.

Il Convegno vero e proprio verrà preceduto, nella mattinata di venerdì 15, da un simposio su “strumenti informatici e cardiologia”, patrocinato dall'ANMCO laziale, dove verranno illustrati il progetto G8 Cardio-ANMCO e il Registro delle UTIC; successivamente, un simposio verrà dedicato alla presentazione, in prima nazionale, dei risultati dello studio Latin.

A tutti i Soci ANMCO e a tutti i Colleghi coinvolti nella gestione dell'emergenza cardiologica, arriverci a Roma!

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI
OSPEDALIERI

AREA
EMERGENZA
URGENZA

Convegno Cardiologico Nazionale

L'Emergenza cardiologica:
prospettive per il 2000

Roma, Auditorium del Massimo
15-16 ottobre 1999

Programma Preliminare

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI
OSPEDALIERI

AREA
EMERGENZA
URGENZA

L'Emergenza cardiologica: prospettive per il 2000

Roma, Auditorium del Massimo
15-16 ottobre 1999

PRESIDENTI

N. Mininni
Presidente ANMCO

E. Giovannini
Chairman Area Emergenza Urgenza ANMCO

COMITATO SCIENTIFICO

E. Giovannini (Chairman)
F. Chiarella (Co-Chairman)
L. Bolognese
P. Delise
G. Di Pasquale
A. Mafri
A. Roghi
M. Tubaro

SEGRETARIA SCIENTIFICA

M. Tubaro
ANMCO
Via La Marmora, 36
50121 Firenze
Tel. 055588784 - 571798
Fax 055879334

AREA PREVENZIONE

IL PROGETTO IPERTENSIONE

di Sergio Pede

Diventano più concrete le prospettive di operatività

Una serie di difficoltà tecniche ha rallentato, negli ultimi mesi, l'attuazione delle iniziative di operatività del Progetto Ipertensione e di esse è stato riferito anche nel corso della riunione dell'Area Prevenzione, tenutasi in occasione dell'ultimo Congresso Nazionale dell'Associazione.

L'impegno del Consiglio Direttivo, del Comitato di Coordinamento dell'Area, del Centro Studi e di quanti sono coinvolti nel Progetto sta determinando una evoluzione della situazione tale da poter ritenere abbastanza concreto il raggiungimento degli obiettivi, che sono stati prefissati per rendere operative le iniziative.

ATTIVITÀ DI ORGANIZZAZIONE E DI INDIRIZZO

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

Per l'attivazione della Rete sono stati individuati due strumenti:

- **Documento di indirizzo per l'organizzazione e la strategia degli Ambulatori:** è finalizzato a dare omogeneità per i percorsi diagnostici e terapeutici e, come tale, conterrà le indicazioni più aggiornate provenienti sia dalle ultime Linee Guida sia dalla elaborazione delle esperienze che si stanno sviluppando nell'ambito delle strutture, che aderiscono al Progetto; il documento sarà contenuto nel 1° numero della Collana "Prevenzione Cardiovascolare nella Pratica Clinica", curata dal Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione, e sarà pubblicato e distribuito entro la fine dell'anno;
- **Software "Ipertensione Arteriosa e Cardiologia Preventiva":** servirà per la gestione dei pazienti ipertesi, che afferriranno alle strutture cardiologiche, e per la raccolta di dati, che confluiranno in un potente data base, che sarà di riferimento per tutti gli aderenti alla Rete; si sta lavorando per rispettare le scadenze fissate e per avviare la distribuzione del software con l'inizio del 2000; in proposito ricordo che si intende effettuare

questa distribuzione mediante riunioni di istruzione, che si terranno a Firenze, presso il Learning Center dell'Associazione, per gruppi di 20-25 Cardiologi Referenti; lo scopo è quello di consentire l'immediato impiego dello strumento informatico e la tempestiva attivazione dell'Ambulatorio di ogni Referente "istruito".

(2) – Linee Guida "Ipertensione Arteriosa e Patologia Cardiaca"

Sono allo studio iniziative di diffusione e di implementazione di queste Linee Guida allo scopo di fornire uno strumento pratico per la definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti ipertesi, che si complicano con varie forme di patologia cardiaca.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO

(1) – Corso "La gestione Ambulatoriale dei pazienti ipertesi"

Il Corso fa parte del programma di attività del Learning Center dell'Associazione; quest'anno è alla sua terza edizione ed è programmato, a Firenze, per il 23 e 24 del prossimo mese di **Novembre**; è aperto a tutti e mira a tracciare le Linee Guida per una moderna gestione ambulatoriale degli ipertesi, coniugando il corretto uso delle risorse con la valenza preventiva degli interventi di controllo dell'I.A.

(2) – Gruppi di lavoro

Una recente ipotesi di Gruppo di lavoro è quella formulata dai Colleghi della Cardiologia Pediatrica dell'Ospedale Meyer di Firenze, relativa a "Ipertensione Arteriosa in età pediatrica e giovanile"; in merito a questa proposta è già stato inviato, via fax, a tutti i Referenti degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa, che aderiscono alla Rete, un questionario conoscitivo sull'argomento; ad oggi sono pervenute 19 risposte; da una prima, sintetica analisi sono stati ricavati interessanti elementi informativi, che potranno rappresentare una concreta base per l'avvio del primo Gruppo di lavoro.

Le adesioni ai Gruppi di lavoro vanno inviate a Sergio Pede presso la Segreteria delle Aree nella sede di Firenze.

ATTIVITÀ DI RICERCA

Si ricorda che tutti i partecipanti al MAVI possono proporre propri progetti di ricerca sui dati dello Studio, inviandoli al Direttore del Centro Studi, che provvederà ad acquisire il parere del Comitato Scientifico ed a comunicarlo successivamente agli interessati.

AREA PREVENZIONE

NOTIZIE DALL'AREA PREVENZIONE

Dopo il successo delle manifestazioni promosse dall'Area Prevenzione, e cioè la II^a Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica ed il Simposio "Worldwide Endeavour on Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases", è tempo di rilanciare l'azione programmatica dell'Area soprattutto con l'iniziativa di diffusione dei contenuti della II^a Conferenza con 300 Seminari che si terranno in tutta Italia e per i

quali si sta allestendo dello specifico materiale che sarà presentato a Pisa il 21 e 22 Ottobre 1999 con il sostegno della Guidotti.

Chi fosse interessato è pregato di contattare Monica Lorimer presso la segreteria dell'ANMCO. Per contribuire sia al successo di questa iniziativa, sia ad un aggiornamento importante per tutti i cardiologi, vi propongo una comunicazione del Dr. Amleto D'Amicis dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, che ha cortesemente accettato di anticipare alcuni dati sull'evoluzione dei consumi alimentari in Italia, oggetto di una sua prossima pubblicazione. All'amico Amleto un sincero grazie a nome dell'Area Prevenzione e l'auspicio di una collaborazione sempre più intensa.

DR. DIEGO VANUZZO, CHAIRMAN

QUALCHE COSA STA CAMBIANDO. MODA O CONSAPEVOLEZZA?

L'ultimo quarto del ventesimo secolo ha visto in Italia, e in molti altri paesi occidentali, una serie di iniziative - ancora non sufficienti però - tendenti a modificare il comportamento alimentare e altri fattori di rischio, orientandoli verso uno stile di vita più protettivo per la salute (Dietary goals, dietary guidelines, consensus confences). In particolare, sono stati oggetto di interesse nelle varie azioni, intraprese da istituzioni pubbliche e/o associazioni scientifiche, l'alimentazione eccessiva o inadeguata, l'assunzione elevata di grassi alimentari, il consumo eccessivo di sale, la scarsa attività fisica, il consumo di alcol, ecc.

L'alimentazione, nel suo complesso e/o per i singoli nutrienti, per il suo riconosciuto ruolo sia preventivo sia etiopatogenico di numerose patologie, è stato l'argomento più trattato delle varie iniziative. Molto poco è stato fatto, almeno in Italia, contro il fumo e ancor meno è stato fatto per stimolare le persone a svolgere una maggiore attività fisica, anche questi fattori molto importanti nella promozione della salute, in particolare per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. La ricaduta delle varie azioni sulla popolazione non sembra essere stata come si era sperato, ciò a causa di molteplici elementi primi fra tutti la mancata diffusione capillare dei messaggi e gli scarsi investimenti economici. I risultati, nel breve e medio termine, sono stati piuttosto scarsi, tanto che l'esigenza di intraprendere nuove iniziative è ancora viva.

Molto ha giuocato il mancato coordinamento tra le categorie degli addetti ai lavori. Il ruolo degli operatori sanitari, per esempio, come i medici di famiglia che rappresentano l'interfaccia con il grosso pubblico, non è stato utilizzato nella giusta misura, e pensare che, secondo da quanto è emerso da un recente studio della UE (A pan-EU survey of consumer attitude to food, nutrition and health. Report no 2. IEFIS 1996 Dublin), a queste figure professionali gli italiani attribuiscono la maggiore fiducia come riferimenti per la salute, anche rispetto alle istituzioni pubbliche preposte.

Nonostante tutto sembra che in Italia qualche cosa stia cambiando.

Dagli ultimi dati, derivanti dall'indagine nazionale sui consumi alimentari condotta dall'Istituto Nazionale della Nutrizione nel 1994-96 (INN-CA '95) (D'Amicis. I nutrienti nella dieta degli italiani. *In preparazione*), risulta che mediamente l'assunzione di energia con la dieta è diminuita rispetto alla precedente indagine del 1980-84. In media, l'energia assunta nel periodo 1994-96 è di 2177 kcal/giorno contro le 2584 del periodo 1980-84, un calo quindi di ben 407 kcal pari a circa il 16%. Sebbene la metodologia delle due indagini non sia la stessa, rendendo il confronto meno diretto, rimane che il divario è rilevante e sicuramente prevale sulla diversità metodologica.

L'entità di energia ingerita nel 1994-96 copre il fabbisogno del campione studiato, che è in media 2042 kcal/giorno, per il 107%, considerando lo stile di vita sedentario; se si considera uno stile di vita leggermente più attivo - moderatamente attivo - l'energia ingerita copre il fabbisogno solo per il 94%. La copertura del fabbisogno energetico nel 1980-84 era del 112%.

Il fabbisogno energetico medio per gli italiani è cambiato negli ultimi 40 anni. Infatti, se viene calcolato ponderando la popolazione secondo i dati dei vari censimenti e sulla base dei Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti per gli italiani (SINU. Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti per gli italiani 1996) (Sette 1999), si osserva che esso è passato dalle circa 2600 kcal/giorno del 1960, alle circa 2300 kcal del 1996. Questo calo è attribuibile sia alla maggiore presenza di anziani nella nostra popolazione sia alla ridotta attività fisica per il lavoro e il tempo libero.

Anche la copertura del fabbisogno dei macronutrienti energetici è variata tra 1980-84 e il 1994-96, si è passati dal 170% al 156% per le proteine; da 160% a 120% per i lipidi; e da 83% a 84% per i carboidrati. Una variazione in positivo piuttosto significativa, anche se non ancora soddisfacente.

Gli alimenti che hanno subito il maggior calo sono: il vino, i grassi da condimento, i formaggi, le carni, il latte intero. Mentre gli alimenti come il pesce, gli ortaggi, la pizza, il latte scremato e parzialmente scremato, hanno subito un aumento di consumo. Questo profilo alimentare, rispetto a quello del 1984, è senz'altro più vicino alla tipologia alimentare consigliata dalle varie linee guida alimentari. Può essere, tuttavia, ancora migliorato.

Per completezza di informazione è opportuno segnalare che da elaborazioni di altre fonti di dati, quali quelle ISTAT sui consumi delle famiglie, nel decennio di cui si è detto risulta che l'energia ingerita con la dieta è diminuita del 10% circa mentre la percentuale di energia fornita dai lipidi è aumentata di circa il 2%. Questo aumento nell'energia fornita dai grassi, sebbene moderato, contrasta con il calo più marcato osservato nelle indagini eseguite dall'INN.

Quanto all'attività fisica, la maggior parte della popolazione italiana - circa il 65% - continua a non svolgerla, almeno così risulta dall'indagine sullo stato di salute svolta dall'ISTAT nel 1983 e dall'indagine multiscopo del 1994, sempre condotta dall'ISTAT. Nel 1983 il 26.6% della popolazione svolgeva attività fisica con frequenza occasionale e il 3.6% con continuità; nel 1994 il 18.2% della popolazione svolge attività fisica con frequenza occasionale e il 17.0% con continuità. Quindi un certo miglioramento, seppure molto limitato, è avvenuto. Rimane comunque che il 68.7% nel 1983 e il 64.5% nel 1994 della popolazione non svolge mai attività fisica (Istat. Indagine sullo stato di salute 1983; Istat. Indagine multiscopo 1994).

A livello dell'Unione Europea è stata eseguita una indagine mirata a valutare l'attitudine alla attività fisica di un campione di oltre 15000 persone rappresentativo dell'intera Unione, in pratica un campione rappresentativo di circa 1000 persone per ognuno dei 15 stati membri (D'Amicis. In: A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity body-weight and health. European Commission Directorate 5/f.3 1999). Da questa indagine, a parte la scarsa proporzione di individui che praticano regolarmente attività fisica, è emerso che tra le principali barriere che ostacolano lo svolgimento dell'attività fisica c'è il fatto di non ritenersi "sportivi" e la "mancanza di tempo". Entrambi questi motivi lasciano pensare che per "attività fisica" la maggior parte del campione intenda "attività sportiva" o "esercizio fisico", due attività che richiedono strutture ed organizzazione, ma non pensano alla semplice "attività motoria" che consiste nell'uso dei propri muscoli per le attività quotidiane al posto dell'auto, dell'ascensore e dei vari telecomandi. Queste attività non richiedono né strutture né organizzazione e, se svolte sistematicamente, nel tempo contribuiscono moltissimo al dispendio energetico ed al sistema cardiocircolatorio.

Un altro aspetto riguarda la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione italiana. Negli USA e in molti altri paesi dell'Unione Europea, come la Gran Bretagna, la Germania, ecc., l'aumento della prevalenza del

sovrappeso è particolarmente elevato. In Italia, la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità è elevata e, pur con percentuali leggermente inferiori, è confrontabile con quella di altri paesi europei. Il 38% degli italiani è in sovrappeso ed il 7% è decisamente obeso (in Gran Bretagna ed in Germania gli obesi sono il 12% e l'11% rispettivamente (EU. A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity body-weight and health. European Commission Directorate 5/f.3 1999)). Queste prevalenze sono molto più elevate quando si considerano singolarmente le fasce di età più avanzate e quando si esaminano le classi socio-economicamente meno privilegiate della popolazione. Rispetto agli altri paesi, però, in Italia da dieci anni a questa parte la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso è diminuita tra la popolazione femminile, mentre è aumentata tra gli uomini di età superiore ai 35-40 anni. Nell'insieme, anche tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione, non si è però verificato il forte aumento osservato negli altri paesi e ciò può essere in parte dovuto al fatto che in Italia la proporzione di persone in sovrappeso era già alta dieci anni or sono.

I tre aspetti, sopra descritti, fanno intendere che la popolazione italiana si sta orientando verso uno stile di vita più idoneo al mantenimento della salute ed alla prevenzione di patologie cronico-degenerative. Non è comunque possibile capire con chiarezza se questo cambiamento di rotta sia da attribuire al fatto che siano state recepite le informazioni delle campagne svolte o ad un comportamento dettato da una contemporanea moda che vuole donne e uomini magri ad ogni costo.

Da una indagine svolta per valutare la ricaduta della campagna di informazione alimentare, effettuata dall'Istituto Nazionale della Nutrizione con la distribuzione di otto milioni di copie delle "Linee guida per una sana alimentazione italiana" (si presume che il 33% delle famiglie italiane sia stato raggiunto dall'informazione), risulta che il 17.8% degli intervistati è a conoscenza delle linee guida e la percentuale maggiore è distribuita nel Nord (24.4%), al Sud solo il 13.2% le conosce. Sempre dalla stessa indagine risulta che il 40.6% (48.1% al Nord e 32.3% al sud) degli intervistati dichiarano di aver cambiato abitudini alimentari in seguito ad una maggiore conoscenza dell'argomento, e i cambiamenti dichiarati vanno in sintonia con un più prudente stile alimentare. Il 58.2% degli intervistati dichiara di avere più conoscenze nutrizionali (al Nord sono il 67.5% mentre al Sud 44.2%).

È ancora poco ma tutto ciò è un segnale che qualche cosa in Italia stia cambiando. La popolazione è culturalmente più evoluta, dimostra di avere maggiori conoscenze nutrizionali, le donne in particolare, ma soprattutto è più sensibile all'aspetto salutistico del proprio stile di vita e dell'ambiente.

È moda o consapevolezza? Speriamo non sia una moda passeggera.

AREA SCOMPENSO CARDIACO

di Cristina Opasich



Nell'ambito del sottoprogetto sulle funzioni cognitivo-comportamentali dei pazienti anziani si sta organizzando un corso di formazione sullo scompenso per infermieri professionali

CORSO DI FORMAZIONE SULLO SCOMPENSO PER INFERMIERI PROFESSIONALI

Programma preliminare

Si tratta di un corso che ha lo scopo di trasmettere al personale infermieristico, che affianca il Cardiologo nel lavoro di assistenza ambulatoriale dello scompenso, la conoscenza e la competenza per diventare parte attiva nel processo di assistenza, legame di garanzia della continuità assistenziale e per insegnare e stimolare l'aderenza del paziente e le sue capacità di autogestione.

Il corso è organizzato con un meccanismo a cascata: a Firenze verrà svolto un corso master per consegnare materiale e metodo agli infermieri professionali partecipanti i quali, affiancati dal "loro" Cardiologo riprodurranno il corso nel loro ospedale, con infermieri di altri reparti (es.: medicina, geriatria) del loro ospedale o di ospedali vicini.

Il corso è interattivo, ed è così organizzato:

- A. Invio di materiale bibliografico almeno un mese prima del corso.
- B. Somministrazione all'arrivo di un questionario.
- C. Presentazione del progetto sulle funzioni cognitivo-comportamentali dei pazienti anziani (Dott. Pulignano, Dott. Del Sindaco e Dott. Maggioni).
Gli infermieri partecipanti al corso saranno coinvolti nel progetto sulle funzioni cognitivo-comportamentali dei pazienti anziani.
- D. Svolgimento del corso sui temi che costituiscono i compiti dell'IP specializzato:
 1. Tema Riconoscimento dei sintomi - Dott. Porcu (Cagliari)
 2. Tema Segni d'allarme - Dott. Porcu (Cagliari)
 3. Tema Terapia farmacologica - Dott. Cirrincione (Palermo)
 4. Tema Terapia non farmacologica - Dott.ssa Maras (Trieste)

5. Tema Educazione sanitaria - Dott.ssa Maras (Trieste)
 6. Tema Comunicazione con il paziente - Dott.ssa Sommaruga (Tradate)
 7. Tema Comunicazione con il medico - Dott.ssa Sommaruga (Tradate)
 8. Tema Scheda raccolta dati (anche per follow up telefonico) - Dott. Oliva (Milano) Dott.ssa Opasich (Pavia)
 9. Tema Flow chart comportamentali - Dott. Oliva (Milano) Dott.ssa Opasich (Pavia).
- Ogni tema verrà svolto con il metodo delle domande e risposte e delle esercitazioni pratiche.
- E. Simulazione di un corso di educazione sanitaria (Dott. Sommaruga, Dott.ssa Opasich, Sig.ra Di Giulio).
I punti che si vogliono fare emergere sono:
 - 1) problemi organizzativi;
 - 2) contenuti;
 - 3) modo di presentazione e conduzione.
 - F. Somministrazione ripetuta del questionario.

CALENDARIO

26 ottobre 1999

- Ore 13:00-13:30 Arrivo partecipanti (panino) e consegna questionari
- Ore 14:30 Ritiro questionari
- Ore 14:30-17:00 Presentazione del progetto sulle funzioni cognitivo-comportamentali dei pazienti anziani: Dott. Pulignano e Dott. Del Sindaco
Aspetti organizzativi: Dott. Maggioni
- Ore 17:00-19:00 1 e 2 tema

27 ottobre 1999

- Ore 8:30-11:00 3 tema
- Ore 11:00-13:00 4 e 5 tema
- Ore 13:00-14:00 break
- Ore 14:00-16:00 6 e 7 tema
- Ore 16:00-18:30 8 e 9 tema

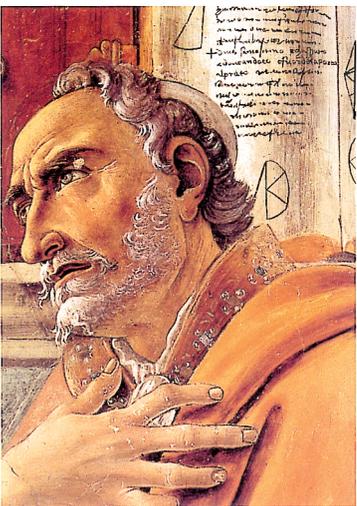
28 ottobre 1999

- Ore 8:30-9:30 Simulazione di una visita di follow up telefonico
- Ore 9:30-11:00 Simulazione di un corso di educazione sanitaria
- Ore 11:00-11:30 Domande ripetute (consegna questionario)

DALLE REGIONI

EMILIA-ROMAGNA

V International Symposium
**heart - brain
 interactions**



October 25-26, 1999 Bologna, Italy
 Palazzo della Cultura e dei Congressi
 program

Organized by
 Divisions of Cardiology
 Bellaria Hospital
 Bentivoglio Hospital
 Bologna, Italy

Co-Chairmen
 G. Pinelli - G. Di Pasquale

Program Committee
 G. Di Pasquale, F. Ottani, G. Pinelli,
 A. Pozzati, S. Urbinati

Scientific Secretariat
 G. Di Pasquale, S. Urbinati
 phone +39/051/664.4365 - 4584
 fax +39/051/664.4587

Organizing Secretariat
 I & C s.r.l.
 Via Andrea Costa, 2 - 40134 Bologna (Italy)
 phone +39/051/614.4004
 fax +39/051/614.2772
 e-mail: iecsrl@tin.it

FRIULI

ANMCO - SIC - ANCE - ARCA
 CONVEGNO TRIVENETO DI CARDIOLOGIA

“La Cardiologia nel Terzo Millennio”

Trieste, Hotel Savoia Excelsior
 8 aprile 2000 - ore 9.00

Presidente:
 Sabino Scardi

Comitato Scientifico:
 G. Catania, P. Fioretti, W. Pitscheider, L. Frisanco,
 V. Romano, M. Vincenzi, G.B. Zito

TOPICS

Tre sedute contemporanee di comunicazioni o poster
 Alla migliore il Premio Fondazione Sigma-Tau

Simposio:

- Le unità per il dolore toracico: reale vantaggio o spreco di risorse?
- Applicazioni cliniche dell'ecocardiografia intravascolare
- Cardiomiopatia dilatativa: come è cambiata la storia naturale
- Gli interventi “ibridi” di rivascularizzazione
- La continuità assistenziale: rapporto ospedale territorio

Simposio:

- Flutter e fibrillazione atriale: quando ablare?
- Razionalizzazione delle tecnologie ad alto costo: la medicina nucleare, la risonanza magnetica
- La PTCA primaria: dove, come, quando
- La neurostimolazione midollare

Simposio:

- Cardioversione della fibrillazione atriale: nuove problematiche
- Trattamento medico e chirurgico dell'insufficienza mitralica
- Le indicazioni attuali al defibrillatore automatico
- Ecocardiografia: l'evoluzione continua
- La valvuloplastica: risultati a lungo termine

Segreteria: Sabino Scardi - Centro Cardiovascolare
 Via Farneto, 3 - 34100 Trieste - Tel. 040 3995276 - Fax 040 3995277
 e-mail: CCV@assl.sanita.fvg.it

DALLE REGIONI**LOMBARDIA****NOTIZIE****1) Appropriately dei percorsi diagnostico-terapeutici in Cardiologia**

Il 19 giugno 1999 si è svolto a Milano il primo dei 4 Convegni di aggiornamento, che si propongono d'implementare la diffusione delle linee guida riguardanti alcuni settori critici dell'attività cardiologica ospedaliera.

L'argomento trattato era "La prevenzione della cardiopatia ischemica nella pratica clinica". Con la moderazione di F. Valagussa e D. Mazzoleni, sono state presentate le seguenti relazioni:

- La carta del rischio GISSI e il caso del GISSI Prevenzione (R. Marchioli).
- Aggiornamento 1999 delle Raccomandazioni Europee (S. Priori).
- Studio Collaborativo di Monitoraggio della prevenzione secondaria post-infartuale (F. Avanzini).
- È sempre facile applicare le raccomandazioni in prevenzione? Esercizi di applicabilità e casi clinici (F. Avanzini, D. Assanelli, R. Pedretti).

È seguito un ampio dibattito con i Colleghi cardiologi intervenuti da vari ospedali lombardi.

Il prossimo meeting si terrà a Milano il 27 novembre 1999 e riguarderà gli "Aspetti diagnostici, prognostici e decisionali nell'angina instabile", con la moderazione di L. Oltrona Visconti e S. De Servi.

Le successive riunioni si terranno il prossimo anno e riguarderanno "L'infarto miocardico" e "Lo scompenso".

L'intero programma di aggiornamento, che prevede la ripresentazione successiva a livello provinciale dei vari temi, si è avvalso della collaborazione scientifica della SIC regionale lombarda.

2) Aspetti organizzativi e rapporti con gli Associati

La riunione di aggiornamento è stata seguita da una sessione organizzativa con i referenti ANMCO di vari Centri cardiologici ospedalieri lombardi, nel corso della quale sono state dibattute problematiche sia locali che più generali (tra quest'ultime, quelle più sentite riguardano la definizione delle attività assistenziali di pertinenza cardiologica, in relazione a Specialità in certa misura limitrofe, quali la Medicina d'Urgenza e la Terapia Intensiva). È stato inoltre dato l'incarico a 2 membri del Direttivo (Grieco e Gullace) di predisporre una nuova proposta da presentare alla Regione su una nuova e più adeguata regolamentazione del Day Hospital cardiologico (per informazioni: A. Grieco, Fax: 02-99513578, Tel. 02-99513487).

3) Legge 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" e nuovo contratto

Il testo del D.lgs., noto come "riforma Bindi", è stato pubblicato sul supplemento ordinario n. 165-L della Gazzetta Ufficiale n. 165. Inoltre, in questi mesi sta per concludersi il rinnovo contrattuale dei Medici del SSN per gli anni 1998-2001. Nelle more di questi nuovi, rilevanti passaggi, l'ANMCO lombarda ha ritenuto utile offrire agli Associati un aggiornato servizio informativo sull'interpretazione delle norme costitutive del D.lgs. e sui futuri sviluppi contrattuali, ricavabili dalla stampa specializzata e da attendibili fonti sindacali (per informazioni: M. Lombardo, Tel. e Fax: 02-64442309, 02-64442458).

4) Commemorazione

Il prossimo 28 ottobre alle ore 14.00, presso l'Aula Magna dell'Ospedale Sacco di Milano, R. Satolli ricorderà la figura della Collega Maria Radice (per informazioni: Tel. 02-38210230, Fax: 02-38210234).

MICHELE LOMBARDO, ANTONIO GRIECO,
GIAN PAOLO GUERRA, GIUSEPPE GULLACE,
ANTONIO MAFRICI, EDOARDO VERNA
E LUIGI TAVAZZI (DELEGATO)

MARCHE

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
SEZIONE REGIONALE MARCHE

INCONTRO DI LAVORO**23-10-1999****AUDITORIUM INRCA - VIA DELLA MONTAGNOLA - ANCONA**

- ore 15.00 -
Dott. MARCELLO MANFRIN
PRESENTAZIONE

- ore 15.00 -
Dott. MARCO TUBARO
Consigliere Naz. ANMCO
**PRESENTAZIONE DEL
PROGETTO REGISTRO
DELLE UTIC**

- ore 16.00 -
**PRESENTAZIONE
E DIMOSTRAZIONE
DEL SOFTWARE**

- ore 18.00 -
**COSTITUZIONE DELLA
COMMISSIONE DI
GESTIONE DELLA
RICERCA REGIONALE
POLICENTRICA**

DALLE REGIONI

PUGLIA

di Sergio Pede


**Progetto di diffusione
delle Linee Guida
Cliniche su tutto il
territorio della Regione**

Secundo una definizione molto diffusa le Linee Guida sono “raccomandazioni di comportamento clinico prodotte, attraverso un processo metodologico sistematico, allo scopo di fornire a medici e pazienti un supporto per scegliere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze”.

Come in molti altri Paesi anche in Italia si sta sviluppando verso le Linee Guida un crescente interesse tanto che nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 è stato inserito un “Programma Nazionale per le Linee Guida”, che prevede l’avvio di una attività di elaborazione, diffusione e valutazione di Linee Guida e percorsi diagnostici e terapeutici.

L’ANMCO, insieme ad altre Associazioni scientifiche, ha prodotto una serie di Linee Guida, che sono state presentate a tutta la comunità cardiologica italiana con una serie di riunioni che di seguito intendo ricordare:

- **Linee Guida sulla Cardiopatia Ischemica Acuta (Angina Instabile, Infarto Miocardico Acuto), sulla Cardiopatia Ischemica Cronica, sullo Scompenso Cardiaco, sul Follow-up del Cardiopatico Congenito Operato:** la presentazione è stata articolata in due giornate per ogni singola regione o per regioni accorpate in un arco di tempo che si è sviluppato tra il novembre ’97 ed il marzo ’98; per la Puglia e la Basi-

licata entrambe le riunioni sono state tenute nel febbraio ’98 a Bari;

- **Linee Guida diagnostico-terapeutiche “Ipertensione Arteriosa e Patologia Cardiaca”:** la presentazione è avvenuta in due riunioni nazionali, la prima a Lecce il 26 e 27 giugno 1998 e la seconda a Roma nel successivo mese di dicembre in occasione del Congresso Nazionale della SIC.

In accordo con i contenuti della definizione riportata, tutte queste Linee Guida sono state prodotte attraverso un *processo metodologico sistematico*, che si basa su alcuni principi fondamentali e che trovano riscontro negli argomenti individuati e nelle procedure adottate; di conseguenza queste Linee Guida trattano argomenti di riconosciuta rilevanza clinica con importanti problematiche gestionali, sono basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e forniscono elementi di indirizzo per la pratica clinica.

In tal modo l’ANMCO ha ottemperato alla prima parte del ruolo che deve avere quale Società scientifica nell’ambito del processo gestionale delle Linee Guida; tuttavia tale ruolo non si esaurisce nella fase di **produzione** (che può essere anche di **adozione**, totale o parziale, di Linee Guida prodotte da altri), ma continua in una seconda fase, strettamente interconnessa con la prima, che si basa su una complessa strategia di **diffusione, implementazione, valutazione e aggiornamento delle Linee Guida**.

Perché questa strategia sia efficace è necessario seguire dei principi che sono specifici per ognuno dei passaggi di questa seconda fase:

- **diffusione:** rappresenta la prima ed inevitabile tappa del processo di applicazione delle Linee Guida e richiede una chiara individuazione dei potenziali utilizzatori, dei contenuti dei messaggi da diffondere e dei contesti nei quali le Linee Guida si andranno a calare;
- **implementazione:** il processo di *messa in opera* delle Linee Guida ha un ruolo cruciale e per la sua attuazione occorrono sia una tempestiva individuazione ed un efficace superamento del-

le possibili barriere di tipo organizzativo, professionale ed economico sia una ricerca accurata ed una attivazione dei *fattori facilitanti*;

- **valutazione:** si basa sulla acquisizione di dati relativi alla effettiva capacità delle Linee Guida di aver modificato i comportamenti che esse volevano influenzare ed all'effettivo miglioramento dei parametri clinici, per la cui modifica erano state proposte;
- **aggiornamento:** deve tenere conto sia delle nuove acquisizioni scientifiche, che si rendono disponibili nel tempo, sia delle modifiche delle condizioni di applicazione degli interventi previsti dalle Linee Guida.

In questo contesto concettuale e metodologico il CD della Regione Puglia ha deciso di assumere una iniziativa volta a dare efficacia alla seconda fase della gestione delle Linee Guida Cliniche, concentrando i propri sforzi sulla loro *diffusione*, che, allo stato attuale delle cose, si ritiene insufficiente e inadeguata.

Infatti, anche se c'è stata importante partecipazione alle riunioni di presentazione, anche se è stato distribuito un elevato numero di volumi con il testo delle Linee Guida Cliniche ed anche se le Linee Guida "Ipertensione Arteriosa e Patologia Cardiaca" sono state pubblicate, tra le altre, sul numero di Marzo di quest'anno del Giornale Italiano di Cardiologia, si ritiene che il coinvolgimento dei potenziali utilizzatori sia piuttosto limitato.

Fra questi potenziali utilizzatori il CD individua:

- gli operatori sanitari pugliesi
- i rappresentanti regionali del Servizio Sanitario Nazionale.

L'iniziativa di diffusione si articola in pochi ma, si spera, efficaci interventi:

- **distribuzione** "personalizzata" del materiale prodotto all'Assessore alla Sanità ed ai Direttori Generali di tutte le Aziende regionali;
- **riunioni** di operatori sanitari in tutto il territorio della Regione; queste riunioni si svolgeranno

secondo un calendario, che sarà reso noto intorno alla metà del prossimo mese di ottobre e che sarà stilato sulla base delle adesioni, che i singoli Associati faranno pervenire al Delegato Regionale entro la fine del mese di settembre, a seguito di specifico invito, che sarà tempestivamente inviato a tutti; le riunioni saranno incentrate sulla illustrazione dei contenuti delle singole Linee Guida; il materiale che sarà utilizzato è costituito dalle diapositive con cui è stata effettuata la prima presentazione; il CD ha provveduto a procurarsi 3 set completi di queste diapositive e li metterà a disposizione delle singole riunioni seguendo il suddetto calendario; ogni riunione sarà coordinata da un referente, il quale, da una parte, garantirà che la presentazione sia conforme ai contenuti delle singole Linee Guida e, dall'altra, raccoglierà tutte le indicazioni che saranno fornite per i passaggi successivi (dalla implementazione all'aggiornamento) e le trasmetterà al Delegato Regionale, che, a sua volta, provvederà a farle pervenire agli organismi centrali.

Con questa iniziativa il CD di Puglia intende perseguire diversi obiettivi:

- proseguire nell'attuazione del programma per il biennio 1998-2000 presentato nell'Assemblea dei Soci tenutasi a Bari il 20 novembre 1998;
- realizzare una forma di partecipazione degli Associati che sia coordinata ed organica;
- nello specifico, fornire adeguati elementi informativi per attuare un processo di *diffusione* delle Linee Guida su tutto il territorio della Regione che crei possibilità di iniziative di *implementazione* quanto più diffuse e non limitate a pochi ed isolati casi;
- sintonizzare l'attività della Sezione Regionale con quella del CD Nazionale, che proprio nelle scorse settimane, con una lettera del Vice-Presidente per le attività culturali, ha sollecitato l'attenzione dei Delegati Regionali nei confronti di un progetto di diffusione della cultura sull'implementazione delle Linee Guida.

DALLE REGIONI

SARDEGNA

di Sergio Mariano Marchi

Documento approvato dall'Assemblea dell'ANMCO

riunita ad Oristano il 25-06-1999

Nell'ultimo anno è profondamente cambiato il quadro entro cui operiamo:

- Si sono tenute le elezioni regionali e la nuova Amministrazione avvia la programmazione della sua attività per i prossimi 5 anni.
- Sono stati nominati 8 nuovi primari di Cardiologia e oggi quasi tutte le principali unità operative hanno un assetto stabile.
- È stato avviato il sistema regionale di assistenza per l'emergenza-urgenza.
- Con il completamento del follow-up a 18 mesi dello studio REIMS (Registro Epidemiologico dell'Infarto Miocardico in Sardegna) conosciamo meglio l'epidemiologia dell'infarto e del postinfarto nella nostra isola.
- Tutte le UTIC della Regione sono state dotate di PC, modem e stampante in previsione della partecipazione al registro delle UTIC ANMCO.

Vi sono quindi condizioni migliori che in passato per migliorare la qualità dell'assistenza cardiologica, rimuovendo rapidamente i principali ostacoli al raggiungimento di questo obiettivo, che sono:

1. La insufficiente dotazione di posti-letto in UTIC.
2. La insufficiente remunerazione tariffaria da parte della Regione Sardegna dei DRG cardiologici

1. Attualmente vi sono in Sardegna 46 PL UTIC per una popolazione di 1.670.000 abitanti, 1 PL ogni 36.000 abitanti, inferiore alla media nazionale del 1995 (1 PL ogni 28.000 abitanti) e alla dotazione ottimale di 1 PL ogni 25.000 abitanti.

I PL UTIC sono inoltre distribuiti in modo assai squilibrato, così nel territorio della ASL 8 di Cagliari vi è un PL ogni 23.650 abitanti, mentre nel territorio delle ASL 4

di Lanusei e della ASL 6 di San Gavino non vi è nessun PL e nel territorio di tutte le altre ASL vi è carenza, più accentuata nella ASL 1 di Sassari e nella ASL 5 di Oristano con 1 PL ogni 40.000 abitanti. La carenza di posti letto-UTIC, la loro ineguale distribuzione, la peculiarità geografica e demografica della Sardegna fanno sì che una ampia parte della popolazione risieda in aree distanti oltre un'ora da ospedali dotati di UTIC: Alta Gallura, isola di La Maddalena, Planargia, Barbagia-Mandrolisai, Ogliastra, Sarrabus, isola di San Pietro.

Proposta:

Dotare di UTIC gli ospedali che hanno ricoverato nel 1997, secondo i dati dello studio REIMS, almeno 50 pazienti con infarto acuto del miocardio e il cui bacino di utenza sia distante oltre 45 minuti da altro ospedale dotato di UTIC; si trovano in queste condizioni gli ospedali di Tempio Pausania (alta Gallura) e Lanusei (Ogliastra). Prevedere per le altre aree isolate, ma con minore densità di popolazione trombolisi preospedaliera e/o decentrata con trasporto protetto in UTIC.

Aumentare il numero dei PL UTIC nelle ASL carenti.

Finanziare le UTIC a corpo e non a prestazione, come previsto per tutte le strutture preposte al trattamento dell'emergenza.

2. Le tariffe previste per la remunerazione dei DRG cardiologici dalla Regione Sardegna sono notevolmente inferiori a quelle previste dal Ministero della Sanità e ampiamente insufficienti per le patologie e procedure con elevato assorbimento di risorse: per il DRG 112 (angioplastica coronarica) ad esempio è prevista una remunerazione di L. 5.148.000. È evidente che, perdurando questa situazione, si corre il rischio di una progressiva dequalificazione delle strutture cardiologiche della Regione e della emigrazione dei pazienti verso strutture di altre Regioni con le conseguenze negative facilmente intuibili per la popolazione della Sardegna, per la Cardiologia sarda e per le stesse finanze regionali.

Proposta:

Istituzione di una Commissione Regionale a cui partecipino anche esperti designati dalle Sezioni regionali delle Società Scientifiche Cardiologiche per giungere in pochi mesi a una revisione delle tariffe previste per i DRG cardiologici.

Su questi temi la Sezione Sardegna dell'ANMCO intende aprire subito un confronto con la nuova Amministrazione regionale, con i Direttori Generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, con le Sezioni sarde delle altre Società Scientifiche.

FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO

UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA EMODINAMICA E LA CARDIOLOGIA INVASIVA

Caro Direttore, facendo seguito agli articoli apparsi sui numeri di dicembre 1998 e marzo 1999 riguardanti le indagini emodinamiche nel Veneto, vorremmo portare un nostro contributo proponendo un diverso modello organizzativo che possa costituire una prospettiva di reale sviluppo per la Cardiologia.

Va premesso che dai dati della letteratura si rileva un progressivo incremento delle indicazioni agli studi emodinamici; questo rende superato quanto previsto dalle Linee Guida pubblicate solo pochi anni fa (1-2). È poi prevedibile un aumento del 200% delle procedure di diagnostica emodinamica nei prossimi 10 anni legato, oltre che all'allargamento delle indicazioni, all'incremento del 40% delle popolazioni di età superiore a 45 anni, a maggior rischio di cardiopatia ischemica (3).

Dai dati provenienti da recenti studi comparativi si può vedere come attualmente nella realtà italiana le indagini emodinamiche sono inadeguate in senso diagnostico ed interventistico; infatti per 100.000 abitanti ne vengono effettuate 500 negli Stati Uniti, 392 in Canada, 313 in Francia, 466 in Germania, 136 in Italia (1-4).

Per quanto riguarda le angioplastiche percutanee queste si pongono in rapporto con le coronarografie di 1/3.4 (medio europeo) con valori di 160/100.000 abitanti negli Stati Uniti, 145 in Canada, 93 in Francia, 136 in Germania, 28 in Italia. Infine l'angioplastica di emergenza in corso di infarto del miocardio (primaria o di salvataggio) si sta dimostrando un intervento estremamente efficace (5-9).

Ne consegue che l'attuale assetto organizzativo, che per esperienza comune, risponde con difficoltà alle richieste si troverà nella impossibilità di garantire quanto effettivamente necessario.

Non va poi trascurato il rischio di suddividere i pazienti in due categorie.

Per quelli afferenti a Centri dotati di Emodinamica, le

Questa sezione vuole essere la sede, aperta a tutti, per proporre, discutere e approfondire le tematiche organizzativo-sindacali. Quanto vi è pubblicato rappresenta esclusivamente la posizione del firmatario

procedure diagnostiche e la terapia con angioplastica d'urgenza sarebbero sempre disponibili in tempo reale.

Per coloro che fossero ricoverati in Strutture senza Emodinamica, si verificherebbe l'impossibilità di ottenere tali prestazioni, oppure, dopo ricerche defatiganti di disponibilità in altri Centri, andrebbero incontro ad un trasferimento in condizioni di grave instabilità.

Non va poi dimenticato come il meccanismo del trasferimento, oltre a generare una proliferazione di ricoveri con relativi DRG per lo stesso evento acuto, interrompe la continuità assistenziale, in pazienti particolarmente critici.

In questa situazione appare opportuno prevedere un diverso modello organizzativo che consenta di superare le problematiche sopraesposte mediante:

- dotazione di emodinamica per le Cardiologie dotate di UTIC al fine di garantire l'intero percorso diagnostico-terapeutico;
- creazione di una Rete Organizzativa funzionale tra Realtà Locali e Centri Tutoriali che consenta una integrazione delle risorse professionali eseguendo in loco le procedure diagnostiche ed interventistiche.

Questo consentirebbe di superare il problema dell'expertise degli operatori e della qualità delle prestazioni, tra l'altro garantita dai reali volumi di attività richiesti. Modelli analoghi sono stati implementati con successo in realtà italiane ed all'estero (8-9).

La valutazione di ordine economico del sistema è favorevole, considerando l'introduzione di nuove attrezzature affidabili (10) a costo contenuto (300 vs 1300 milioni dei sistemi tradizionali) che portano il break even point a 25 procedure/anno. A fronte va posta la necessità di organizzare in ogni caso la disponibilità per 24 ore di un trasporto protetto ben più oneroso.

La liberazione di risorse economiche consentirebbe, tra l'altro, un giusto riconoscimento a professionalità, quali quelle dell'emodinamista, mortificate dall'attuale appiattimento delle funzioni.

L'ANMCO ha sempre guardato con attenzione ai problemi della qualità clinica e dell'efficienza gestionale in un'ottica di sviluppo della Cardiologia. Proprio partendo dai dati di ordine epidemiologico sulla rilevanza numerica delle patologie cardiovascolari (quali ad esempio i DRG della MDC 5-Malattie Cardiovascolari che costituiscono in Italia il 12.5% del totale) e dalle indicazioni della letteratura internazionale, la nostra proposta intende

tener conto delle reali necessità della Cardiologia, evitando che atteggiamenti troppo restrittivi ne possano compromettere le possibilità di sviluppo.

DOTT. R. BUCHBERGER - *Primario Cardiologo Montebelluna*
 DOTT. L. CELEGON - *Primario Cardiologo Castelfranco Veneto*
 DOTT. F. CORBARA - *Primario Cardiologo Este*
 DOTT. P. DELISE - *Primario Cardiologo Feltre*
 DOTT. B. MARTINI - *Primario Cardiologo Thiene*
 DOTT. L. MILANI - *Primario Cardiologo San Donà di Piave*
 DOTT. A. PANTALEONI - *Primario Cardiologo Camposampiero*

Note Bibliografiche

- 1) S. Windecker S., Maier-Rudolph W., Bonzel T., et al.: *Interventional Cardiology in Europe 1995*. Eur.H.J., 20,484-495,1999.
- 2) ANMCO-SIC *Linee guida standard e VRQ per i Laboratori Diagnostici in Cardiologia*. Cepi & Piccin 1996.
- 3) American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines *ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography*. J.Am.Coll.Cardiol., 33,1757-1817, 1999.
- 4) Canadian Care Network of Ontario *CCN Consensus Panel on Cardiac Catheterization Services: final report and recommendations*. September 1997. CCN Publications, www.ccn.ca.org
- 5) Shawl F.A.: *Percutaneous transluminal myocardial revascularization: an emergent technology*. J. Invas.Cardiol., 11,169-175, 1999.
- 6) American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines *ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction*. J.Am.Coll.Cardiol., 28,1328-1428, 1996.
- 7) The GUSTO IIb angioplasty substudy investigators *An international randomized trial of 1138 patients comparing primary coronary angioplasty versus tissue plasminogen activator for acute myocardial infarction*. N. Engl.J.Med., 336,1621-1628, 1997.
- 8) Ashmore R.C., Luckasen G.J., Larson D.G. et al.: *Immediate angioplasty for acute myocardial infarction: a community hospital's experience*. J. Invas.Cardiol., 11,61-65, 1999.
- 9) Turco M.A. *Primary PTCA at community hospital without surgical backup*. Online Coverage from American Heart Association, 71st Scientific Session (in www.Medscape.com)
- 10) Carosio G., Taverna G., Ballestrero G., Reale M., Molendi V.: *Portable fluoroscopic X-ray systems and traditional fixed angiography systems: a comparison in the detection of coronary stenosis*. G.Ital.Cardiol., 28,979-983, 1998.

A tutti i soci ANMCO

Stiamo approntando il nuovo annuario ANMCO che riporterà i nominativi dei soci che hanno fatto pervenire il consenso alla pubblicazione dei propri dati. Coloro che non avessero ancora provveduto in tal senso, sono pregati di compilare il modulo sotto riportato: solo così potranno risultare sull'annuario 2000.

**Attenzione!
 Il numero verde
 ANMCO
 è così variato
 800-467867**

DICHIARAZIONE DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ANMCO

NOME _____ COGNOME _____

NATO IL _____ A _____

RESIDENTE IN VIA _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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 occupano 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

CON RIFERIMENTO
 ALLA PUBBLICAZIONE
 DEI MIEI DATI

DO IL CONSENSO

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Firma _____



N. 114 settembre 1999

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

Redazione:
Pietro Zonzin

Segretaria di Redazione:
Monica Lorimer

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmora, 36
 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

E-mail: Segreteria@anmco.it
<http://www.anmco.it>

Direttore:
Nicola Mininni

Direttore Responsabile:
Pier Filippo Fazzini

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

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