

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



N. 115 - dicembre 1999 - Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

ITALIAN HEART JOURNAL

di Nicola Mininni - Peter J. Schwartz

Ma perché? E come è stato possibile? Gli affezionati lettori del *Giornale Italiano di Cardiologia* e di *Cardiologia* hanno il diritto di conoscere i retroscena, le motivazioni e gli obiettivi di una decisione forse non sorprendente, ma certamente inattesa e sicuramente non prevista un paio di anni fa.

È a queste domande che cercheremo di rispondere qui. Alla base dell'idea di unificare l'editoria scientifica della Cardiologia Italiana vi sono ragioni sia di pura razionalità che di strategia delle due Società, ANMCO e

SIC. L'ipotesi di un giornale unico era già emersa in una riunione della Federazione Italiana di Cardiologia tenutasi in Francia. L'idea era tuttavia assai vaga e la sua attuazione estremamente incerta nei tempi e nei modi. All'inizio di Gennaio 1999, uno strano e lungo in-

contro tra noi due – un po' fuori dalla tradizione di quelli formali delle delegazioni ANMCO-SIC – si rivelò fondamentale per realizzare in modo estremamente franco e costruttivo che i tempi, sia in Europa che in Italia, stavano cambiando molto rapidamente e che era giunto il momento di una rivisitazione – fresca e senza pregiudizi storici – dei rapporti tra tutti i Cardiologi italiani, indipendentemente dalle loro Società di appartenenza.

Questo incontro permise inoltre di stabilire l'importanza e l'utilità di contatti diretti, franchi, e profondamente amichevoli, tra le persone poste dai rispettivi Consigli Direttivi alla guida delle due Società. Speriamo che questo si riveli anche un precedente utile e costruttivo per i nostri successori.

Quando esaminammo la situazione dei giornali scientifici non ci volle molto per fare alcune semplici considerazioni. Queste considerazioni dovevano necessariamente prescindere dalle componenti emotive, cioè dall'affetto dei Soci delle rispettive Società per i due giornali che ne erano stati un po' la bandiera per tanti anni.

Entrambi i giornali esistenti erano progressivamente migliorati grazie ai grandi sforzi dei rispettivi Direttori, ma era anche necessario ammettere che entrambi avevano delle inerenti debolezze.

continua a pagina 2

In questo numero:

- p. 3 - Dal Congresso
- p. 11 - Dal Centro Studi
- p. 21 - Dalle Aree
- p. 29 - Dalle Regioni
- p. 38 - Forum Sindacale e Organizzativo

**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: **ITALIAN HEART JOURNAL**

Una, ovvia, era la difficoltà di pubblicare lavori scientifici originali che potessero avere un impatto all'estero – e che richiedevano quindi di essere scritti in inglese – facendo convivere quest'esigenza con quella non meno importante ed essenziale di ricordarsi che la audience primaria è costituita dai Cardiologi italiani (non tutti desiderosi di leggere alla sera articoli in una lingua straniera) e che molti articoli e dibattiti hanno un interesse limitato appunto ai Cardiologi italiani.

Altre considerazioni riguardarono l'assurdità di presentarsi all'estero con due giornali di variabile debolezza invece che con uno che racchiudesse i punti di forza, i doppi costi di produzione, l'inutilità di fare rassegne o reviews sullo stesso argomento sui due giornali, e così via.

Ci trovammo quindi d'accordo nel ritenere che fosse giunto il momento di considerare in modo estremamente serio, pur consci dei numerosi ostacoli, la possibilità di superare la realtà e tradizione dei due giornali e di muoverci nella direzione di crearne uno solo che potesse però rispondere a tutte le esigenze dei cardiologi italiani.

In quello stesso incontro concordammo anche sul fatto che la nascita della Federazione doveva non restare una decisione di politica semi-astratta, con gli importanti ma limitati scopi di unificare la rappresentanza della Cardiologia Italiana in Europa e dei contatti con il Ministero della Sanità, ma che potesse anche rappresentare l'inizio di una nuova epoca di rapporti più integrati tra ANMCO e SIC dovunque questo fosse costruttivo e possibile con una graduale progressione. In questo senso, rapporti scientifici più stretti sembravano l'obiettivo più logico come primo passo per una vita più naturale della Cardiologia Italiana.

Fu su questa base che, verificata l'unità di intenti con il Presidente della Federazione Prof. Mariani, proponemmo, avendone subito il consenso, ai rispettivi Consigli Direttivi di formare dei comitati ristretti che si potessero riunire con un pari comitato rappresentante la Federazione. I componenti dei tre comitati erano: Dott. Gianfranco Mazzotta, Prof. Nicola Mininni, Prof. Massimo Santini (ANMCO), Prof. Mario Mariani, Prof. Carlo Schweiger, Prof. Luigi Tavazzi (FIC), Prof. Roberto Ferrari, Prof. Paolo Rizzon, Prof. Peter J. Schwartz (SIC).

Le prime riunioni si svolsero in una atmosfera commista di entusiasmo e di scetticismo, ma risultarono in una proposta assolutamente concreta condivisa all'unanimità dai membri dei comitati che venne poi portata ai Consigli Direttivi per discussione e successiva accettazione.

Furono necessarie delle modifiche di Statuto e, di estrema importanza, l'approvazione delle Assemblee dei Soci ANMCO e SIC. Queste vennero concesse, ancora una volta all'unanimità, da entrambe le Assemblee sovrane e la scelta storica di passare ad unico giornale che rappresenti tutta la Cardiologia Italiana è diventata realtà.

Le caratteristiche tecniche, le ragioni per avere l'*Italian Heart Journal* tutto in inglese e l'*Italian Heart Journal Supplement* tutto in italiano, i diversi obiettivi delle due componenti, vengono spiegate con chiarezza dal Direttore e dal Co-Direttore, Prof. Attilio Maseri e Dott. Pantaleo Giannuzzi, nel loro articolo di presentazione.

Noi desideriamo sottolineare qui un altro punto. Quello che riguarda la lezione che tutti dovremmo avere imparato da questo episodio ed il messaggio fortemente positivo che ne consegue. Riuscire in 9 mesi, il tempo giusto per dar vita ad una nuova creatura, a modificare radicalmente una situazione cristallizzata da decenni poteva sembrare impossibile. L'esservi riusciti ci forza a fare delle considerazioni.

È evidente che quando ANMCO e SIC, insieme, sulla base di motivazioni razionali e convinti di agire nell'interesse primario della Cardiologia Italiana – prescindendo quindi da vecchie considerazioni di divisione che pure possono avere delle comprensibili basi nella organizzazione della medicina in Italia – decidono di agire, sono in grado di farlo con efficacia e con rapidità inattese.

Questo è un precedente importante. Se ANMCO e SIC sono riuscite a voltare pagina, letteralmente, sulla questione del Giornale è evidente che altri obiettivi – importanti ed apparentemente di non facile soluzione – possono essere affrontati con lo stesso spirito costruttivo e con la stessa probabilità di successo.

Concludiamo augurando ai nuovi Direttori dell'*Italian Heart Journal* il massimo successo e assicurando l'appoggio intero ed affettuoso di tutti i Soci ANMCO e SIC.

DAL CONGRESSO

Per un Simposio organizzativo di tutti... per tutti... con tutti!

SIMPOSIO ORGANIZZATIVO

L'ANMCO nella Sanità che cambia

N. Mininni (Napoli) - C. Schweiger (Passirana-Rho)

L'ANMCO e la ricerca

L. Tavazzi (Pavia)

L'ANMCO e la formazione

C. D'Agostino (Bari)

L'ANMCO e il territorio

G.L. Nicolosi (Pordenone)

L'ANMCO e i cittadini

M. Bobbio (Torino)

Cari amici,

quest'anno il Simposio organizzativo dell'ANMCO si rinnova nei contenuti e nelle procedure con il duplice scopo di:

- **Coinvolgere attivamente tutti gli Associati**
- **Elaborare in modo condiviso le linee strategiche di sviluppo dell'Associazione nella Sanità in trasformazione.**

L'ipotesi è quella di costruire un contenitore all'interno del quale riflettere e fare proposte su noi stessi, cioè sul modo di essere, sulle funzioni, sui cambiamenti necessari perché una grande Associazione come la nostra rimanga protagonista (e se possibile anticipatrice) in un contesto socio-sanitario in rapido cambiamento.

Riflettere a fare proposte su noi stessi ha un duplice obiettivo: rinforzare il senso di appartenenza all'ANMCO, e orientarlo simultaneamente all'innovazione.

Il titolo del Simposio sarà:

"L'ANMCO nella Sanità che cambia"

Poiché non è possibile affrontare in un unico Simposio tutte le tematiche importanti per l'Associazione, il Direttivo ha selezionato **quattro temi guida** su cui centrare la riflessione e il dibattito.

- **L'ANMCO e la ricerca: referente Luigi Tavazzi**
- **L'ANMCO e la formazione: referente Carlo D'Agostino**

• **L'ANMCO e il territorio: referente Gigi Nicolosi**

• **L'ANMCO e i cittadini: referente Marco Bobbio**

Di seguito sono riportate 4 schede sintetiche elaborate dai singoli referenti su ogni tema. Esse hanno la funzione di inquadrare il problema e sollecitare la riflessione, le domande, le critiche e le proposte da parte di **tutti gli Associati**.

Infatti il simposio non sarà costruito dai moderatori e dai quattro referenti/relatori, ma da **tutti gli Associati** che potranno/dovranno dire la loro.

I passaggi operativi per costruire assieme il Simposio sono i seguenti:

1. Ogni singolo Associato – il Consiglio Nazionale - i Delegati, i Direttivi e le Assemblee Regionali - i Coordinatori e i Comitati delle Aree dovranno esprimersi criticamente e costruttivamente sui 4 temi. **Le risposte/proposte dovranno essere inviate (via e-mail, fax, lettera) alla Segreteria ANMCO entro il 29/2/2000.**
2. I moderatori e i referenti raccoglieranno le osservazioni pervenute e tra esse selezioneranno 3-4 argomenti più gettonati o più rilevanti per ogni tema guida. Assieme agli argomenti sceglieranno anche **4 discussant** (uno per ogni tema guida) tra coloro che hanno contribuito più attivamente con le loro risposte/proposte.
3. Il Simposio verrà quindi organizzato non a relazioni ma a **domanda/risposta**. Le domande verranno poste dai discussant che avranno la funzione di esprimere la voce degli Associati. Naturalmente per ogni tema guida si aprirà il dibattito.
4. Il Gruppo formato dai moderatori-referenti-discussant raccoglierà in un **documento finale** quanto emergerà dal Simposio. Tale documento potrebbe divenire un punto di riferimento condiviso per le strategie dei prossimi Direttivo e Nazionale.

La procedura è sicuramente complessa e corre il rischio di essere solo paralizzante se gli Associati non daranno il loro concreto apporto di idee, ma era l'unico modo per garantire una reale partecipazione.

L'ANMCO cerca di rinnovarsi ed ha bisogno del contributo di tutti, anche del tuo. Non farlo mancare!

L'ANMCO e la ricerca

di Luigi Tavazzi

LA STORIA

Come tutti sanno, l'anima e la storia scientifica dell'ANMCO nascono con gli studi GISSI, generati dal felice sodalizio ANMCO (principalmente nelle persone di Fausto Rovelli e Antonio Lotto) – Mario Negri. Senza questa collaborazione l'ANMCO sarebbe rimasta un'ottima Associazione di professionisti, interessata e attiva nell'organizzazione della migliore prassi clinica, con una solida componente sindacale, ma non protagonista della ricerca scientifica.

Il successo degli studi GISSI e la costruzione di una formidabile rete di centri disponibili alla conduzione della ricerca clinica hanno creato la premessa per la nascita di un Centro Studi ANMCO.

Quando nacque, l'idea non suscitò larghi consensi. Ricordo che a condividerla immediatamente fu Gianni Tognoni. Anche Solinas e Vecchio, che erano presidenti dell'ANMCO durante il periodo di gestazione dell'idea, l'accettarono con convinzione.

Chiedemmo a Pierfilippo Fazzini di cercare a Firenze un informatico col quale avviare l'iniziativa e sulla scena comparve Donata Lucci, laureata di fresco. Fece un training di informatica applicata al sanitario e di gestione segretariale di trial, rispettivamente a Veruno e a Milano, al Mario Negri.

La ricordo, sperduta in un alberghetto di Veruno nel gelido inverno novarese mentre faticosamente costruiva la propria professionalità. In quel momento il Centro Studi era tutto lì. Oggi è un gruppo di 11 professionisti con un Direttore di livello internazionale.

A me sembra (ma posso essere "biased") che i momenti chiave dello sviluppo siano stati le decisioni (assunte dal Consiglio Direttivo durante la mia presidenza, per questo parlo di bias) di separare funzionalmente Segreteria dell'ANMCO e Centro Studi, di affidare la direzione di questo a un professionista come Aldo Maggioni (e non a un membro del Direttivo, come allora si proponeva) e di acquistare per il Centro Studi una sede propria.

Durante la presidenza Santini, Aldo Maggioni è diventato Direttore a tempo pieno (prima lo era part-time) e il Centro Studi ha avuto un ulteriore forte impulso operativo. La direzione di questo impulso è uno degli aspetti in discussione. Questo per la cronaca storiografica, che peraltro può essere utile per una visione prospettica dell'attività di ricerca di una Società medico-scientifica. Altri modelli di riferimento non ce ne sono.

Per quanto ne so, nel panorama internazionale, l'ANMCO è l'unica Società medico-scientifica nazionale ad avere intrapreso questa strada. Quindi il primo punto fermo che l'esperienza del passato ci offre è che il Centro Studi è uno strumento essenziale, e che deve avere una propria identità e autonomia gestionale e operativa.

IL FUTURO

Il futuro, cioè la strategia dell'ANMCO sulla ricerca, secondo me è il punto di fragilità attuale. La politica dell'ANMCO sulla ricerca non è chiaramente definita. Non c'è un documento che la indichi, e di fatto viene configurata, in itinere, dalle singole decisioni prese dal Consiglio Direttivo in carica, su proposte di ricerca che più o meno occasionalmente gli giungono.

Su questo tema c'è stato dibattito in passato, anche sulle colonne di questo giornale. Il dibattito che si riapre ora e che si concluderà durante il prossimo Congresso, col Simposio Organizzativo, potrebbe costituire l'occasione propizia per una scelta strategica corale sulla missione dell'ANMCO riguardo alla ricerca.

Nell'impostare la strategia è bene non perdere di vista la natura del soggetto che nel nostro caso produce ricerca: una Società medico-scientifica che ha statutariamente "la finalità di interesse generale e di utilità sociale di promuovere l'attività della ricerca scientifica e la formazione dei medici nel settore della Cardiologia".

Tenendo conto di questo, gli obiettivi prioritari della ricerca a mio parere dovrebbero essere:

- 1) analisi descrittive del Sistema cardiologico nazionale riguardanti l'offerta assistenziale, l'organizzazione e l'uso delle risorse. Progettazione e verifica di modelli gestionali e di percorsi diagnostico-terapeutici;
- 2) organizzazione di reti informatiche, studi di epidemiologia e data-base longitudinali;
- 3) studi osservazionali e di outcome su aspetti decisionali critici della pratica cardiologica (in pratica ricerca sugli aspetti problematici delle Linee-Guida) e su implementazioni di nuove terapie delicate e difficili. Questo secondo me è un obiettivo fondamentale, unico nello scenario della ricerca internazionale, che rappresenta uno sviluppo originale e clinicamente rilevante degli studi osservazionali classici;
- 4) studi di nuove strategie terapeutiche. Questo è un punto critico che va considerato con realismo, e che non posso sviluppare qui. Può includere sia studi fisiopatologici mirati che studi di popolazione.

ne. Per realizzarlo appieno sarebbe auspicabile: a) un accreditamento da, e un rapporto di collaborazione con Enti istituzionali di ricerca come il NIH (cosa che Aldo Maggioni sta perseguendo) e il Ministero della sanità per accedere a risorse dedicate a studi riconosciuti come rilevanti per la salute pubblica o orfani perché non entrano nelle strategie aziendali (va tenuto presente che per accedere a fondi pubblici occorre modificare la configurazione giuridica attuale del Centro Studi); b) un rapporto collaborativo con altre grandi reti internazionali di ricerca per studi di popolazione, che oggi è molto improbabile riuscire a condurre in un solo Paese, per le esigenze commerciali degli sponsor che esigono una multinazionalità semi-planetaria; c) raccordi con altre organizzazioni professionali sanitarie (internisti, medici di base, ecc.) per allargare l'area di azione;

5) studi farmacologici accuratamente scelti per rilevanza scientifica e clinica. In proposito devo ribadire di non condividere la posizione assunta dal Direttivo precedente (1996-98) che ha proposto l'ANMCO come crocevia obbligato della ricerca farmacologica in Italia, esplicitamente "invitando" le Aziende a proporre all'ANMCO ogni ricerca clinica e esplicitamente "scoraggiandole" dall'istituire rapporti con qualunque altra organizzazione. Poiché la grande maggioranza degli studi condotti da Aziende sono in realtà più induttivi che scientifici, proporsi come organo di governo di queste ricerche non rientra nella missione di una Società medico-scientifica, farebbe perdere qualità e credibilità al lavoro scientifico della Associazione, e renderebbe precaria la raggiungibilità dell'obiettivo precedente. Poiché per fare iniziative occorrono risorse, studi sponsorizzati vanno fatti, ma scegliendo bene e senza pretese monopolistiche o autarchiche.

In uno scenario di questo tipo il Centro Studi dovrebbe essere uno strumento aperto e efficiente per condurre ricerca multicentrica. Per riferirsi a modelli esistenti, non dovrebbe essere una CRO, ma potrebbe essere un SMO (site management organization), con una serie di reti di centri operativi, noti per la loro specifica expertise (sindromi ischemiche acute, elettrofisiologia, scompenso cardiaco, ecc.) e con una serie di raccordi internazionali che assicurino: a) accreditamenti formali da parte dei maggiori Enti internazionali, b) informazioni tempestive sulle linee di ricerca possibili nel momento in cui si incomincia a delineare, c) visibilità e credibilità internazionali, d) possibilità di stringere joint ventures con altre organizzazioni di ricerca di rilevanza mondiale.

Dal punto di vista operativo separerei ulteriormente la scelta delle iniziative scientifiche da intraprendere e la conduzione del Centro Studi, dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO. I membri del Consiglio Direttivo vengono scelti dagli Associati in base a criteri geopolitici, che poco hanno a che fare con il loro curriculum scientifico. Il turnover biennale del Consiglio Direttivo è incompatibile con un respiro di medio-lungo periodo che la programmazione e la gestione della ricerca richiedono.

Potrebbe essere utile creare in alternativa un Comitato per la Ricerca, costituito da persone scelte in base al curriculum scientifico, che vengano ricambiate in modo graduale, per consentire una ragionevole continuità d'azione, con il compito primario di garantire la qualità delle iniziative di ricerca (anche usando lo strumento che ora è operativo di 3 esperti esterni che valutino originalità e qualità specifica dei singoli progetti) e la coerenza con la missione che l'ANMCO si è data riguardo alla ricerca.

Il primo Comitato per la ricerca potrebbe, come atto iniziale, preparare un documento di indirizzo sulla strategia della ricerca, condensando quanto emergerà dal dibattito in corso. Il documento, una volta approvato dal Consiglio Nazionale, dovrebbe costituire il riferimento per le decisioni attinenti le iniziative di ricerca.

Se, nel tempo, la strategia cambierà, questo dovrà avvenire a seguito di una discussione corale e verrà sancita in un nuovo documento d'indirizzo. Il Consiglio Direttivo dovrebbe limitarsi alla verifica della compatibilità economica degli studi facendo audit annuali con il Comitato per la Ricerca per mantenere fluida la continuità informativa.

In sintesi, a me pare che i punti chiave sui quali impostare il dibattito possano essere i seguenti:

- 1. quali obiettivi prioritari per la ricerca, invitando gli Associati a esprimersi sui punti che ho elencato (1-5), eventualmente proponendone altri;*
- 2. ruolo del Centro Studi (SMO, raccordi internazionali, ecc.) e nuova configurazione giuridica che consenta l'accesso a risorse pubbliche;*
- 3. opportunità e dimensioni dell'apertura verso aree sanitarie non cardiologiche;*
- 4. istituzione, compiti e limiti di un Comitato per la Ricerca, e ruoli reciproci degli altri organi dell'ANMCO, in particolare del Comitato Direttivo.*

Aspettiamo critiche, commenti e proposte.

L'ANMCO e la formazione permanente del medico

di Carlo D'Agostino

L'ANMCO è da sempre impegnata a diffondere e migliorare la cultura medica cardiologica nel nostro Paese. A tal fine nel corso degli anni si è fornita di diversi strumenti:

Il Congresso annuale che da sempre costituisce il punto di riferimento per il Cardiologo italiano per l'approfondimento e l'acquisizione delle nuove cognizioni specialistiche. I congressi ed i meeting regionali, punto di incontro per confrontare ed impostare le strategie cardiologiche locali. I corsi del "learning center" che da alcuni anni vengono esportati anche in sedi differenti da Firenze e che permettono di diffondere capillarmente la cultura cardiologica a tutti i livelli.

L'ANMCO è così venuta incontro ad una delle esigenze fondamentali della nostra professione, quella di essere al passo con la rapida evoluzione delle conoscenze. L'aggiornamento professionale oltre ad essere un'istanza naturale del medico è di recente divenuta anche in Italia un obbligo legislativo. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevede infatti che la formazione permanente sia uno *strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo*.

Non vanno sottovalutate – cita il testo – le condizioni necessarie per rendere efficace la formazione. ...coinvolgere le responsabilità professionali chiamate a risolverli... verificare nel tempo l'effettiva traduzione operativa di quanto proposto.

... Nell'attività di formazione assume particolare rilievo il ruolo delle agenzie formative (pubbliche e private) operanti nel SSN. Spetta all'ordinamento centrale e regionale definire le modalità e le procedure di accreditamento di tali agenzie nonché i criteri di scelta per l'attuazione degli interventi formativi programmati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

L'articolo 16 della riforma sanitaria, prevede che la formazione professionale sia *diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita lavorativa le conoscenze e il comportamento professionale e sia requisito indispensabile per svolgere attività professionale*.

L'organizzazione che l'ANMCO si è data in questi anni consente di adempiere alle richieste legislative senza che questo costituisca un impegno particolarmente oneroso. Si tratta esclusivamente di creare gli strumenti per misurare "la quantità" di formazione necessaria annualmente per mantenere una adeguata competenza specialistica.

Il contesto socio-politico in evoluzione, con la liberalizzazione dei confini europei impone ai nostri specialisti di potersi confrontare con quelli di altri paesi anche dal punto di vista legislativo.

L'applicazione delle norme sulla formazione permanente allinea i nostri medici alla realtà dei paesi con i sistemi sanitari più evoluti. Per ciò che riguarda i Cardiologi in particolare questa esigenza si correla strettamente con la necessità di qualificazione professionale dei nostri specialisti nell'ambito europeo.

Come è noto la European Society of Cardiology (ESC) in qualità di componente dell'European Union of Medical Specialists (UEMS) ha il compito di identificare i criteri di

accreditamento per la certificazione del "Cardiologo europeo", uno specialista le cui competenze siano riconosciute in tutto il territorio comunitario.

Sono note le notevoli disparità esistenti fra i vari paesi membri dell'Unione, sia per ciò che riguarda il numero di specialisti (l'Italia ha il più alto numero rapportato alla popolazione) sia per ciò che riguarda il livello di preparazione obbligatoriamente richiesto per ottenere la qualifica di specialista.

Un'autorevole fonte dell'ESC, il Dott. M.C. Petch, su una Newsletter fa rilevare che in Italia il Cardiologo ha spesso un basso livello di addestramento, frequentemente basato esclusivamente sulla pratica ambulatoriale e non gli viene chiesta alcuna particolare capacità di effettuare procedure invasive né riceve una adeguata preparazione alla ricerca.

L'ESC per certificare il "Cardiologo europeo" necessità di più elementi di quelli forniti dal solo diploma di specializzazione, richiede piuttosto attestazioni qualificate di esperienze nei diversi settori.

L'obbligo della formazione permanente potrebbe essere l'occasione giusta per sposare l'esigenza formativa con quella della certificazione.

L'ANMCO potrebbe dunque articolare la propria azione in queste direzioni:

- 1 - Con l'ausilio dei gruppi di studio elaborare un documento che specifichi in maniera dettagliata quale deve essere il livello di competenza di un Cardiologo "clinico" e quale le specifiche competenze culturali e pratiche nelle diverse sub specialità (emodinamica, elettrofisiologia, ecocardiografia ecc.). A tal fine si può fare riferimento alle raccomandazioni dell'ESC (Eur Heart J 1996:17,996-1000).
- 2 - Individuare quali sono le esigenze culturali per mantenere od accrescere il livello di competenza in Cardiologia clinica e nelle differenti branche (necessità di frequenza di corsi, di ospedali o laboratori attrezzati, di esecuzione di un certo numero di procedure).
- 3 - Trovare criteri il più possibile obiettivi per l'accREDITAMENTO degli specialisti nei differenti settori e per differenti livelli di competenza.
- 4 - Quantificare un "punteggio" (sulla falsa riga del sistema anglosassone) da conseguire periodicamente per il riconoscimento del mantenimento della competenza (=formazione continua). I punti potranno essere acquisiti frequentando corsi di aggiornamento, congressi, reparti, laboratori ecc. che siano riconosciuti ed accreditati dalle Società scientifiche secondo precise tabelle.
- 5 - Definire quali devono essere le competenze cardiologiche necessarie ai medici generalisti o specialisti di altre discipline per cui sia necessaria una formazione continua.
- 6 - Affinare i propri strumenti di divulgazione (Learning Center, Aree, Congressi...) adeguandoli alle necessità di legge, appena queste saranno definite.

L'ANMCO potrebbe inoltre farsi carico di certificare le iniziative intese alla formazione permanente del Cardiologo, rappresentando per la Cardiologia Italiana l'equivalente dell'"Accreditation Council for Continuous Medical Education" statunitense.

Data l'importanza di tale problematica si è ritenuto di discutere di questo argomento nel corso del Simposio Organizzativo che si terrà nell'ambito del Congresso Nazionale del 2000, dando ampio spazio alle proposte provenienti da tutti coloro che vorranno contribuire.

L'ANMCO e il territorio

di Gian Luigi Nicolosi

LE CARDIOLOGIE: UNA ORGANIZZAZIONE IN EVOLUZIONE!

L'organizzazione dipartimentale e i limiti di bilancio delle Aziende portano inesorabilmente ad una riduzione del numero dei primari di Cardiologia, con il rischio di una diluizione della specificità cardiologica nel contesto di dipartimenti a varia caratterizzazione (medici, di emergenza-urgenza, ecc.) per la maggioranza delle strutture cardiologiche (circa il 70%). Tale pericolo è ancora più evidente per le Cardiologie a minore complessità, e senza letti di degenza intensiva o non intensiva, che si collocano all'interno di ospedali di rete o comunque di non grandi dimensioni.

In questa direzione una soluzione può derivare dal Dipartimento cardiologico intra o interaziendale, la cui costituzione a livello nazionale non appare però ancora né agevole né avviata in maniera sistematica, se non nelle strutture più complesse e negli ospedali di maggiori dimensioni, che sono comunque una minoranza (e in qualche modo ne avrebbero meno "bisogno"). Il pericolo maggiore di perdita di identità cardiologica è molto più grave invece proprio nella maggioranza delle istituzioni cardiologiche, specie quelle senza letti di degenza, che trovano tuttora difficoltà alla connessione con le cardiologie di riferimento. Tali difficoltà rischiano poi di innescare quel pericoloso circolo vizioso che passa attraverso una progressiva inerzia aggregativa con conseguente isolamento e perdita di specificità cardiologica.

Il vero problema dell'ANMCO oltre il 2000 appare quindi risiedere, paradossalmente, non nell'ospedale di grandi dimensioni o comunque autosufficiente dal punto di vista cardiologico, ma negli ospedali di rete e nel territorio.

LA NORMATIVA: EVOLUZIONE VERSO LA REGIONALIZZAZIONE!

Una delle più gravi difficoltà progettuali attuali, in ambito cardiologico, deriva dalla astrattezza e genericità delle soluzioni "a carattere nazionale", che rende spesso le stesse inapplicabili in sede locale. Le esigenze normative e non stanno infatti notevolmente diversificandosi a livello regionale, con strategie spesso molto differenti, obiettivi non univoci, metodologie di approccio spesso talmente differenziate da risultare incompatibili, priorità incentrate talora sul pubblico, talora sulla "libera" competizione, talora sull'Azienda ospedaliera, talora su quella territoriale. I piani e i progetti obiettivi sono talora diversificati fino a livello delle singole province, e non solo fra regioni, e spesso necessitano di processi di negoziazione lunghi e complessi che possono portare a risultati sorprendenti e inattesi, non sempre desiderati.

È essenziale quindi che l'ANMCO oltre il 2000 ascolti la voce della sua "periferia", perché solo così potrà rimanere capace di dare risposte credibili e realizzabili ai suoi Associati.

QUALE NUOVO OBIETTIVO PER L'ANMCO OLTRE IL 2000?

Recupero della centralità del paziente cardiologico e della sua continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Il Cardiologo ospedaliero apre quindi il suo campo di interesse anche al di fuori dell'ospedale e verso il territorio.

QUALI LE STRATEGIE REALIZZATIVE?

- Progettualità strategica e coordinamento a livello nazionale (Direttivo ANMCO).
- Sviluppo e incentivazione della comunicazione attraverso tutte le modalità possibili.
- Stimolo e coordinamento di progettualità applicative a livello regionale (Consigli ANMCO Regionali) o per aggregazioni di macroregioni contigue.
- Attenzione alle esigenze progettuali provinciali e locali sulla base di obiettivi concreti, aggreganti, praticabili e condivisi.
- Analisi, supporto e rilancio di progetti locali già avviati, disegnati dai residenti per i residenti.
- Coinvolgimento di tutti gli attori della Sanità operanti sul campo (dai Medici di Medicina Generale, ai Distretti, ai Cardiologi Extraospedalieri, agli Internisti, Infermieri del territorio, ecc.).
- Facilitazione dei collegamenti e della organizzazione e coordinamento tra Cardiologie a diverse complessità che incidono sullo stesso bacino di utenza (passaggio da organizzazioni prevalentemente di tipo autoreferenziale a organizzazioni referenziali distribuite).
- Coordinamento nell'approvvigionamento delle risorse e nel concordare i percorsi assistenziali preferenziali secondo Linee Guida e protocolli condivisi e partecipati.

QUALI I PROGETTI OBIETTIVI SUL CAMPO?

Le linee strategiche di sviluppo concreto potrebbero riguardare quattro diverse tipologie o modalità di "continuità assistenziale":

1. La telecardiologia in tutte le sue possibili applicazioni. Network informatico orizzontale fra diverse cardiologie o verticale verso e fra tutti gli altri attori del territorio (Medici di Medicina Generale, Cardiologi Extraospedalieri, Distretti, case di riposo, ecc.). Teleconsulto, teledidattica, teleimaging, teledidattica, ecc.
2. Lo scorporo nella continuità assistenziale fra ospedale e territorio, fra heart failure unit e programmi di coordinamento di tutti gli attori sanitari coinvolti.
3. Sindromi coronariche acute. Dall'emergenza-urgenza al 118, al problema del dolore toracico, alla BLS e ALS.
4. Prevenzione e riabilitazione cardiologica. Per il recupero della continuità assistenziale e di questo tipo di competenze in ambito cardiologico.

L'ANMCO e i cittadini

di Marco Bobbio

a) L'attuale contesto e il ruolo dell'ANMCO

Tradizionalmente i cittadini, in quanto *collettività* che usufruisce del SSN, sono stati tenuti ai margini delle scelte di politica sanitaria e, in quanto *singoli individui* che si rivolgono a un medico, sono stati tenuti ai margini delle decisioni cliniche che li riguardano. La Sanità pubblica e privata è cresciuta nell'ottica di un radicato paternalismo, che vede nei pazienti degli individui disposti (per il loro bene, ovviamente) ad accettare tutto quanto i medici ritengono sia meglio per loro. Non esistono livelli istituzionali di consultazione, né criteri di accreditamento delle associazioni di cittadini o di volontari che le autorizzino a essere ufficialmente consultate e le considerino rappresentative di specifici interessi.

Nella legge 833/78 di riforma sanitaria, la gestione della Sanità era stata affidata a un Comitato di gestione dell'Unità Sanitaria Locale che amministrava la Sanità di un'area di circa 50 mila abitanti. Si trattava di un tentativo di attuare una partecipazione diretta dei cittadini, attraverso loro rappresentanti, con il compito di assumere tutte le decisioni che riguardavano le scelte sanitarie nell'ambito della propria zona. Il meccanismo, come noto, non funzionò, sia per l'impreparazione dei "cittadini" a gestire funzioni molto complesse e delicate, sia per l'invasione di campo da parte dei partiti politici, interessati più alla lottizzazione che al buon governo. Era probabilmente illusorio far gestire la Sanità (programmi di prevenzione, ambulatori di medicina generale, servizi territoriali, ospedali ad alta specializzazione) a cittadini senza adeguate competenze di management e di politiche sanitarie; era stato affidato un grande potere a molti improvvisati amministratori, senza che venissero forniti loro strumenti culturali e scientifici per gestire quel potere.

Sulla base di tale esperienza, la prima correzione della riforma sanitaria (legge di riordino 502/92) ha ribaltato l'apertura verso la partecipazione, affidando la gestione delle Unità Sanitarie Locali e degli Ospedali, entrambi chiamati Aziende, a manager che avrebbero dovuto amministrare un vero e proprio bilancio in un regime di concorrenzialità, relegando anche i medici a un ruolo sostanzialmente consultivo.

L'ANMCO non ha finora svolto alcun ruolo nel favorire la partecipazione dei cittadini né alla cogestione dell'assistenza sanitaria né al coinvolgimento consapevole nella salvaguardia della propria salute e nel trattamento della propria malattia, essendosi posta come punto di riferimento culturale, scientifico e organizzativo dei propri assistiti e più in generale dei Cardiologi italiani.

b) Come si sta modificando il contesto

In questi ultimi anni ha cominciato a farsi sentire la spinta di associazioni di cittadini, di pazienti affetti da specifiche

malattie, di parenti di ammalati e di volontari dell'assistenza interessati a intervenire sulle decisioni assunte in ambito sanitario; tali associazioni hanno rivendicato il diritto a essere consultate e a suggerire (e talvolta a pretendere) interventi specifici.

Tali contributi possono rappresentare uno stimolo prezioso e propulsivo per una Sanità troppo assorbita da attività gestionali e per certi medici troppo distratti da interessi personali, ma talvolta, come nel caso delle manifestazioni di piazza per ottenere la gratuità di un trattamento antitumorale inefficace, possono trasformarsi in un fardello insostenibile per qualunque sistema sanitario.

Da parte dei cittadini è certamente cresciuta la preoccupazione per le malattie e per il mantenimento di un buono stato di salute, si è fatta strada la necessità di una valutazione dei servizi (non solo in termini di efficienza, ma anche di efficacia) e delle procedure (non soltanto in termini di risultato, ma anche di appropriatezza e di necessità). Parallelamente medici e amministratori hanno cominciato a considerare, come uno degli elementi decisionali, la soddisfazione del paziente e il giudizio che viene espresso sulle prestazioni erogate.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha introdotto il concetto di *patto con i cittadini*, ritenendo che "la promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dalla assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale".

Più recentemente nella Riforma-ter (229/99) è stato previsto, in modo meno paternalistico e più realistico, un ruolo attivo dei cittadini nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria; le Regioni dovranno infatti prevedere le forme per la partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. In precedenza i cittadini potevano essere solamente "sentiti" nelle fasi iniziali della programmazione e all'atto della verifica dei risultati conseguiti.

Negli Stati Uniti, in molti ospedali è prevista la figura del rappresentante dei cittadini (*patient representative*, *guest representative*, *patient advocate*) che svolge un'attività di intermediazione tra i pazienti, il personale sanitario e l'amministrazione e sono contestualmente cresciute le iniziative per analizzare i bisogni profondi e le reali aspettative dei pazienti. Nell'organizzazione dei servizi viene realizzato un programma sistematico di miglioramento della qualità delle prestazioni, tenendo conto del punto di vista e del giudizio del paziente (*patient-centered care*), del suo grado di soddisfazione (*patient satisfaction*), e in che misura i bisogni e le aspettative siano stati soddisfatti dai servizi e dagli interventi offerti.

Infatti, ci si è resi conto che i valori dei pazienti possono essere diversi da quelli che il personale sanitario ritiene siano prioritari, possono variare in relazione all'età, al sesso, al censo, allo stato di salute, al livello socioculturale e al tipo di malattia, e vanno quindi identificati e analizzati per trovare una specifica risposta.

In Italia siamo ancora molto lontani da un'impostazione orientata sulle esigenze del paziente, ma non c'è dubbio che nell'arco di alcuni anni, radicandosi il concetto di concorrenza tra Aziende ospedaliere pubbliche e private, anche da noi diventerà attuale il concetto che, data una buona tecnologia e buoni medici, i pazienti baseranno le loro scelte sulle differenze di come vengono trattati e di come vengono soddisfatte le loro esigenze prioritarie.

c) Quali sono le criticità, le opportunità e i rischi del nuovo contesto

L'ingresso dei cittadini nella gestione della medicina è un fatto di grande rilevanza, ma di potenziale minaccia. Da una parte coloro che usufruiscono (o dovranno usufruire) di un servizio offrono una collaborazione consapevole e attiva nella gestione della malattia e delle attività sanitarie, contribuendo al raggiungimento dell'obiettivo primario dell'assistenza: migliorare lo stato di salute dei singoli individui. Nello stesso tempo la partecipazione dei cittadini costringe medici e strutture a modificare il paradigma relazionale che li vede al centro delle attività che sono invece svolte *per* il paziente.

D'altra parte però, l'eccessivo slancio verso pratiche irrazionali, particolaristiche e scientificamente non documentate può indurre medici e aziende a spingersi verso una deriva di facile consenso popolare, per accattivarsi clienti che non conoscono e non possono prevedere i pericoli strategici di scelte di efficacia effimera.

In Italia il livello di cultura scientifica è mediamente basso, la fiducia nella gestione pubblica di qualunque servizio è scarsa, la spinta a privilegiare esigenze particolari è forte; si può quindi intravedere il rischio che si radicalizzino movimenti di opinione e di pressione che, nel creare condizioni favorevoli per gruppi di individui particolarmente agguerriti, impongano scelte non eque per tutti i cittadini che il Sistema Sanitario Nazionale deve proteggere e curare.

d) Come dovrebbe attrezzarsi una moderna Società scientifica per rispondere in modo adeguato/innovativo

La sfida della medicina moderna è quella di:

- investire nei valori oltre che nelle evidenze;
- preoccuparsi dei rischi più che dei benefici;
- preoccuparsi di far crescere pazienti ben informati più che utenti accondiscendenti.

Di conseguenza, l'ANMCO dovrà attrezzarsi di strumenti culturali, organizzativi ed etici per affrontare queste sfide e rendere proficua la *condivisione* della Sanità con i cittadini.

Innanzitutto *strumenti culturali*. L'ANMCO per la qualità dei suoi iscritti, dei programmi didattici e di ricerca e per la vastità dei contatti con il mondo scientifico europeo e internazionale, possiede il *know-how* per affrontare in modo competente la sfida di informare in modo adeguato i cittadini, affinché diventino collaboratori preziosi e consapevoli delle scelte che li riguardano sia come singoli individui, sia come gruppi con simili esigenze sanitarie.

L'ANMCO si dovrà però dotare di nuove competenze e

di un nuovo approccio alla comunicazione, in modo da rendere i messaggi da condividere con i cittadini semplici ma non banali, chiari ma non imprecisi, completi ma non ridondanti.

I moduli predisposti per ottenere il "consenso informato" in previsione di interventi diagnostici e terapeutici sono talmente variegati nella formulazione, nella (spesso modesta) comprensibilità e nella (spesso eccessiva) complessità che rappresentano un esempio tangibile dell'incapacità dei medici a comunicare con chi non ha gli stessi strumenti culturali e gli stessi paradigmi decisionali. La Commissione Etica dell'ANMCO sta svolgendo un'indagine conoscitiva nelle Cardiologie italiane per capire come vengono preparati e utilizzati i moduli per ottenere il consenso, in modo da fornire ai propri iscritti anche indicazioni più affidabili sulla preparazione dei testi.

In secondo luogo, *strumenti organizzativi*. Tutta l'attività scientifica e culturale dell'ANMCO è stata finora focalizzata a far crescere il livello di competenza, esperienza e capacità dei Cardiologi italiani e, in minor misura, degli infermieri. Diventa quindi auspicabile l'istituzione di un'area che curi lo sviluppo e la spinta propositiva nei confronti della partecipazione dei cittadini e che rappresenti un perno per l'aggiornamento dei medici e dei cittadini, per la proposta di progetti di ricerca sulla percezione dell'assistenza, per la raccolta di bibliografia, per la diffusione di informazioni attraverso la produzione di documenti, materiale divulgativo, Linee Guida, prodotti informatici, indicazioni per le Aziende ospedaliere e per le Autorità locali.

In terzo luogo, *strumenti etici*. Come recentemente sostenuto da Pellegrino e Relman, "la medicina è essenzialmente un'impresa morale e le associazioni professionali dovrebbero essere costruite su fondamenti etici". La progressiva ingerenza di interessi commerciali, che permettono anche all'ANMCO di svolgere un fondamentale ruolo nel panorama culturale e scientifico italiano, rischiano di far spostare l'ago della bilancia dall'interesse per la tutela della salute dei pazienti agli interessi extrascientifici dei singoli medici e della stessa Associazione, trasformando un programma di alto profilo scientifico e culturale a favore della Sanità, in un'attività tipica di un centro di potere, di contrattazione e di condizionamento politico.

La tentazione di usare il potere medico per vantaggi personali, commerciali o della stessa Associazione è considerevole; solo con una forte tensione morale, l'ANMCO potrà proporsi come garante nei confronti dei cittadini per una medicina che sia di alta qualità, equamente accessibile e fruibile, fuggendo ogni possibile sospetto che ciò che la nostra Associazione consiglia e propone abbia un interesse che non sia solo ed esclusivamente quello dei cittadini.

L'ANMCO dispone degli strumenti culturali, organizzativi ed etici per affrontare e orientare il crescente coinvolgimento dei cittadini nella Sanità e nella gestione della propria salute; deve però saperli usare in modo accorto, per evitare di trasformarsi nel braccio esecutivo di chi intende trarre benefici da una spinta verso una prevenzione, una diagnostica e una terapia inappropriata e quindi pericolosa.

DAL CONGRESSO

Candidature Consiglio Direttivo ANMCO 2000-2002

Il Consiglio Direttivo auspica che i candidati alle elezioni per il Consiglio Direttivo ANMCO 2000-2002 si presentino all'elettorato con un curriculum che sarà pubblicato sul numero di Cardiologia negli Ospedali stampato in occasione del Congresso.

Il curriculum del candidato dovrà essere redatto in maniera sintetica seguendo lo schema riportato di seguito e dovrà essere inviato alla Segreteria ANMCO, e per conoscenza al Delegato Regionale entro e non oltre il 10 aprile 2000.

SCHEMA

Nome e cognome

Luogo e data di nascita

Laurea in medicina: indicare la scuola e l'anno.

Diplomi di specializzazione: indicare nell'ordine la materia, la scuola e l'anno.

Qualifica funzionale ricoperta

Tipologia della struttura e Ospedale nella quale viene svolta l'attività professionale

Attività di Management Sanitario: corsi di perfezionamento, ruoli ricoperti in attività istituzionali di organizzazione sanitaria, Consiglio dei Sanitari, Centri di Responsabilità gestionale, Consiglio di Dipartimento, Commissioni Regionali, Comunali, di Azienda Sanitaria etc.

Attività associative: indicare ruoli e periodi di partecipazione ad attività ANMCO, di altre Associazioni o Gruppi di Studio.

Attività di qualificazione professionale: indicare i campi d'interesse prioritario.

Attività scientifica: indicare nell'ordine:

- il numero totale delle pubblicazioni (pubblicazioni su riviste e trattati, abstract, eventualmente segnalando quelle come primo nome);
- partecipazione a congressi in qualità di Relatore o Moderatore;
- collaborazioni a riviste in qualità di membro del Comitato di Redazione o di Revisore.

Attività didattica: indicare nell'ordine a seconda dei casi:

- la materia in cui è stata conseguita la libera docenza, la scuola e l'anno;
- la materia di insegnamento, la scuola e gli anni di insegnamento di professore a contratto;
- la materia di insegnamento, il tipo di scuola (ad esempio per tecnici, per infermieri, per medici) e gli anni di insegnamento.

• AVVISO IMPORTANTE •

Sono cambiate le date del

XXXI CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Firenze, 20-23 maggio 2000

• • •

Nonostante avessimo già annunciato alla comunità cardiologica le date del prossimo Congresso dell'Associazione, informiamo che a seguito della comunicazione che la NATO svolgerà i propri "Spring Ministerial Meetings" dell'anno 2000 presso la Fortezza da Basso di Firenze in concomitanza con alcuni giorni del nostro Congresso, il Consiglio Direttivo ha ritenuto opportuno anticipare di un giorno l'inizio dei lavori.

Tale decisione è stata presa solo per ovviare a problemi di ordine organizzativo, ampiamente prevedibili.

Riteniamo comunque che iniziare sabato 20 maggio anziché domenica 21 maggio non comporterà nessun svantaggio a tutti coloro che avremo il piacere di avere con noi a Firenze.

DAL CENTRO STUDI

di Marino Scherillo

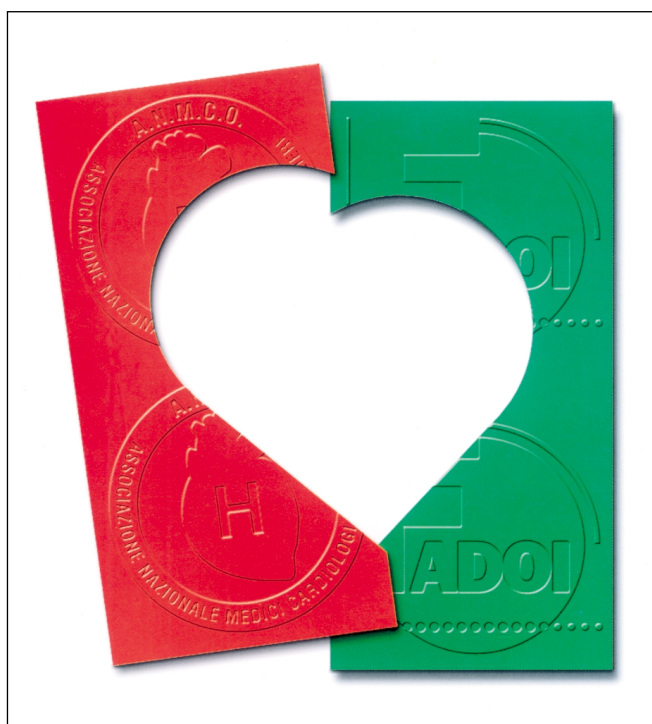


TEMISTOCLE: la Cardiologia e la Medicina Interna ospedaliera insieme per la ricerca

Il 14 febbraio 2000 prenderà avvio lo studio hearT failurE epideMIological STudy fadOi-anmCo in itaLian pEople (TEMISTOCLE). Si tratta di uno studio congiunto ANMCO – Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) volto ad acquisire importanti informazioni circa la gestione ospedaliera del paziente con scompenso cardiaco ricoverato in cardiologia o medicina.

Obiettivi dello studio proposto

Il modello concettuale è fotografare mediante uno studio di breve durata la realtà assistenziale italiana nella gestione ospedaliera dello Scompenso Cardiaco



(SC) acquisendo informazioni uniche circa i modelli organizzativi ed il *pattern* di cura adottato per questi pazienti. Un *database* costruito con questo scopo permetterà inoltre di varare iniziative su temi definiti per priorità di miglioramento continuo della qualità delle cure per i pazienti ospedalizzati con SC.

Lo studio proposto valuterà nella realtà ospedaliera italiana:

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

Modalità dello studio proposto

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

DAL CENTRO STUDI

STUDIO ACTOR

- **Il titolo**

Aggressive versus Conservative Treatment Of Infarct Related artery after acute MI (ACTOR)

- **Lo Steering Committee**

L. Bolognese (Chairman) - G. Minardi - A. Canonico
A. Stabile - S. Chierchia - L. Campolo - E. Verna
A. Fontanelli

- **L'originalità scientifica**

Da molti anni e da più parti è stato proposto di pianificare uno studio randomizzato su larga scala per verificare definitivamente la cosiddetta ipotesi dell'arteria

pervia. Il progetto è ambizioso e difficile. Non è un caso che finora un simile studio non sia mai stato realizzato. Il GISE insieme con l'ANMCO ha raccolto questa sfida pianificando lo studio ACTOR. Nonostante i dati disponibili in letteratura siano infatti a favore di un effetto favorevole della pervietà del vaso di necrosi in termini di funzione ventricolare e sopravvivenza, tuttavia essi non sono attualmente sufficienti per modificare la strategia del trattamento dell'infarto miocardico acuto indirizzando i pazienti con vaso di necrosi occluso ad interventi di rivascularizzazione meccanica. Solo uno studio randomizzato su larga scala è in grado di fornire dati definitivi al riguardo. Lo studio ACTOR si propone di analizzare lo stato di pervietà del vaso di necrosi dopo la fase acuta di un infarto miocardico in pazienti con una estesa area di deficit contrattile, escludendo quei pazienti che neces-

ELENCO DEI CENTRI ACTOR

TORINO (TO)

OSPEDALE MAURIZIANO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Innocenzo Scrocca
Telefono: 011/5080526-402-414

CUNEO (CN)

OSPEDALE SANTA CROCE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Giuseppe Steffenino
Telefono: 0171/441305-320-268

VARESE (VA)

OSPEDALE DI CIRCOLO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Edoardo Verna
Telefono: 0332/278111-278367

VARESE (VA)

OSPEDALE DI CIRCOLO
SERVIZIO DI EMODINAMICA
Referente ACTOR: Dott.ssa Battistina Castiglioni
Telefono: 0332/278111-278414

COMO (CO)

OSPEDALE SANT'ANNA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Sante Zerboni
Telefono: 031/585540-585344

MILANO (MI)

OSPEDALE L. SACCO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott.ssa Emanuela Piccaluga
Telefono: 02/357991-35799461

MILANO (MI)

OSPEDALE SAN RAFFAELE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Giuseppe Pizzetti
Telefono: 02/26437370-26437397

BRESCIA (BS)

SPEDALI CIVILI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. L. Niccoli
Telefono: 030/39951

PAVIA (PV)

OSPEDALE POLICLINICO SAN MATTEO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Luigi Angoli
Telefono: 0382/5011-503460

MIRANO (VE)

OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. P. Mario Benenati
Telefono: 041/5794258-5794241

PADOVA (PD)

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
SERVIZIO DI EMODINAMICA
Referente ACTOR: Dott. Angelo Ramondo
Telefono: 049/8212330

TRIESTE (TS)

OSPEDALE MAGGIORE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott.ssa Erica Della Grazia
Telefono: 040/399111-2326-2327

GENOVA (GE)

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA
II DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Fiorenzo Miccoli
Telefono: 010/5552236

REGGIO EMILIA (RE)

ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA II
Referente ACTOR: Dott. Umberto Guiducci
Telefono: 0522/296111-296434

BOLOGNA (BO)

OS. POLICLINICO S. ORSOLA M. MALPIGHI
ISTITUTO DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Antonio Marzocchi
Telefono: 051/6363434-349858

FERRARA (FE)

ARCISPEDALE SANT'ANNA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Gianfranco Percoco
Telefono: 0532/236111-236269

FIRENZE (FI)

AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Leonardo Bolognese
Telefono: 055/4277220-4277221

FIRENZE (FI)

AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Margheri
Telefono: 055/4277111

sitano di rivascularizzazione miocardica su base clinico-angiografica, e randomizzare i rimanenti a PTCA o al trattamento conservativo. L'end-point combinato è costituito da mortalità, reinfarto, ricovero per scompenso cardiaco, peggioramento della funzione globale di pompa espressa come riduzione di 9 punti assoluti della frazione di eiezione ventricolare sinistra. Se un atteggiamento aggressivo con riapertura e stenting del vaso coronarico producesse una riduzione di eventi clinici a distanza, allora sarebbe giustificato il ricorso ad una coronarografia di routine dopo infarto miocardico acuto nei pazienti con infarto esteso con lo scopo di ricanalizzare il vaso di necrosi.

- **Gli aspetti operativi**

L'inizio dello studio ACTOR è previsto per il mese di gennaio 2000. Chiunque fosse interessato a maggiori informazioni sullo studio e a collaborare attivamente

alla sua realizzazione, può far riferimento sia al Centro di Coordinamento, che al Referente del Centro ACTOR più vicino.

- **I protagonisti dello studio**

L'elenco dei Centri aderenti (compresi quelli che non hanno ancora ricevuto l'autorizzazione) è qui di seguito riportato.

RIFERIMENTI DEL COMITATO DI COORDINAMENTO

HELP-LINE E RANDOMIZZAZIONE:
0349/5886458

ASPETTI ORGANIZZATIVI:
CENTRO STUDI ANMCO
TEL. 055/5001703-588972
FAX 055/583400
E-MAIL: centro_studi@anmco.it

PISA (PI)

AZIENDA OSPEDALIERA PISANA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
OSP. SANTA CHIARA
Referente ACTOR: Dott. Enrico Magagnini
Telefono: 050/992187-346

PISA (PI)

AZIENDA OSPEDALIERA PISANA
ISTITUTO FISILOGIA CLINICA- CNR
Referente ACTOR: Dott. Roberto Testa
Telefono: 050/992695-583111

PERUGIA (PG)

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
SERV. DI EMODINAMICA - SILVESTRINI
Referente ACTOR: Dott. Claudio Giombolini
Telefono: 075/5782213-5782395

ANCONA (AN)

OSP. REGIONALE G. LANCISI
SERV. DI RADIOLOGIA CARDIOVASCOLARE
Referente ACTOR: Dott.ssa Alberta Pangrazi
Telefono: 071/5961-5965078

ROMA (RM)

POLICLINICO UMBERTO PRIMO
ISTITUTO DI CARDIOCHIRURGIA
Referente ACTOR: Prof. Eugenio Martuscelli
Telefono: 06/49971-4463014

ROMA (RM)

POLICLINICO UMBERTO PRIMO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Donato Di Donato
Telefono: 06/49971-49970753

ROMA (RM)

OSPEDALE SAN CAMILLO
SERVIZIO DI EMODINAMICA
Referente ACTOR: Dott. Paolo Loschiavo
Telefono: 06/58701-58704478

ROMA (RM)

OSPEDALE SAN FILIPPO NERI
SERVIZIO DI EMODINAMICA
Referente ACTOR: Dott. Giulio Speciale
Telefono: 06/33062481-2482

TERAMO (TE)

OSPEDALE CIVILE G. MAZZINI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Alessandro D'Aroma
Telefono: 0861/4291

PESCARA (PE)

OSP. CIVILE DELLO SPIRITO SANTO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Leonardo Paloscia
Telefono: 085/4252526-4251

NAPOLI (NA)

POLICLINICO UNIV. II FACOLTÀ MEDICINA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Federico Piscione
Telefono: 081/7461111

NAPOLI (NA)

AZIENDA OSP. VINCENZO MONALDI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Ciro Mauro
Telefono: 081/7062736-7062301

SALERNO (SA)

O.R. S. GIOVANNI DI DIO E
RUGGI D'ARAGONA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Pietro Giudice
Telefono: 089/671111-672773

BARI (BA)

OSPEDALE CONSORZIALE POLICLINICO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Francesco Bovenzi
Telefono: 080/5591111-5592424

CATANIA (CT)

OSPEDALE FERRAROTTO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Corrado Tamburino
Telefono: 095/7436214

PALERMO (PA)

OSPEDALE V. CERVELLO
SERVIZIO DI EMODINAMICA
Referente ACTOR: Dott. Amerigo Stabile
Telefono: 091/6802111-6802672

PALERMO (PA)

CASA DI CURA VILLA MARIA ELEONORA
SERVIZIO DI EMODINAMICA
Referente ACTOR: Dott. Antonio Rubino
Telefono: 091/6981354-6981111

PEDARA (CT)

CENTRO CUORE MORGAGNI
UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA
Referente ACTOR: Dott. Francesco Amico
Telefono: 095/7026331-7026111

DALLA SEDE

di Gianfranco Mazzotta



L'ATTIVITÀ DEL LEARNING CENTER ANMCO

Rapporto dell'andamento dei corsi alla fine di ottobre 1999

Questo breve articolo ha lo scopo di informare i Soci dell'andamento dei corsi, dei problemi emersi e di fornire spunti di riflessione per migliorare per il futuro l'attività di diffusione culturale dell'ANMCO. Sono perciò attesi commenti e critiche costruttive.

Inizierò con i numeri. Quest'anno, sino alla fine di ottobre, erano programmati 18 corsi. A norma di regolamento, se ne sono tenuti in realtà 11: in 7 occasioni (39%) i corsi non hanno avuto luogo per scarsa numerosità delle adesioni. Questi 7 corsi annullati erano tutti stati programmati in Toscana (6 intramurali ed un extramurale); tutti i corsi extramurali tenutisi in altre Regioni d'Italia sono stati invece coronati da grande successo, in particolare i corsi proposti dall'Area Nursing che hanno ricevuto una numerosità di

adesioni tale da creare liste d'attesa. Per gli 11 corsi che hanno avuto luogo, il numero medio di docenti è stato di 8 per corso e quello dei discenti di 32.

L'attività del Learning Center prevede un budget dell'ordine di 150 milioni all'anno, e si tratta di una cifra notevolmente ridotta se si considera che le spese vengono contenute al minimo (si ricordi solo il fatto che nessuno dei docenti riceve alcun compenso). Questo budget viene in buona parte coperto dalle quote di iscrizione e dalle sponsorizzazioni, in particolare provenienti dalle Industrie Farmaceutiche; esiste quindi un disavanzo, in termini di perdita secca, che è di circa 23 milioni a fine ottobre.

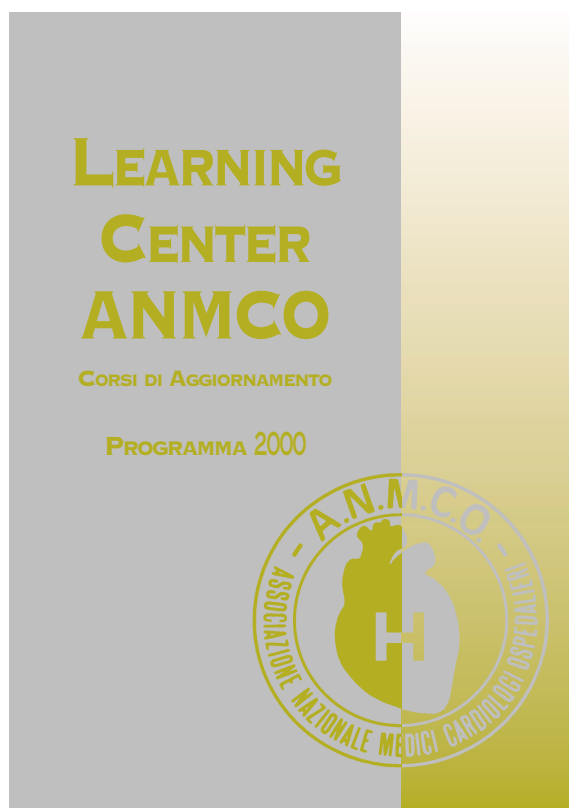
Ogni corso che viene regolarmente tenuto presenta un disavanzo assai variabile, a volte anche in attivo, ma mediamente in passivo di circa 2,5 milioni; ogni corso che non ha luogo presenta un disavanzo passivo quantizzabile in modo poco variabile in 3,3 milioni di lire. L'introduzione, da quest'anno, di una quota simbolica di iscrizione (lire 100.000) ha efficacemente evitato lo spiacevole fenomeno (riscontrato assai spesso in passato) di ricevere molteplici iscrizioni a cui poi non faceva seguito la partecipazione.

Tra i problemi emersi, ricordo l'inadeguatezza di alcuni strumenti di lavoro; per risolvere questo problema è stato acquistato recentemente

un nuovo proiettore ed è possibile la videoproiezione da computer. I corsi causano poi un significativo aumento di lavoro della Segreteria.

Oltre al lavoro di tipo organizzativo per la preparazione del programma e per l'organizzazione, il giorno che il corso ha praticamente luogo la Segreteria si accolla un onere notevole, che in parte è inevitabile e prevedibile, in parte invece dipende da comportamenti inadeguati dei discenti o dei docenti, che segnalerò nella speranza che si possa per il futuro migliorare anche questo aspetto. Non è chi non veda che la molteplicità di riunioni e di manifestazioni che avvengono all'interno della sede ANMCO distoglie sistematicamente la Segreteria dal lavoro istituzionale che è chiamata a svolgere, e che svolge troppo spesso in condizioni di scarsa continuità e di confusione.

Del resto, ospitare molteplici



manifestazioni di valore è fortemente auspicabile, quindi è necessario pensare all'introduzione di correttivi per provare a salvare entrambe le esigenze, contrastanti.

È normale richiedere alla Segreteria, ad una sola persona responsabile per quel giorno e per quel corso, un aiuto iniziale per procedere poi autonomamente alla gestione del corso stesso, ivi inclusa la proiezione; come pure lo standard medio di accoglienza prevede di norma la messa a disposizione degli strumenti atti ad un normale svolgimento delle lezioni e l'approntamento dei pranzi e dei coffee-break, quando previsti.

Non è accettabile, invece, pretendere la presenza costante in sala di una segretaria solo per proiettare diapositive, né lo è il distrarre continuamente persone diverse della Segreteria per le richieste estemporanee più disparate e pretenziose, più spesso concernenti argomenti non attinenti od in evidente contrasto con il Regolamento del Learning Center. Non è accettabile confondere la Segreteria con un'agenzia di viaggi, per richiedere di approntare viaggi e pernottamenti per gli uditori. Non è accettabile pretendere che le segretarie creino documenti computerizzati da proiettare: chi desidera adottare la video-proiezione deve di necessità arrivare a Firenze con il dischetto (si è invece addirittura verificata la pretesa, dopo aver scritto a mano le diapositive, di farle riportare su file dalle segretarie, al momento del corso). Non è accettabile anche che la sala ospiti contemporaneamente un numero di docenti+discenti oltre 40-45: in questi casi il Direttore del corso deve

predisporre un efficace "turn-over".

Alcuni commenti. Appare abbastanza evidente che Firenze, città da sempre privilegiata in termini di offerta culturale, presenta una ridotta "domanda" di corsi. L'esperimento dei corsi extramurali, introdotto a grande richiesta con modalità simili a quanto usuale per l'American College of Cardiology, ha avuto un grande successo e sarà incrementato per il 2000.

Naturalmente, accanto a quelli su nuove tematiche saranno incentivati i corsi sugli argomenti molto richiesti, disincentivati quelli poco attraenti che fra l'altro costano mediamente di più. Sta per essere inviata a tutti i Soci la brochure con il programma del 2000, spero assai attraente e vario: vi si rispecchia attenzione a queste argomentazioni.

È necessario che il Direttore di ogni corso si renda esperto degli strumenti presenti in sala e vigili sull'andamento del corso, in autonomia per quanto possibile, gestendo anche tutti gli aspetti organizzativi e considerando di non farli pesa-

re sulla Segreteria, che sin d'ora ha mandato di privilegiare i compiti istituzionali.

Anche per rammentare a tutti il modo di procedere nell'iscrizione ai corsi, fa seguito a questo articolo il Regolamento del Learning Center.

REGOLAMENTO

I corsi sono a numero chiuso ed è pertanto necessario iscriversi tempestivamente utilizzando la scheda pubblicata nella brochure, contenente il programma dei corsi del Learning Center anmco del 2000, che è stata inviata a una mailing list di 13.382 medici.

Chi non l'avesse ricevuta può farne richiesta alla segreteria ANMCO (tel.055/571798 fax 055/579334 - e-mail: corsi@anmco.it).

La disponibilità massima di posti dei corsi effettuati presso la sede nazionale anmco (Via La Marmora, 36 - Firenze) è di 40; quella degli extramurali è riportata sul programma di ogni corso.

La quota di iscrizione di ciascun corso è di Lit. 100.000 (iva inclusa), ad esclusione di quelli riservati al personale infermieristico che sono gratuiti.

Il pagamento può essere effettuato tramite assegno o carta di credito. Non si accettano prenotazioni telefoniche.

L'iscrizione è ritenuta valida, nel primo caso, al ricevimento dell'assegno allegato alla scheda (inviati via posta), nel secondo, dopo l'avvenuta autorizzazione dei servizi competenti.

Qualora, 30 giorni prima dell'inizio del corso non siano pervenute almeno 20 iscrizioni, il corso sarà annullato e la quota versata interamente rimborsata.

La quota sarà inoltre rimborsata in caso di non accettazione per raggiunto numero limite di partecipanti, mentre verrà trattenuta nel caso di non partecipazione volontaria.

Per ragioni amministrative, non è possibile il trasferimento della quota ad un corso successivo.

FELLOWSHIP ANMCO

Il 31 gennaio scade il termine per la presentazione delle domande

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

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

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

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

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

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

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

Vuoi diventare Socio ANMCO?

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

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

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

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

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

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

Io sottoscritto:

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare Lit. _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

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

Socio Aggregato

- Lit. 60.000

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza: _____

DELEGATI REGIONALI ANMCO 1998-2000

ABRUZZO

Dott. DOMENICO DI GREGORIO - Tel. 0872/7061
Ospedale 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



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055 571798 - Fax 055 579334
e-mail: segreteria@anmco.it

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)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi e per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono la Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede in Pisa, Dipartimento di Cardiologia Angiologia e Pneumologia dell'Ospedale Cisanello, Via Paradisa n. 2

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della l. n. 675/1996, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede di ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pisa, Dipartimento di Cardiologia Angiologia e Pneumologia dell'Ospedale Cisanello, Via Paradisa n. 2 - tel. 050/542929 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia)

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

Sviluppo delle attività dell'Area

di Marco Tubaro

L'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO sta sviluppando pienamente le linee di ricerca, organizzative ed educative, stabilite dal Chairman e dal Comitato di Coordinamento all'inizio di questo biennio di attività.

L'attività organizzativa dell'Area verte soprattutto sul **Registro delle UTIC**: le prime 130 UTIC dell'ANMCO sono state connesse, fornite di personal computer, modem, lettore/scrittore di card e di più di 350 card da consegnare ai pazienti al momento della dimissione dall'ospedale. Quanto prima, almeno altre 70 UTIC si aggiungeranno alle precedenti.

Il Registro delle UTIC, che rispetta tutte le norme relative alla gestione dei dati sensibili (legge sulla privacy), ha inizio nel gennaio 2000 e avrà la durata iniziale di 12 mesi: una nuova release del software, che terrà conto di tutti i suggerimenti proposti dagli investigatori durante la fase di training, verrà implementata direttamente attraverso la rete di Internet nei computer dei centri.

Il progetto G8 Cardio-ANMCO, che fornirà ai centri dell'ANMCO un software completo per generare un database cardiologico e cardiocirurgico, sta procedendo regolarmente nella sua attività di analisi e di disegno del software: la prima release completa sarà pronta, in forma beta, nel febbraio 2000, mentre l'appuntamento per i Soci dell'ANMCO è al nostro prossimo Congresso, nel maggio 2000 a Firenze.

L'attività educativa dell'Area ha visto, nel mese di ottobre, a Roma, lo svolgimento di un **Congresso Nazionale sull'Emergenza-Urgenza**, che ha consentito di confrontare i più recenti e aggiornati punti di vista sulla moderna organizzazione dell'Emergenza cardiologica, il trattamento dell'infarto miocardico acuto e dell'angina instabile, la rianimazione cardiopolmonare, la diffusione di una moderna cultura dell'Emergenza cardiologica tra i medici, gli infermieri e la popolazione "laica", anche in relazione a eventi particolari quale il Giubileo del 2000. Gli atti di tutto il Congresso sono stati pubblicati in un Supplemento del numero di dicembre (l'ultimo numero!) del Giornale Italiano di Cardiologia.

Per quanto riguarda l'attività di training sulla rianimazione cardiopolmonare (**BLS-ACLS**), il Comitato di Coordinamento e, in particolare, Francesco Chiarella e Alberto Roghi, stanno lavorando alacremente per definire un programma di corsi per la rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata e per la defibrillazione precoce.

Obiettivo dell'Area è di reperire le risorse economiche sia per acquisire il materiale necessario per i corsi (materiale molto sofisticato e conseguentemente costoso), sia per sostenere le spese relative alla gestione dei corsi, il cui obiettivo finale è l'addestramento di istruttori in BLS-ACLS nell'ambito dei Cardiologi dell'ANMCO, possibilmente con il marchio congiunto ANMCO-IRC, per consentire una diffusione la più ampia, seria e approfondita possibile della cultura dell'Emergenza cardiologica.

L'attività scientifica dell'Area vede, da una parte, l'analisi dei dati di due studi appena conclusi (LATIN e EMAI) e, dall'altra, l'organizzazione di due studi i cui protocolli sono stati appena approvati dal Consiglio Direttivo (EARLY e PREMIER).

Lo studio **LATIN**, i cui risultati preliminari sono stati presentati al recente Congresso di Roma dell'ottobre 1999, è in corso di analisi dettagliata dei dati raccolti e verrà presentato, fra l'altro, al prossimo Congresso dell'American College of Cardiology, nella primavera del 2000.

Lo studio **EMAI**, anch'esso, come il precedente, su pazienti con sindromi coronariche acute, sta completando l'analisi del grandissimo numero di prelievi ematici effettuati e verrà presentato al prossimo Congresso dell'ANMCO.

Lo studio **EARLY** (Early discharge After acute myocardial infarction study) valuterà le possibilità di una dimissione precoce nei pazienti con IMA non complicato, confrontando una degenza abbreviata a 5 giorni con la pratica clinica corrente. I centri partecipanti verranno randomizzati a una delle due strategie e arruoleranno 1000 pazienti per braccio: l'end-point è la riduzione dei costi ospedalieri reali, a fronte di una mancanza di eccesso di eventi nel braccio randomizzato a dimissione precoce. Si tratta di uno studio di strategia della massima importanza, a lungo pensato in molte UTIC dell'ANMCO e che finalmente potrebbe essere realizzato; deve, inoltre, essere sottolineato che si tratterebbe del primo studio di queste dimensioni, nell'intero panorama internazionale, che utilizzerebbe una dimissione precoce "reale" e non "virtuale" (cioè che dimetterebbe effettivamente in fase precoce i pazienti con IMA non complicato, invece di limitarsi a osservarne lo scarso numero di eventi clinici durante la degenza).

Lo studio **PREMIER** (Project of Rapid Evaluation of suspected acute Myocardial Ischemia in the Emergency Room), il secondo studio dell'Area approvato dal Consiglio Direttivo, vuole investigare la strategia complessiva di gestione del dolore toracico in Pronto Soccorso, attraverso il confronto, anche in questo caso, di una strategia "accelerata" di valutazione e gestione del paziente con dolore toracico di sospetta natura ischemica con la strategia di cura usuale. La strategia accelerata si basa, fra gli altri parametri, su una valutazione sia "bedside" sia laboratoristica dei marcatori di lesione miocardica. Anche in questo caso, i centri ospedalieri verranno randomizzati a una delle due strategie.

Entrambi gli studi riceveranno una generosa sponsorizzazione di Merck Sharp & Dohme Italia, che si realizzerà attraverso una modalità innovativa: la fornitura di un supporto economico a un Cardiologo non strutturato per ogni centro cardiologico e per tutta la durata dei due studi, che verranno condotti negli stessi centri e in contemporanea.

Nei prossimi mesi verranno ottimizzati i protocolli di studio e invitati a partecipare i ricercatori dei centri cardiologici dell'ANMCO; lo studio PREMIER vedrà una parte iniziale, condotta da circa 10 centri, che servirà per una valutazione di fattibilità e di velocità di arruolamento della casistica; infine, gli studi partiranno, nella primavera-estate, in accordo con gli altri studi dell'Area attualmente in corso (come lo studio **SET UP**). Questi studi, tra l'altro, consentiranno ai Cardiologi Ospedalieri di confrontare personalmente i nuovi inibitori della GP IIb/IIIa, il cui uso commerciale da parte del nostro SSN è reso possibile da provvedimenti ministeriali presi soltanto di recente.

Un caldo invito, quindi, a tutti i Soci dell'ANMCO interessati alle attività dell'Area Emergenza-Urgenza a:

- iscriversi all'Area;
- seguire le notizie sull'Area Emergenza-Urgenza che compaiono su Cardiologia negli Ospedali e sullo spazio dedicato all'Area nel sito dell'ANMCO (www.anmco.it);
- partecipare con impegno al Registro delle UTIC ed agli altri studi clinici dell'Area;
- fornire proposte, idee e suggerimenti per attività in corso o per nuove iniziative dell'Area.

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Il Progetto Cardioscreen

di Domenico Miceli

Il Progetto Cardioscreen, la più recente iniziativa dell'Area Management & Qualità, è nato per fornire la possibilità di una raccolta automatizzata dei DRG nelle Unità Operative di Cardiologia italiane e

rappresenta lo strumento per potere utilizzare il meccanismo del DRG al fine di valutare autonomamente l'attività mediante l'elaborazione statistica di una serie di indicatori: ciò consente di ottimizzare la gestione della propria Divisione e di poter disporre di un database ANMCO rappresentativo della realtà nazionale a scopo di studio.

Hanno aderito 151 centri, geograficamente distribuiti come indicato in figura; di questi, 122 sono a tutt'oggi attivi, 5 si sono ritirati. Ai 24 centri non ancora attivi è stato inviato un questionario di mancata installazione, per ora hanno risposto 3 centri, 2 dei quali contano di partire a breve. La prima scadenza stabilita per l'invio, da parte dei centri, dei dati raccolti, è dal 10 al 30 gennaio 2000.

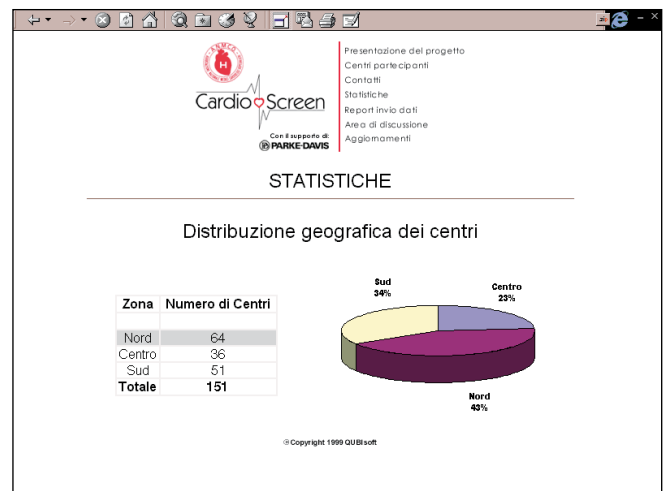
Attraverso Internet (al sito www.drg.it/cardioscreen, con la password in dotazione ad ogni centro) è possibile trovare l'elenco dei centri partecipanti, le statistiche elaborate in tempo reale sui dati raccolti da tutti i centri, eventuali aggiornamenti del software e un'area di discussione in cui scambiare informazioni, chiedere chiarimenti o dare il proprio contributo di idee al progetto: i quesiti fino ad oggi pervenuti hanno riguardato problemi strettamente tecnici legati a qualche difficoltà nell'uso

del software o incongruenze nell'attribuzione del DRG.

Tutte le osservazioni e le critiche pervenute sono state registrate e costituiranno la base per futuri perfezionamenti.

Verrà infatti fornito a breve termine un iniziale aggiornamento del software al quale seguirà, tra gennaio e febbraio 2000, un aggiornamento più consistente (anche alla luce dei primi dati che saranno raccolti) e alcune modifiche per gestire la versione 14 dei DRG e la codifica ICD-9CM di imminente introduzione.

In attesa, dunque, dei primi dati, previsti come si è detto per gennaio 2000, è doveroso esprimere un sentito ringraziamento a tutti coloro che partecipano attivamente a questa rete informatica, alla Qubisoft per il validissimo supporto tecnico e alla Parke Davis che sostiene l'iniziativa.



ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Area Management & Qualità

CENTRO STUDI ANMCO

Via La Marmora, 34 - 50121 Firenze
Tel.: 055 5001703 - Fax: 055 583400
e-mail: centro_studi@anmco.it

Comitato scientifico:

C. Schweiger (Chairman)
M. Scherillo (Co-Chairman)
C. Bellet, U. Guiducci,
A.P. Maggioni, G. Mazzotta,
F. Mazzuoli, D. Miceli, P.A. Ravazzi

Segreteria Organizzativa
e Supporto Tecnico

soluzioni tecnologiche per la sanità

QUBISOFT

soft

Piazza Salvemini, 7 - 35131 Padova
Tel.: 049 8763444 - Fax: 049 8787700
e-mail: qubisoft@qubisoft.it

Web site del progetto
www.qubisoft.it/cardioscreen

Con il supporto di

ELENCO CENTRI ADERENTI AL PROGETTO CARDIOSCREEN**ABRUZZO**

CHIETI (CH)
OSPEDALI RIUNITI SS. ANNUNZIATA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Luciano Cavasinni

LANCIANO (CH)
OSPEDALE "RENZETTI"
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Valerio Alfonso

ORTONA (CH)
OSP. CIVILE GAETANO BERNABEO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Marisa Manetta

PENNE (PE)
OSPEDALE CIVILE SAN MASSIMO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Antonietta De Finis

POPOLI (PE)
OSPEDALE CIVILE SS. TRINITÀ
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Aldo Mariani

ALTO ADIGE BOLZANO

BOLZANO (BZ)
OSPEDALE GENERALE REGIONALE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Walter Pitscheider

BASILICATA

LAGONEGRO (PZ)
OSPEDALE GENERALE DI ZONA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Rinaldo Lauletta

MATERA (MT)
OSPEDALI RIUNITI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. T. Scandiffio

VENOSA (PZ)
OSPEDALE SAN FRANCESCO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA - U.T.I.C.
Dott. Savino Barbuzzi

CALABRIA

CATANZARO (CZ)
POLICLINICO CATANZARO
U.O. MALATTIE CARDIOVASCOLARI
Dott. Francesco Perticone

PAOLA (CS)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Mario Balsano

VIBO VALENTIA (VV)
OSPEDALE CIVILE G. JAZZOLINO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Cesare Bianco

CAMPANIA

AVELLINO (AV)
OSPEDALE MULTIZONALE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giuseppe Rosato

CAVA DEI TIRRENI (SA)
OSPEDALE S. MARIA INCORONATA
DELL'OLMO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. R. Della Monica

GIUGLIANO IN CAMPANIA (NA)
OSPEDALE GENERALE DI ZONA
MODULO DI URGENZA CARDIOLOGICA
Dott. Mario Prinzi

MERCATO SAN SEVERINO (SA)
OSPEDALE CURTERI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Teodora D'Arminio

NAPOLI (NA)
OSPEDALE CARDARELLI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Osvaldo Silvestri

NAPOLI (NA)
POLICLINICO UNIV. I FACOLTÀ MEDICINA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Prof. Lucio Santangelo

NAPOLI (NA)
OSPEDALE LORETO MARE
DIV. DI CARDIOLOGIA CON UTIC
Dott. Vincenzo Ciancio

NAPOLI (NA)
OSPEDALE SAN GENNARO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Cosimo Fulgione

NAPOLI (NA)
AZIENDA OSP. VINCENZO MONALDI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Scherillo

PIEDIMONTE MATESE (CE)
OSPEDALE CIVILE AVE GRATIA PLENA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Alfonso Frasca

POZZUOLI (NA)
OSP. SANTA MARIA DELLE GRAZIE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Sibilio Gerolamo

SALERNO (SA)
O.R. S. GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Cesare Baldi

SORRENTO (NA)
OSP. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Costantino Astarita

TELESE TERME (BN)
FONDAZ. S. MAUGERI CLINICA DEL LAVORO
DIVISIONE DI RIABILITAZIONE
CARDIOLOGICA
Dott. Giuseppe Furgi

TORRE ANNUNZIATA (NA)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Francesco Di Palma

TORRE DEL GRECO (NA)
OSPEDALE AGOSTINO MARESCA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Mario Gaio

EMILIA ROMAGNA

BOLOGNA (BO)
OSP. POLICLINICO S. ORSOLA-M. MALPIGHI
ISTITUTO DI CARDIOLOGIA
Dott. Carlo Magelli

BORGIO VAL DI TARO (PR)
OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA
MODULO DI CARDIOLOGIA
Dott. Grossi Gino

CORREGGIO (RE)
OSPEDALE CIVILE SAN SEBASTIANO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Andrea Barbieri

FIDENZA (PR)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Clarisio - Dott. Buia

GUASTALLA (RE)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Gabriele Bruno

IMOLA (BO)
OSPEDALE NUOVO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Marco Fini

MODENA (MO)
OSPEDALE CIVILE SANT'AGOSTINO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Carlo Cappelli

MODENA (MO)
OSPEDALE POLICLINICO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Letizia Reggianini

PIACENZA (PC)
OSPEDALE CIVILE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Isabella Abelli

RAVENNA (RA)
OSP. CIVILE SANTA MARIA DELLE CROCI
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Roberto Casanova

REGGIO EMILIA (RE)
ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA II
Dott. M. Pantaleoni

SASSUOLO (MO)
OSPEDALE CIVILE
SEZ. AUTON. DI CARDIOL. DI SASSUOLO
Dott. Magnavacchi

FRIULI VENEZIA GIULIA

TRIESTE (TS)
OSPEDALE MAGGIORE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Patrizia Maras

UDINE (UD)
AZ. OSP. S. MARIA DELLA MISERICORDIA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Badano

LAZIO

CIVITAVECCHIA (RM)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Prof. Marco Di Gennaro

FORMIA (LT)
OSPEDALE DEL DONO SVIZZERO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Ettore Carcone

FRASCATI (RM)
OSP. SAN SEBASTIANO MARTIRE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Gabriele Giorgi

LATINA (LT)
OSPEDALE S. MARIA GORETTI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Francesco Davoli

RIETI (RI)
OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Serafino Orazi

ROMA (RM)
OSP. SAN GIACOMO IN AUGUSTA
U.O. CARDIOLOGIA - UTIC
Dott. Altamura - Dott. Lo Bianco

ROMA (RM)
I.N.R.C.A.
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Donatella Del Sindaco

ROMA (RM)
OSPEDALE SANDRO PERTINI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Massimo Tripi

ROMA (RM)
OSP. SAN PIETRO FATEBENEFRATELLI
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Prof. Fabio Ferri

ROMA (RM)
OSPEDALE SAN CAMILLO
II DIVISIONE DI CARDIOLOGIA CON UTIC
Dott. Salvatore Vajola

ROMA (RM)
C.T.O.
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Bisconti

ROMA (RM)
OSPEDALE SAN GIOVANNI
UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA
Dott. Boccanelli - Dott.ssa Fiorillo

ROMA (RM)
OSPEDALE SAN CAMILLO
I DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Angelo Chiantera

ROMA (RM)
OSPEDALE SANT'EUGENIO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Quinto Tozzi - Dott. Barbato

LIGURIA

GENOVA (GE)
OSPEDALI CIVILI DI GENOVA
I DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Lorenzo Borgo

GENOVA-SAMPIERDARENA (GE)
OSP. CIVILI DI SAMPIERDARENA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. E. Boero

IMPERIA (IM)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. S. Acquarone

PIETRA LIGURE (SV)
OSPEDALE SANTA CORONA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. M. Baccino

RAPALLO (GE)
OSPEDALE GENERALE DI ZONA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Orlandi Sandro

SARZANA (SP)
OSPEDALE SAN BARTOLOMEO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Daniele Bertoli

LOMBARDIA

BRESCIA (BS)
OS. SANT'ORSOLA FATEBENEFRATELLI
SEZ. AUTONOMA DI CARDIOLOGIA
Dott. Rusconi - Dott. C. Oneglia

CHIARI (BS)
OSPEDALE CIVILE MELLINI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Franco Bortolini

CREMA (CR)
OSPEDALE MAGGIORE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Tommaso Diaco

FASANO DEL GARDA (BS)
PRESIDIO FASANO d/G - OSP. CIVILI BRESCIA
DIV. DI CARDIOL. RIABILITATIVA
Prof. Brunello Cerri

MANTOVA (MN)
PRESIDIO OSPEDALIERO C. POMA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giampaolo Guerra

MERATE (LC)
OSPEDALE DI CIRCOLO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA

MILANO (MI)
OSPEDALE FATEBENEFRATELLI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Marco Negrini

MILANO (MI)
ISTITUTI CLINICI PERFEZIONAMENTO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Renzo Zanettini

MILANO (MI)
OSPEDALE NIGUARDA
I DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Maria Frigerio

MILANO (MI)
OSP. S. LUCA-CENTRO AUXOLOGICO
DIV. DI RIAB. E MAL. CARDIOVASCOLARI
Dott. Mario Facchini

MILANO (MI)
OSPEDALE SAN PAOLO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Alessandro Verzoni

MONZA (MI)
OSPEDALE SAN GERARDO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Franco Valagussa

PAVIA (PV)
FONDAZ. S. MAUGERI CLINICA DEL LAVORO
DIV. DI RIABILITAZIONE CARDIORESP.

SARONNO (VA)
OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Paola Antognini

VARESE (VA)
OSPEDALE DI CIRCOLO Fondazione
Macchi Varese
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Alberto Limido

MARCHE

ANCONA (AN)
OSPEDALE REGIONALE G. LANCISI
II DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. D. Gabrielli - Dr. Scipione

ASCOLI PICENO (AP)
OSP. GEN.LE PROV.LE C.G. MAZZONI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Domenico Delfino

MACERATA (MC)
OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Alfredo Mori

URBINO (PS)
OSP. S. MARIA DELLA MISERICORDIA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Tarsi

MOLISE

ISERNIA (IS)
OSPEDALE F. VENEZIALE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Ulisse Di Giacomo

PIEMONTE

ACQUI TERME (AL)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Pier Luigi Roncarolo

ALBA (CN)
OSPEDALE CIVILE SAN LAZZARO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Francesco Matta

ALESSANDRIA (AL)
AZ. OSP. SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO
DIP. MALATTIE CARDIOVASCOLARI
Dott. Varosio

BORGOSIESA (VC)
SS PIETRO E PAOLO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Roberto Negro

NOVARA (NO)
OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ
II DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Raffaella Fetiveau

ORBASSANO (TO)
OSPEDALE SAN LUIGI GONZAGA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Francesco Pecchio

PINEROLO (TO)
OSPEDALE CIVILE E. AGNELLI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Diego Sappo

TORINO (TO)
OSPEDALE EVANGELICO VALDESE
UNITÀ OPER. AUTONOMA DI CARDIOLOGIA
Dott. Nicola Massobrio

TORINO (TO)
OSPEDALE MARTINI
U.O. CARDIOLOGIA/UTIC
Dott. Bruno Zampaglione

VERBANIA (VB)
STABILIMENTO OSPEDALIERO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. R. Glenzer

PUGLIA

BARI (BA)
OSPEDALE SAN PAOLO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Nicola Locuratolo

BARI (BA)
OSP. CONSORZIALE POLICLINICO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Carlo D'Agostino

BARI-CARBONARA (BA)
OSPEDALE DI VENERE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giuseppe Scalera

BARLETTA (BA)
OSPEDALE UMBERTO I
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giuseppe Sarcina

BRINDISI (BR)
OSPEDALE A. DI SUMMA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. A. Storelli

CERIGNOLA (FG)
OSPEDALE CIVILE T. RUSSO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Antonio Calò

FOGGIA (FG)
OSP. COLONNELLO D'AVANZO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Giuseppe Mastrangelo

FRANCAVILLA FONTANA (BR)
OSP. CIVILE DARIO CAMBERLINGO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giuseppe Vecchio

LECCE (LE)
OSPEDALE VITO FAZZI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Antonio De Giorgi

MAGLIE (LE)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Franco Cavalieri

PUTIGNANO (BA)
OSPEDALI RIUNITI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. De Martino

SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)
OSP. CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. G.P. Perna

SCORRANO (LE)
OSP. IGNAZIO VERIS DELLI PONTI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Leo Varsano

TARANTO (TA)
OSPEDALE SS. ANNUNZIATA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giovanni Polimeni

SARDEGNA

CAGLIARI (CA)
AZ. OSP. "G. BROTTU" - S. MICHELE HOSPITAL
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Pierpaolo Giua Marassi

NUORO (NU)
OSPEDALE SAN FRANCESCO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA ED UTIC

SASSARI (SS)
OSPEDALE SS. ANNUNZIATA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giuseppe Sabino

SICILIA

CALTAGIRONE (CT)
OSP. GENERALE PROVINCIALE GRAVINA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Dario Malfitano

CATANIA (CT)
OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Antonio Circo

LICATA (AG)
OSP. SAN GIACOMO D'ALTOPASSO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Raffaele Terrazzino

MAZARA DEL VALLO (TP)
OSPEDALE A. AJELLO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Fiore

PALERMO (PA)
PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA SOFIA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Vincenzo Cirrincione

PALERMO (PA)
OSPEDALE G.F. INGRASSIA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Francesco Clemenza

RAGUSA (RG)
OSPEDALE CIVILE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA

TOSCANA

AREZZO (AR)
OSPEDALE SAN DONATO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Luca Tegli

EMPOLI (FI)
OSPEDALE CIVILE SAN GIUSEPPE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Andrea Taiti

FIRENZE (FI)
AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI
UNITÀ OPERATIVA CARDIOLOGICA 2
Dott. Francesco Mazzuoli

GROSSETO (GR)
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Manusia - Dott. Mazza Rone

LIVORNO (LI)
OSPEDALI RIUNITI
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA

LUCCA (LU)
OSPEDALE CIVILE
UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA
Dott. Lorenzoni

PESCIA (PT)
OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Stefano Gabbani

PONTEREDERA (PI)
OSP. GENERALE PROVINCIALE LOTTI
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Lattanzi - Dott. Reisenhofer

PRATO (PO)
OSPEDALE MISERICORDIA E DOLCE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Prof. Roberto Piero Dabizzi

UMBRIA

ORVIETO (TR)
OSPEDALE S. MARIA DELLA STELLA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Giampiero Giordano

PERUGIA (PG)
POLICLINICO MONTELUCE
U.O. CARDIOLOGIA
Dott. M. Cocchieri

SPOLETO (PG)
OSP. SAN MATTEO DEGLI INFERMI
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA CON UTIC
Dott. Tramontana

TERNI (TR)
OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Francesco Zumbo

VALLE D'AOSTA

AOSTA (AO)
OSPEDALE GENERALE REGIONALE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Giorgio Begliuomini

VENETO

BELLUNO (BL)
OSPEDALE CIVILE
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Tarantini

BOVOLONE (VR)
OSPEDALE CIVILE SAN BIAGIO
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Angiolina Pasini

CAMPOSAMPIERO (PD)
OSPEDALE CIVILE PIETRO COSMA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Attilio Di Marco

MESTRE (VE)
OSPEDALE CIVILE UMBERTO I
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Guerrino Zuin

MIRANO (VE)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Zanocco Albino

MONSELICE (PD)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI RIABIL. CARDIOLOGICA
Dott. Giancarlo Raffo

MONTEBELLUNA (TV)
OSPEDALE CIVILE CARRETTA
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Maurizio Baldo

PADOVA (PD)
AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott.ssa Luisa Cacciavillani

ROVIGO (RO)
PRESIDIO OSPEDALIERO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Roncon

SAN BONIFACIO (VR)
OSPEDALE CIVILE
UNITÀ OPERATIVA DI CARDIOLOGIA
Dott. Emanuele Carbonieri

SAN DONÀ DI PIAVE (VE)
OSPEDALE CIVILE
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA
Dott. Loredano Milani

THIENE (VI)
STABILIM. OSPEDALIERO BOLDRINI
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
Dott. Leone Rossi

ZEVIO (VR)
OSPEDALE CHIARENZI
DIVIS. DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA
Dott. Maurizio Volterrani

AREA NURSING

Dal Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing

Verbale della Riunione del 26/10/99

Presenti:

Fabrizio Ammirati, Nerella Buzzoni, Vincenzo Cirrincione, Rosalia Conigliaro, Patrizia Maras, Leonardo Odoguardi, Carmine Riccio

La Riunione inizia alle ore 9.30.

Il Chairman informa i componenti del Coordinamento sulle attività svolte in questi ultimi mesi: Manuale di Management per Infermieri, organizzazione del Corso sullo Scompenso Cardiaco (tenutosi presso il Learning Center il 27 e 28 ottobre), elaborazione di un poster sulle attività dell'Area per il Congresso Europeo di Barcellona, Corso Learning su Elettrocardiografia, e il Corso BLS e defibrillazione precoce di Milano a settembre, e quello, già definito a Bari a novembre.

A proposito di questo tema il Coordinamento dell'Area conviene sulla necessità di rendere autonoma l'Associazione nel campo della formazione in BLS e ACLS.

Si identificano quindi le strategie e le metodologie di lavoro dell'Area per la fine del 1999 e per il prossimo anno. Si concorda la costituzione di una rete di comunicazione e attività con le Regioni per sviluppare localmente le progettualità, e a tal fine si ritiene necessario individuare per ogni Regione un gruppo di referenti, medici e non medici, con cui stabilire i livelli di informazione e di lavoro, ovviamente in stretto contatto con il Delegato Regionale e il Direttivo Regionale. Si decide di centralizzare l'identificazione dei referenti per evidenziare la non ufficialità della nomina, e potere procedere con celerità nel ricambio dei referenti stessi, appena concluse le attività loro affidate. Il compito di costruire questa rete è affidato alla Dott.ssa Maras.

Si ritiene importante, per la diffusione dell'informazione, la creazione di un Supplemento semestrale a Cardiologia negli Ospedali dedicato agli infermieri. Al Dott. Odoguardi viene chiesto di occuparsi del materiale da pubblicare sul Bollettino, ed eventualmente, nel caso in cui il Direttivo concordi con la suddetta proposta, del Supplemento stesso.

Si decidono le proposte per il Congresso 2000 e per il Learning Center del 2000. La responsabilità organizzativa delle giornate congressuali viene affidata al Dott. Ammirati e alla Sig.ra Buzzoni; quella del Learning Center al Dott. Riccio e alla Sig.ra Conigliaro.

Per quanto riguarda il Congresso l'Area avanza al Direttivo le seguenti richieste:

1. Possibilità di pubblicizzazione delle giornate su Internet e sulle riviste IPASVI (a carico organizzativo dell'Area stessa).
2. Rendere gratuita l'iscrizione per gli infermieri e i tecnici.
3. Recupero (sempre a carico organizzativo dell'Area) di strutture alberghiere a poco prezzo da offrire ai partecipanti da inserire sul programma.
4. Introdurre anche per gli infermieri la sessione "comunicazioni & panino" (a carico ANMCO).

5. Aggiungere una sessione (dalle 10.15 alle 12.00 di martedì 23 maggio).

Si discute quindi dei livelli di collaborazione con le altre Aree dell'ANMCO, con cui abbiamo lavorato su alcuni importanti iniziative (Manuali di Management con l'Area Management & Qualità, il Corso sullo Scompenso con l'Area Scompenso), che il Coordinamento considera prioritaria nelle sue scelte strategiche. Di questa attività si interesserà il Dott. Cirrincione.

È convocata una seconda Riunione del Coordinamento dell'Area per il 4 dicembre 1999 a Napoli, in occasione del Congresso Regionale della Regione Campania, alla quale sono già invitati i componenti, per definire la strutturazione delle iniziative in corso.

La Riunione si conclude alle ore 16.00.

• • •

Verbale della Riunione del 04/12/99

Presenti:

Fabrizio Ammirati, Nerella Buzzoni, Vincenzo Cirrincione, Rosalia Conigliaro, Patrizia Maras, Leonardo Odoguardi, Carmine Riccio

La Riunione inizia alle ore 13.30.

Si prende atto con soddisfazione dell'accoglienza, in linea generale, da parte del Direttivo Nazionale ANMCO delle richieste espresse nel verbale precedente.

Si definisce la strutturazione dei corsi Learning proposti dall'Area. Vengono individuati cinque corsi intramurali (due su l'elettrocardiografia, uno su "protocolli terapeutici e pratica clinica nella gestione del farmaco", un corso base di elettrofisiologia ed elettrostimolazione, un corso sulla prevenzione della cardiopatia ischemica), e cinque extramurali (quattro corsi di formazione sullo scompenso cardiaco, in Sicilia, Toscana, Lazio, e Triveneto) e un corso di riabilitazione in Campania.

Si passa quindi a discutere sulla struttura del prossimo Congresso Nazionale.

Si stabilisce di proporre un Simposio sull'accoglienza come criterio di qualità, un altro sull'assistenza infermieristica ai pazienti sottoposti a procedure invasive, si tratterà quindi di riabilitazione cardiologica, di accreditamento e di trapianto cardiaco.

Si discute quindi dell'impostazione del Bollettino Nursing. Emergono alcune questioni amministrative che saranno affrontate con la Segreteria ANMCO.

Per quanto riguarda l'attività per il prossimo anno il Coordinatore propone di definire i protocolli più importanti di assistenza infermieristica, attraverso la istituzione di Commissioni paritetiche, medici e infermieri, che possano studiare le problematiche connesse e proporre alla comunità cardiologica alcuni modelli assistenziali che possono essere utilizzati su scala nazionale.

Si invitano peraltro gli aderenti all'Area e i Soci a proporre argomenti di interesse generale.

La Riunione si conclude alle ore 19.00.

**Dai primi del 2000 uscirà
CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI NURSING
indirizzato all'informazione
degli Infermieri Professionali**

AREA PREVENZIONE

Stato di avanzamento del programma di attività

di

Diego Vanuzzo - Chairman

Sergio Pede - Co-Chairman

1. II Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica

La manifestazione, tenutasi a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità dal 19 al 21 aprile 1999, ha avuto un buon successo. Grazie al lavoro della Segreteria Scientifico-Operativa, in tempi molto stretti si è riusciti a mettere a disposizione di tutti i soci presenti al Congresso ANMCO (30 maggio-2 giugno 1999) sia le *Linee Guida Internazionali e Nazionali sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica* (tutte in lingua Italiana), sia gli *Atti della Conferenza* pubblicati come *Supplemento del Giornale Italiano di Cardiologia*.

I contenuti della Conferenza sono stati ripresi, durante il Congresso Nazionale in un *Luncheon Symposium* che ha registrato una soddisfacente partecipazione.

Nei mesi successivi è stato prodotto un *CD-ROM* con le Linee Guida, gli Atti, le diapositive presentate alla Conferenza, con una sintesi operativa della stessa; il *CD-ROM* costituisce lo strumento di base per il *programma di diffusione territoriale* che sarà articolato in 300 seminari da tenersi su tutto il territorio nazionale tra l'autunno 1999 e la primavera 2000. I seminari saranno tenuti dai 100 Cardiologi formati in un *Corso Applicativo* tenutosi a Viareggio nei giorni 21-22 dello scorso mese di ottobre; sedi e date dei seminari saranno definite dai Delegati Regionali dell'Associazione in accordo con i Responsabili Regionali dell'Azienda Farmaceutica Guidotti, sponsor dell'iniziativa.

2. Convegno "Worldwide Endeavours in Cardiovascular Epidemiology and Prevention"

Si è tenuto a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità nei giorni 6-7 settembre 1999 ed è stato un vero successo anche se la partecipazione degli Associati ANMCO è stata del tutto insufficiente. Gli Atti saranno pubblicati sull'*International Journal of Epidemiology* e si pensa di farne una sintesi in italiano da pubblicare sul *Supplemento dell'Italian Heart Journal* per fare recuperare agli aderenti la splendida messa a punto che hanno perduto.

3. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano

Trentacinque Centri hanno completato le operazioni previste dal protocollo operativo ed i risultati preliminari sono stati oggetto di due pubblicazioni sul *Giornale Italiano di Cardiologia*, uno nel 2° Supplemento ed uno nel numero di Dicembre 1999.

Degli altri nove Centri, due, Torino e Catania, stanno avviando la propria attività in queste settimane mentre gli altri sette dovranno essere selezionati ed avviati nei primi mesi del 2000. L'Azienda Farmaceutica Pfizer, sponsor dell'iniziativa, ha garantito la copertura finanziaria per questa operazione.

Presso l'Istituto Superiore di Sanità è stato messo a punto il modello per stimare la prevalenza e l'incidenza della patologia coronarica nelle Regioni italiane, sia pure nei soggetti dai 25 ai 64 anni, in base ai dati di follow-up del MONICA Friuli e MONICA Latina che collaborano all'iniziativa. Con il completamento della raccolta dei dati sui fattori di rischio e delle stime regionali si prevede di realizzare l'*Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari* entro il 2000.

4. Studio SPS

Coordinato dal Past-Chairman, F. Valagussa, lo Studio è stato allargato a SIC ed ANCE e per tale ragione registra qualche mese di ritardo per l'avvio della fase attuativa in attesa che si completi la fase di formazione dei Cardiologi, che dovranno coordinare la raccolta dei dati da parte dei *Gruppi Territoriali di Ricerca*.

5. Collana Prevenzione Cardiovascolare nella Pratica Cardiologica e Scientific Newsletter dell'Area

Il Comitato di Coordinamento dell'Area, nell'ultima riunione tenutasi a Lecce, ha preso atto della indicazione, formulata dal Consiglio Direttivo dell'Associazione e dal Co-Direttore dell'*Italian Heart Journal*, P. Giannuzzi, di usufruire del Supplemento del Giornale per diffondere l'informazione scientifica sulla prevenzione.

Pertanto ha deciso di non procedere alla pubblicazione della *Scientific Newsletter* e di sostituire la Collana *Prevenzione Cardiovascolare nella Pratica Cardiologica* con una serie di *Supplementi dell'Italian Heart Journal*; per questi *Supplementi* sono allo studio i seguenti argomenti:

- *La gestione ambulatoriale cardiologica dei pazienti ipertesi*
- *Epidemiologia cardiovascolare: i risultati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano*
- *Lipidologia per il Cardiologo*
- *Diabetologia per il Cardiologo*
- *La disassuefazione dal fumo.*

6. Catalogo computerizzato per l'Educazione Sanitaria e la Promozione della Salute Cardiovascolare

Si stanno ricercando le risorse per procedere alla rea-

lizzazione di questo importante strumento di formazione; l'obiettivo potrebbe essere raggiunto nella seconda metà del 2000.

7. PROGETTO IPERTENSIONE

(a) È stato definitivamente acquisito il finanziamento per il **Software "Ipertensione Arteriosa e Cardiologia Preventiva"**; nei prossimi mesi se ne inizierà la distribuzione mediante *riunioni di istruzione*, che si terranno a Firenze presso il Learning Center per gruppi di 20-25 Cardiologi individuati tra i *Referenti degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa* ed operanti nelle Strutture Cardiologiche che hanno dato la propria adesione al progetto di **Rete Italiana degli Ambulatori Cardiologici per l'Ipertensione Arteriosa**, distribuite sul territorio nazionale così come riportato nella allegata cartina.

(b) In occasione di queste riunioni sarà anche distribuito il **Manuale "La gestione ambulatoriale cardiologica dei pazienti ipertesi"**, che sarà pubblicato come Supplemento di uno dei primi numeri dell'*Italian Heart Journal*.

(c) Si sta procedendo anche alla produzione di un *set di diapositive*, che riporti i contenuti delle **Linee Guida Diagnostico-Terapeutiche "Ipertensione Arteriosa e Patologia Cardiaca"**; ognuna delle tre Associazioni (ANMCO, SIC, SIIA), che ha partecipato alla stesura delle Linee Guida disporrà di un certo quantitativo di questo set e potrà farne l'uso che riterrà più opportuno; l'ANMCO pensa di utilizzarlo come strumento di formazione.

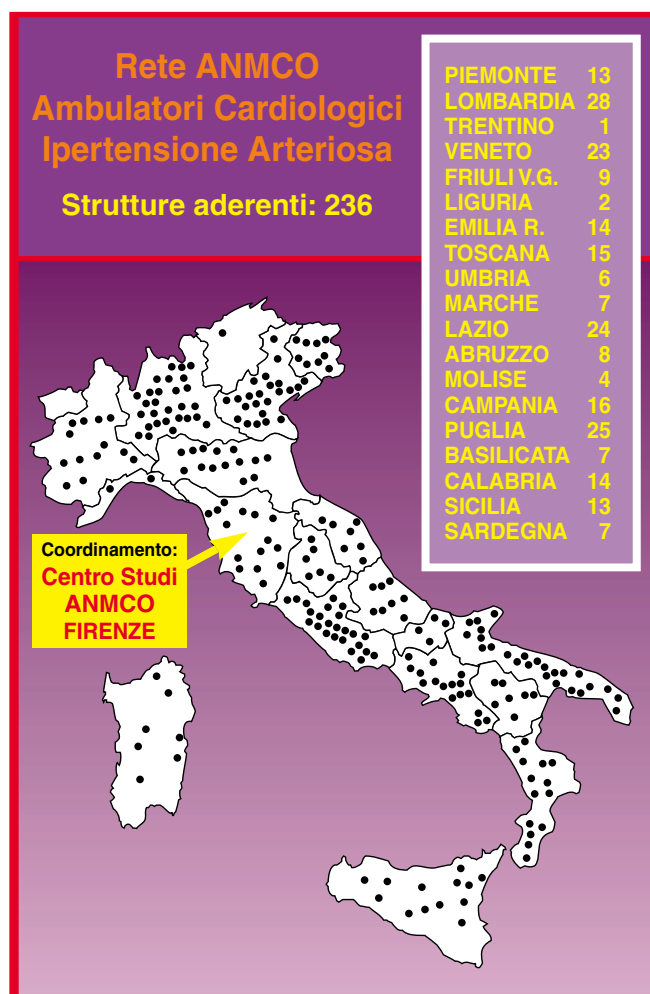
(d) Nei giorni 23 e 24 novembre si è tenuta presso il Learning Center la **III Edizione del Corso "La gestione ambulatoriale dei pazienti ipertesi"**; vi hanno partecipato 30 Cardiologi, che si aggiungono a quelli delle due precedenti Edizioni e portano a 100 il numero dei Cardiologi, che si sono formati con le stesse modalità su aspetti scientifici e gestionali di una patologia, che, notoriamente, impegna una consistente parte di risorse del Sistema Sanitario. Questo aspetto riveste particolare importanza in funzione del fatto che l'*Attività di Formazione del Progetto Ipertensione* deve fare a meno del *Progetto GACIA* e dunque il Corso "La gestione ambulatoriale dei pazienti ipertesi" è stato strutturato in modo da fornire anche gli elementi operativi per l'*interazione collaborativa tra Cardiologi Referenti degli Ambulatori dedicati e Medici di Medicina Generale*, sostituendosi in tal modo al *Progetto GACIA*.

(e) Sulla base dei dati raccolti con la distribuzione dello

specifico questionario si è deciso attivare il **Gruppo di Lavoro "Ipertensione Arteriosa in età pediatrica e giovanile"**; sarà coordinato da *Iva Pollini* della Cardiologia Pediatrica dell'Ospedale Meyer di Firenze, che ha avanzato la proposta nei mesi scorsi e che prenderà contatti operativi con i Referenti dei 19 Ambulatori dedicati, che hanno fornito i dati con il suddetto questionario; il Gruppo è aperto a tutti coloro che siano interessati all'argomento e l'adesione va semplicemente comunicata a *Monica Lorimer*, responsabile della Segreteria delle Aree presso la sede nazionale.

(f) L'*Attività di Ricerca del Progetto Ipertensione* si articola attualmente in tre **Studi di Progetto**:

- **Studio MAVI**: il 31 dicembre 1999 si conclude la fase di follow-up; tutti i ricercatori sono impegnati nella raccolta conclusiva dei dati, che saranno successivamente divulgati secondo modalità che deciderà il Comitato Scientifico;
- **Studio IMPRESSIVE**: procede l'arruolamento dei pazienti;
- **Studio di valutazione ECG-rafica dell'IVS**: il protocollo è definito e l'arruolamento dei pazienti sarà avviato nei prossimi 2-3 mesi.



NOTIZIE

Le Unità Coronariche del Triveneto in Rete (Progetto RUTA)

di Loris Roncon

Il progetto RUTA (acronimo per Rete delle UTIC Triveneto ANMCO), nasce nel 1998 da una esigenza condivisa da tutti i Cardiologi del Triveneto, di confrontarsi, colloquiare, rendere i comportamenti clinici più omogenei.

Uno strumento utile a tale scopo era individuato nel collegamento in rete attraverso Internet delle UTIC, con obiettivo iniziale nella creazione di un registro epidemiologico di tutti i pazienti ricoverati in tale reparto con particolare riguardo alla cardiopatia ischemica.

La scelta di questo obiettivo, considerato iniziale, era legata da una parte alla possibilità di avere un progetto molto contenuto e quindi accessibile anche a quei Centri con poca "esperienza informatica", dall'altro, di poter usufruire di esperienze analoghe e già validate, quali il registro epidemiologico delle unità coronariche presente in Svezia.

Il Dott. Wallentin, ideatore ed attuale coordinatore di tale registro, invitato ad un incontro a Padova, oltre ad illustrare le possibilità ed i vantaggi che si possono ricavare dal collegamento in rete delle UTIC, forniva al Gruppo di Studio composto dai Dott. Bottero (Vicenza), Buchberger (Montebelluna), Bridda (Belluno), Bruni (Treviso), Carlon (Cittadella), Cassin (Pordenone), Dei Tos (Conegliano), Di Chiara (Udine), Gregori (Udine), Milani (San Donà di Piave) e Roncon (Rovigo), importanti e pratiche indicazioni sui dati da utilizzare nel registro.

Un punto importante del progetto è stato quello di raccordarsi con la Commissione per le Tecnologie dell'informazione dell'ANMCO per rendere compatibile il software RUTA con quello del G8 ANMCO Registro delle UTIC.

Questo offre la possibilità per i partecipanti del Triveneto al Registro Nazionale di utilizzare i dati raccolti in completa interoperabilità con il progetto RUTA.

I vantaggi che la realizzazione di un tale progetto può dare sono molteplici e vanno dalla possibilità di avere uno strumento di verifica interno, al confronto con altre Unità operative, all'analisi del comportamento con dati nel "mondo reale", alla creazione infine di una rete permanente informatizzata utilizzabile per altri studi di epidemiologia clinica, farmacovigilanza, ecc.

Sino ad ora hanno aderito al progetto più di 31 centri e nelle varie riunioni tenutesi si sono dapprima identificati i campi di ricerca, si è costituito il Comitato Scientifico coordinato dal Dott. P. Zoncin (Rovigo) e composto dai Dott. L. Roncon (Rovigo, Segretario), M. Bottero (Vicenza), R. Buchberger (Montebelluna), R. Carlon (Cittadella), A. Di Chiara (Udine), P. M. Fioretti (Udine).

Il software, attualmente in prova nella versione definitiva presso cinque centri, prevede una parte generale di anagrafi-

ca per tutti i pazienti ricoverati in UTIC. Per quelli con diagnosi di infarto miocardico acuto, si aprono campi specifici riguardanti i fattori di rischio cardiovascolare, la fase preospedaliera con particolare riguardo ai tempi precoronarici, la fase ospedaliera con la classe Killip, i parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa), le sedi e tipo di alterazioni ecgrafiche, la terapia praticata (trombolisi, PT-CA), gli enzimi cardiaci con descrizione del picco massimo raggiunto, la valutazione della cinetica ventricolare con ecardiogramma ed un elenco delle complicanze.

Un capitolo è riservato alla stratificazione prognostica predimissione con il tipo di test usato ed i risultati ottenuti.

Per la dimissione, che riguarderà tutti i pazienti ricoverati in UTIC, vengono inserite le procedure diagnostiche e le diagnosi codificate con ICD9CM. Tale scelta è stata motivata dalla necessità di non aggravare il lavoro del medico con codifiche di altro tipo visto che tale classificazione viene richiesta nella compilazione della scheda nosologica.

La terapia farmacologica occupa una scheda a parte comprendente una lista dei vari farmaci cardiovascolari con la richiesta di indicare se il paziente li assumeva prima del ricovero, durante il ricovero od alla dimissione.

Una volta raccolti, i dati vengono trasferiti via Internet al data base centrale presso il Cilea (Milano).

Ciascun Centro potrà vedere direttamente i dati del proprio Centro o quelli cumulativi di tutti i Centri partecipanti resi anonimi.

Analisi specifiche o richieste di ricerca particolari potranno essere formulate da tutti i partecipanti inviandole al Comitato Scientifico.

Noi crediamo che esperienze di questo tipo, come già in atto d'altronde in altre Regioni, abbiano notevoli ricadute sul piano assistenziale per i pazienti con un miglior utilizzo delle risorse ed un continuo aggiornamento e confronto dei propri comportamenti con quello di altre strutture, siano di sviluppo per la nostra Associazione creando un legame continuo di scambi culturali e professionali fra i vari Cardiologi, permettano un salto qualitativo, interpretando lo spirito della nascente Federazione di Cardiologia, come una collaborazione fra strutture diverse pur nel rispetto della propria individualità associativa ed organizzativa, ma con il forte legame di tipo culturale e di continuo miglioramento assistenziale quale i Cardiologi del Triveneto e dell'Italia in generale desiderano.

Venerdì 4 febbraio 2000,

**si terrà a Zerman di Mogliano (Treviso)
presso Villa Braida il Convegno dal titolo**

**INIBITORI DEI RECETTORI PIASTRINICI GPIIb/IIIa:
DAI GRANDI TRIAL ALLA PRATICA CLINICA**

Segreteria Scientifica

PRESIDIO OSPEDALIERO CA' FONCELLO - TREVISO
DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE
DIRETTORE PROF. PAOLO STRITONI

Segreteria Organizzativa

I & C S.R.L.
VIA A. COSTA, 2 - 40134 BOLOGNA
TEL. 051 6144004 - FAX 051 6142772

DALLE REGIONI

CAMPANIA

Dal 2 al 4 dicembre 1999 si terrà in Napoli all'Hotel Parker (Corso Vittorio Emanuele) il 1° Congresso congiunto (interregionale) ANMCO-SIC. Sono state superate antiche diffidenze ed oggettive difficoltà per poter riunire queste due importanti Società Scientifiche in una manifestazione culturale unitaria.

La realizzazione di questo Congresso, che si innesta su di una lunga ed ormai consolidata consuetudine delle due Società campane a promuovere manifestazioni congressuali di notevole livello organizzativo e culturale, è stata resa possibile dalla volontà del Direttivo Regionale ANMCO della Campania e dall'apertura e lungimiranza del Prof. Corrado Tritto, Past President della SIC Campania, e del Prof. Massimo Chiariello, Ordinario della cattedra di Cardiologia dell'Università Federico II di Napoli ed attuale Presidente Regionale della SIC Campania, nonché dall'incoraggiamento del Prof. Nicola Mininni, Presidente Nazionale ANMCO.

Il Convegno si articola in simposi scientifici ed organizzativi, in meetings relativi ad attuali controversie in Cardiologia, luncheon panels ed in numerose sedute di comunicazioni. Gli argomenti in programma vanno dal tema della prevenzione alla luce delle moderne acquisizioni alle sindromi coronariche acute, dallo scompenso cardiaco alle aritmie, dalle strategie diagnostiche e terapeutiche all'orizzonte alle controversie in Cardiologia e Cardiochirurgia. Un simposio a sé stante tratterà dei problemi dell'organizzazione sanitaria oggi e della formazione dello specialista Cardiologo.

A questo Simposio ha assicurato la sua partecipazione l'Assessore alla Sanità della Regione Campania. Interverranno Cardiologi e Cardiochirurghi tra i più noti del nostro Paese. Il Prof. Schwartz ed il Prof. Giannuzzi terranno ciascuno una lezione magistrale. Infine, seguendo la tradizione della nostra Associazione, non mancherà uno spazio per la formazione degli infermieri.

Questa nostra iniziativa di organizzare un Congresso congiunto tra le due Società si iscrive nella tendenza che vede ANMCO e SIC operare insieme nella Federazione Italiana di Cardiologia, espressione unitaria della Cardiologia Italiana.

IL DELEGATO REGIONALE
DOMENICO ROTIROTI

EMILIA-ROMAGNA

Studio AI CARE 2

Nel 1995 è stato organizzato in Emilia-Romagna dall'ANMCO Regionale lo studio AI CARE, che rappresenta la prima indagine italiana sui percorsi diagnostico-terapeutici nei pazienti con angina instabile (Marzaloni M. et al., G. Ital. Cardiol., 1998).

L'attuale Consiglio Direttivo della nostra Regione sta organizzando lo studio AI CARE 2, che ha lo scopo di indagare gli attuali percorsi e comportamenti diagnostici e terapeutici nei pazienti con affezioni coronariche acute, confrontandoli con quelli del precedente studio AI CARE. Riteniamo infatti di indubbio interesse sia rivalutare la situazione a distanza di cinque anni (in epoca di accreditamento, appropriatezza e corretta allocazione delle risorse), sia cercare di interpretare quanto le Linee Guida, il progresso delle conoscenze, i dibattiti in corso su un utilizzo più o meno estensivo delle procedure invasive abbiano condizionato i comportamenti.

Nell'AI CARE 2 verranno arruolati, oltre ai pazienti con angina instabile, anche quelli con infarto miocardico acuto Q e non Q al fine di una valutazione più estensiva sui nostri comportamenti nei pazienti con affezioni coronariche acute. È prevista anche una indagine sui costi ed i risultati potrebbero essere motivo di proposte per adeguare i rimborsi.

Per condurre questo studio stiamo realizzando, grazie alla collaborazione della *Merck Sharp & Dohme*, la messa "in rete" di tutti i reparti di Cardiologia della Regione, che anticipa quella della Cardiologia Italiana nell'ambito del progetto G8 Cardio e ne facilita l'introduzione. Stiamo creando inoltre un sito Web dell'ANMCO Regionale che sarà collegato a quello nazionale, quando quest'ultimo sarà aggiornato.

Il protocollo dello studio è stato discusso in Assemblea il 20 ottobre ed i pazienti saranno arruolati in modo consecutivo nel periodo 2 gennaio - 28 febbraio 2000; dopo la dimissione saranno poi osservati per un periodo di sei mesi.

PAOLO ALBONI (DELEGATO), FLAVIO BOLOGNA,
ROBERTO CASANOVA, MARIO DE BLASI,
OSCAR GADDI, FRANCESCO MELANDRI, FILIPPO OTTANI

DALLE REGIONI

LAZIO

NOTIZIE

Lo studio OESIL (Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nella Regione Lazio) è stato completato anche nella seconda fase, e accettato per la pubblicazione dall'European Heart Journal.

Lo studio condotto dai colleghi Cardiologi di 16 Ospedali della Regione Lazio, ha dimostrato che i pazienti ricoverati per "sincope" nel 60% dei casi vengono dimessi senza una diagnosi eziologica precisa, nonostante l'effettuazione "a pioggia" di numerosi accertamenti strumentali orientati verso settori clinici diversi a testimonianza di una confusione metodologica.

La seconda fase, di tipo propositivo ha cercato di incidere sulla gestione intraospedaliera dei pazienti ricoverati con sincope, proponendo l'applicazione di una flow-chart semplificata che guidasse una scelta più razionale degli esami strumentali da effettuare, al fine di raggiungere una migliore identificazione dell'eziologia della sincope. Un approccio ha permesso di ridurre a solo il 18% le sincope non diagnosticate, evitando di effettuare molti esami che sarebbero risultati inutili ancorché costosi.

Lo studio OESIL frutto di fattiva collaborazione di colleghi di diversi ospedali ha permesso di comprendere meglio la dimensione di un problema clinico rilevante, ha verificato la validità di una Linea Guida diagnostica proposta.

Un elogio va fatto a tutti i colleghi che hanno fattivamente partecipato a questo studio e in particolare al Coordinatore Dott. Fabrizio Ammirati.



Il Consiglio Direttivo Regionale ha approvato su proposta del Consigliere Carunchio, uno studio Osservazionale Epidemiologico sull'abitudine tabagica dei giovani.

Tale studio, su iniziativa della Dott.ssa G. Greco e del Dott. Carunchio dell'Ospedale S. Spirito, sarà condotto in collaborazione fra l'ANMCO Laziale - la Regione Lazio - il Comune di Roma - l'Associazione Italiana Pneumologici Ospedalieri.

Obiettivi dello studio sono:

1. Conoscere l'entità del problema nella Regione Lazio in termini di prevalenza e correlazione con variabili demografiche, socio-culturali e psicosociali.
2. Diffondere la conoscenza sul problema agli insegnanti.

Tutti i colleghi della Regione Lazio sono invitati a partecipare, a tale scopo è stato inviato a tutti i Soci un documento conoscitivo.

Sull'onda del successo riportato dal Simposio Cardiologico-Cardiochirurgico svoltosi nell'Aula Magna dell'Ospedale S. Camillo in Roma nel maggio 1998, anche quest'anno il Direttivo Regionale ANMCO del Lazio in collaborazione con l'Area Cardiochirurgica dell'ANMCO, si è voluto cimentare nell'organizzare il Simposio "Le Nuove Frontiere della Cardiochirurgia - Il Cardiologo incontra il Cardiochirurgo".

Anche questa manifestazione culturale come la precedente si è svolta nell'Aula Magna dell'Ospedale S. Camillo in Roma, è stata coronata da successo di pubblico.

Le relazioni sono state seguite attentamente dall'uditorio, molto apprezzate quelle che riportavano le esperienze personali dei relatori.

Il Dibattito è stato molto ampio e vivace.

IL DELEGATO REGIONALE
SALVATORE FABIO VAJOLA

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
Sezione Laziale
SIMPOSIO

LE NUOVE FRONTIERE DELLA cardiochirurgia

IL CARDIOLOGO INCONTRA IL CARDIOCHIRURGO

Roma, 24 settembre 1999
Aula Magna Ospedale San Camillo

I Sessione

Moderatori: F. Colace (Roma) - B. Marino (Roma)

- Risultati a breve e lungo termine della chirurgia coronarica - A. Costantino (Roma)
- Recenti indicazioni e risultati della chirurgia a cuore battente - G.F. Possati (Roma)
- L'evoluzione dell'angioplastica ha ristretto le indicazioni chirurgiche? Fino a che punto?
 - Il parere dell'emodinamista - R. Violini (Roma)
 - Il parere del cardiochirurgo - L. Chiariello (Roma)
- Indicazioni e timing nell'IMA - M. Toscano (Roma)

II Sessione

Moderatori: A. De Sanctis (Rieti) - E. Massa (Roma)

- La correzione dell'insufficienza mitralica nello scompenso cardiaco grave è solo un approccio terapeutico o un'alternativa al trapianto?
 - A. Mazzucco (Verona)
- L'impiego homograf e autograf nella chirurgia aortica
 - F. Musumeci (Roma)
- Cardiopatie congenite dell'adulto. Indicazioni e risultati della terapia interventistica - L. Ballerini (Roma)
- Risultati e follow-up del trapianto cardiaco alle soglie del 2000 - U. Livi (Udine)

LOMBARDIA

NOTIZIE

Il 27 novembre 1999 si è tenuta a Milano la seconda delle 4 riunioni sulla riconsiderazione delle Linee Guida ANMCO-SIC. Essa ha trattato in maniera interattiva i principali aspetti diagnostici, prognostici e decisionali nell'angina instabile.

Con la moderazione di L. Oltrona-Visconti (Milano) e S. De Servi (Legnano), nella prima parte sono state dibattute le problematiche connesse con la revisione critica delle Linee Guida oggi disponibili, con i seguenti interventi:

- 1) Il primo contatto: inquadramento prognostico e considerazioni logistiche (C. Cuccia, Brescia)
- 2) Aggiornamento sulla terapia farmacologica (S. Savonitto, Milano)
- 3) In quale paziente considerare l'aspetto interventistico (E. Bramucci, Brescia)
- 4) Inquadramento prognostico a distanza (M. Galli, Veruno).

La seconda parte si è valse della presentazione di numerosi casi clinici, emblematici della diversa gravità prognostica della sindrome e degli snodi decisionali ipotizzabili (A. Politi, Como; E. Etteri, Brescia; G. Belli, Milano).

La riunione è stata valorizzata da un ampio dibattito, cui hanno partecipato numerosi Cardiologi provenienti da diversi Ospedali lombardi, nel quale sono stati delineati i comportamenti operativi diagnostici e terapeutici più razionali, in relazione alle diverse realtà operative ed alla luce dei più recenti dati della letteratura.

Nel pomeriggio è seguita l'**Assemblea Regionale**, nella quale si è discusso di vari problemi organizzativi e in particolare di come articolare in futuro i già avviati rapporti collaborativi e organizzativi con l'Assessorato Regionale alla Sanità.

Così, è stata sottolineata l'esigenza che un Gruppo di Lavoro ANMCO rediga un documento di analisi dei principali problemi organizzativi connessi

con l'ischemia miocardica acuta, contenente osservazioni e proposte operative da presentare ai responsabili della Sanità lombarda. In questo, ci si avvarrà anche della valutazione dei risultati dello studio osservazionale sull'angina instabile nell'Area Milano-Pavia (Chairman: A. Pezzano), avviato dalla Regione con la collaborazione dell'ANMCO. Inoltre, è stato deciso di avviare corsi di formazione per l'Area Nursing sotto l'egida ASL-ANMCO, dedicati a patologie croniche di largo impatto sociale, quali lo scompenso.

È stato poi presentata la mappa cardiologica lombarda (ancora in fase di completamento), con l'invio da parte di numerosi Enti Ospedalieri dei rispettivi piani strategici aziendali.

Per quanto riguarda il Day Hospital cardiologico, una Commissione composta da Grieco, Casari, Coppetti, Gullace, Malaspina, Vignati, ha presentato una bozza di documento da presentare e discutere con i rappresentanti dell'Assessorato della Lombardia in una prossima riunione (che si terrà a Milano, via F. Filzi 22, il 17 dicembre 1999 alle ore 14).

Nel corso della riunione, aperta a tutti gli Associati, verranno anche discussi i seguenti punti:

- Il nuovo sistema di codifica delle schede di dimissione ospedaliera "ICD9-CM"
- Il Dipartimento Ospedaliero
- L'aggiornamento sul lavoro delle Commissioni ANMCO sulla Riabilitazione e sull'Aritmologia
- Linee Guida cardiologiche e verifiche sulla qualità dell'assistenza
- Lo Studio DICIT (assistenza domiciliare del cardiopatico stabilizzato da parte del Medico di base e dello Specialista cardiologo).

Verranno, infine, proposti dall'ANMCO una serie di incontri regionali di aggiornamento cardiologico sulle patologie di più rilevante impatto epidemiologico e organizzativo.

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

DALLE REGIONI

MARCHE

di Marcello Manfrin

La Cardiologia marchigiana nel III millennio: i nodi strutturali da sciogliere

Alla fine del millennio, in coincidenza con la rivoluzione epocale che ha investito la Sanità nazionale, la Cardiologia marchigiana ha assistito a un profondo rinnovamento strutturale e dirigenziale del nucleo centrale di riferimento, processo ancora in via di evoluzione e i cui risultati potranno essere a fondo valutati solo nei prossimi anni.

Il 1999 però non si caratterizza solo per questa innovazione a livello centrale: c'è anche un vero e proprio sobbalzo nello spirito delle altre strutture, la necessità di uscire da uno splendido isolamento è sempre più avvertita e prova ne è l'ampio consenso che ha trovato nella nostra Regione il progetto delle UTIC, promosso dall'ANMCO Nazionale e la ricerca policentrica sui percorsi diagnostici cruenti nella cardiopatia ischemica, gestita dall'ANMCO Regionale.

Di questo fervore e bisogno di comunicazione si rende conto anche la Regione, ma la risposta è obsoleta e priva di mordente: il Dipartimento tecnico scientifico interaziendale regionale. La denominazione roboante fa pensare ad

epiche imprese; in realtà si tratta di una proposta di facciata, perché priva di sostanza che possa renderla operativa (in particolare non si prevede nessun sostegno economico) ed impostata sull'adesione volontaristica delle Aziende e dei professionisti medici (coattivamente apicali), in assenza di precise definizioni di compiti e doveri.

In realtà questa proposta cerca di coprire la vera indecenza della realtà sanitaria della nostra Regione: la persistenza di 12 Aziende Sanitarie Locali che servono mediamente una popolazione di 130.000 abitanti ciascuna; la concentrazione delle ASL in 4 unità permetterebbe di creare quattro Dipartimenti di Cardiologia pluriospedalieri con la possibilità di razionalizzare risorse umane e tecnologiche: da una organizzazione della Cardiologia di questo tipo il passaggio a una struttura di collegamento regionale centrale potrebbe essere certamente più facile ed efficace: soprattutto i pesi specifici dei vari interlocutori sarebbero equilibrati con una più semplice gestione delle problematiche.

Il secondo ostacolo che si presenta allo sviluppo della Cardiologia marchigiana è il turnover degli operatori: le nuove leve di specializzati sono sempre più inadatti a sostenere l'impatto con la realtà lavorativa ospedaliera, soprattutto se si tiene conto delle nuove normative che prevedono l'autonomia professionale del Dirigente ospedaliero di I livello. Anche qui abbiamo assistito a squallide operazioni di make up: gli specializzandi sono inviati nell'Ospedale di riferimento regionale senza individuare chi debba e che cosa debba insegnare, senza che vi sia un accordo istituzionale che sancisca la presenza di un ospedale di insegnamento, secondo le normative vigenti, senza che sia riconosciuta

l'attività didattica di chi in realtà la svolge, senza che siano stabiliti livelli di attività pratica obbligatoria per i discenti con un numero chiaro di procedure pratiche da attuare in prima persona. La mancanza di una definizione di questi standard significa rimanere fuori dall'Europa, in primis, ma può rappresentare anche l'inquietante possibilità dell'invalidazione dei diplomi di specialità, ottenuti al di fuori delle normative comunitarie ed italiane: possibilità che di certo non ci può piacere, come del resto non ci auguriamo la chiusura della scuola stessa, tuttavia queste eventualità esistono non solo sulla carta, se non si addivene all'adeguamento sostanziale e non solo parzialmente formale alle direttive vigenti.

Il salto di qualità che si potrà avere nel prossimo millennio per gli aspetti organizzativi della Cardiologia marchigiana non sembrano dipendere direttamente da noi: sicuramente si opporranno a questo cammino anche poteri forti, se pur ottusi: quello che possiamo fare è presentarci uniti alle varie scadenze, discutendo ed elaborando documenti che esprimano al massimo le nostre opinioni.

E proprio per potenziare le possibilità di discussione e la circolazione delle notizie, l'ANMCO Regione Marche ha aperto una mailing list di notizie e discussione aperta a tutti i Soci marchigiani e agli operatori del settore interessati alle nostre notizie e a un dibattito franco e costruttivo.

Per iscriversi andate al sito <http://anmcomarche.listbot.com> e digitate il vostro indirizzo di posta elettronica: riceverete un messaggio da rinviare per conferma dell'iscrizione: da quel momento riceverete tutti gli e-mail della lista, come pure i vostri saranno rigirati a tutti gli iscritti.

DALLE REGIONI

PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

di Enzo Commodo



NOTIZIE

**RUOLO CENTRALE DELL'ANMCO
NEL PROGETTO REGIONALE
"PROMOZIONE SALUTE PIEMONTE"**

La Regione Piemonte ha sviluppato un programma pluriennale di educazione e formazione della salute con l'obiettivo di prevenzione delle malattie cardiovascolari ed oncologiche. Il progetto già in atto coinvolge operatori di varie aree: epidemiologi, psicologi, educatori alla salute pubblica, oncologi e cardiologi, medici di medicina generale (M.M.G.); in particolare per la nostra Area sono state accettate le raccomandazioni della II Conferenza Nazionale sulla prevenzione della cardiopatia ischemica.

L'ANMCO Regionale partecipa all'organizzazione del progetto ed alla formazione dei Cardiologi designati da ciascuna ASL ad interagire con i M.M.G. nel progetto per la riduzione dei fattori di rischio nella popolazione e nella rilevazione degli indicatori specifici seguendo l'esperienza dell'O.E.C.I. Il programma si giova del supporto di una Agenzia di comunicazione per la diffusione capillare dei

messaggi rivolti alla modificazione degli stili di vita.

Il 2 ottobre si è svolta la riunione regionale di presentazione ai Cardiologi del progetto e delle sue finalità.

**COLLEGAMENTO INFORMATICO DELLE UNITÀ
OPERATIVE DI CARDIOLOGIA REGIONALI**

Dopo il censimento sulle dotazioni informatiche di base delle U.O. di Cardiologia Regionali, si sta provvedendo a fornire dell'hardware i Centri sprovvisti, così da attuare il collegamento tra i vari Centri Cardiologici in una rete ANMCO Regionale che sarà presto dotata del suo sito (anmco-piemonte.org). Prosegue contemporaneamente l'adesione, al momento di 14 su 34, delle Divisioni di Cardiologia di Piemonte e Valle d'Aosta.

**REGULATION O DEREGULATION
IN CARDIOLOGIA**

La proliferazione di strutture che eseguono procedure di tipo invasivo, emodinamica-cardiologia interventistica, elettrofisiologia-elettrostimolazione, ha acceso anche nella nostra Regione un dibattito sulla opportunità e correttezza che tutte le Divisioni si dotino di sale radiologiche. Per contro, si assiste nella nostra realtà ad una scarsità di strutture riabilitative che assurgono ad un ruolo specifico anche nell'ottica del P.S.N. di promozione della Prevenzione alla cardiopatia ischemica.

Per dare una risposta a queste problematiche sono stati istituiti tre Gruppi di Studio Regionali, uno dedicato all'emodinamica-interventistica, uno all'elettrofisiologia-elettrostimolazione, ed uno alla riabilitazione cardiovascolare.

La prima riunione Regionale del 2000 sarà dedicata alla discussione di queste tematiche ed inoltre prevederà relazioni sul tema degli Indicatori Biochimici di Lesione Miocardica, argomento "in progress" sulla standardizzazione delle metodiche e sull'impatto clinico-diagnostico (vedi Programma).

REGULATION O DEREGULATION IN CARDIOLOGIA
29/1/2000 - TORINO - Jolly Hotel Ambasciatori - C/so Vittorio Emanuele II N° 104/106
Moderatori: G. Brocchi (Torino) - A. Ravazzi (Alessandria)
ore 9.30 - LINEE GUIDA STANDARD E VRQ

- a) Laboratori di emodinamica - S. Marra (Torino)
- b) Laboratori di elettrofisiologia e elettrostimolazione cardiaca
G. Rognoni (Borghesio)

ore 9.50 - LA REALTÀ REGIONALE ALLE SOGLIE DEL 2000

 Risultati del Questionario ANMCO-SIC '99
E. Commodo (Torino)

ore 10.00 - DOCUMENTO DEL I GRUPPO DI STUDIO

 Elettrofisiologia elettrostimolazione - G. Libero (Torino)
Tavola rotonda - F. Gaita (Asti) - E. Occhetta (Torino) - M. Ivaldi (Casale M.to)

ore 10.30 - DOCUMENTO DEL II GRUPPO DI STUDIO

 Riabilitazione cardiovascolare - M. Vona (Aosta)
Tavola rotonda - P. Giannuzzi (Veruno) - M. Vona (Aosta) - G. Ingnigni (Torino)
Pausa caffè

ore 11.30 - DOCUMENTO DEL III GRUPPO DI STUDIO

 Emodinamica ed interventistica cardiovascolare
A. Della Valle (Cuneo)
Tavola rotonda - F. Orzan (Torino) - A. Della Valle (Cuneo) - F. Freggiaro (Tortona)

ore 12.00 - LA POSIZIONE DELLA REGIONE PIEMONTE

Efficacia dell'intervento e risorse - A. Orlando (Torino)

ore 12.15 - Discussione
ore 13.00 - Colazione di lavoro
GLI INDICATORI BIOCHIMICI DI LESIONE MIOCARDICA
Moderatori: F. Matta (Alba) - R. Trincherò (Torino)
ore 14.30 - GENERALITÀ - P. Musso (Ivrea)
ore 14.45 - APPLICAZIONI CLINICHE - M.D. Prando (Novara)
ore 15.05 - PROBLEMATICHE ANALITICHE, ORGANIZZATIVE
G. Bellomo (Novara)

ore 15.25 - LA REALTÀ PIEMONTESE - P. Musso (Ivrea)
ore 15.35 - Discussione
ore 16.00 - CONCLUSIONI E LINEE GUIDA

G. Bellomo (Novara) - P. Musso (Ivrea) - M.D. Prando (Novara)

2° Convegno Nazionale di Cardiologia Riabilitativa

23-25 marzo 2000

La Thuile, Valle d'Aosta - Centro Congressi - Hotel Planibel

Presidente del Convegno: Marco De Marchi (Aosta)

Comitato Scientifico: Margherita Vona (Aosta), Marco De Marchi (Aosta)
Vincenzo Ceci (Roma), Giuseppe Ciancamerla (Aosta), Sergio Rizzo (Aosta)

Segreteria Scientifica: Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Regionale di Aosta
Viale Ginevra, 3 - 11100 Aosta - Tel. 0165 304.341

Segreteria Organizzativa: SYMPOSIUM

Via Gozzano, 14 - 10073 Ciriè - Torino - Tel. 011 921.14.67 (5 linee r.a.) - Fax 011 922.49.92
E-mail: symposium@valnet.it - <http://www.valnet.it/symposium>

PROGRAMMA PRELIMINARE

Giovedì 23 marzo 2000

ore 16.00 Inaugurazione del Convegno
Saluto delle Autorità

ore 17.30 IL CARDIOPATICO E LA VITA QUOTIDIANA

Moderatori: V. Ceci (Roma), C. Chieffo (Caserta)

Il cardiopatico con disfunzione ventricolare sinistra in montagna - G. Mazzuero (Veruno)

Attività fisica in situazioni climatiche estreme (caldo/freddo) nel cardiopatico ischemico - G. Occhi (Sondalo)

La depressione nei pazienti con cardiopatia ischemica - G. Mayani (Montescano)

Effetti del training sul tono simpatico: stato dell'arte
G. Malfatto (Milano)

Venerdì 24 marzo 2000

ore 8.15 PREVENZIONE

Moderatori: P. Giannuzzi (Veruno), S. Scardi (Trieste)

Gli insegnamenti degli studi epidemiologici di prevenzione primaria - S. Giampaoli (Roma)

Lo stato socioeconomico e il rischio cardiovascolare
D. Arweiler (Strasburgo)

L'ipertrigliceridemia: fattore di rischio di serie A
A. Zoppo (Milano)

Strategie per la realizzazione della prevenzione in cardiologia - D. Vanuzzo (Udine)

ore 10.30 Sessione Comunicazioni

Moderatore: S. Rizzo (Aosta)

ore 14.30 RUOLO DELLE FIGURE NON MEDICHE NELLA PREVENZIONE SECONDARIA

Moderatori: M. Marzaroni (Rimini), G.F. Ignone (Brindisi)

Ruolo dell'IP nel controllo delle dislipidemie
T. Iannino (Aosta)

Ruolo del terapeuta nel mantenimento del training
A. Iannessa (Aosta)

Ruolo della psicologa nelle modificazioni dello stile di vita - E. Cattellino (Aosta)

Ruolo della dietista nel follow-up a lungo termine
C. Cantino, L. Tonegutti (Aosta)

Progetto SICURI - M. Melidona (Aosta)

ore 16.15 PLACCA ATEROSCLEROTICA, ENDOTELIO E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Moderatori: G. Baduini (Torino), C. Vecchio (Genova)

Lo studio della placca:

a) Il contributo dell'istopatologia

E. Arbustini (Pavia)

b) Il contributo del Laboratorio di Emodinamica

C. Di Mario (Milano)

Effetti dell'attività fisica sull'endotelio e sulla coagulazione - M. Vona (Aosta)

Modificazioni della placca da statine ed ace-inibitore? - F. Mauri (Merate)

Le modificazioni della placca da PTCA condizionano una differente attività fisica?

H. Douard (Bordeaux)

Sabato 25 marzo 2000

ore 8.00 LA TERAPIA DELL'INSUFFICIENZA VENTRICOLARE SINISTRA

Terapia medica

Moderatori: F. Fattiroli (Firenze), P. Gori (Trieste)

Le nuove terapie mediche - G. Sinagra (Trieste)

Training, muscolo scheletrico e rimodellamento ventricolare - P.L. Temporelli (Veruno)

Riabilitazione a lungo termine: quale incidenza sulla qualità di vita e sulla prognosi?

R. Berardinelli (Ancona)

Terapia occupazionale nello scompenso

J. Maureira (Toul)

Terapia chirurgica

Moderatori: G.P. Trevi (Torino), M. De Marchi (Aosta)

La plastica del ventricolo sinistro

L. Menicanti (S. Donato Milanese)

La chirurgia della mitrale - O. Alfieri (Milano)

La rivascularizzazione chirurgica nel paziente con FE severamente depressa: stato dell'arte e prospettive future - V. Dor (Monaco)

ore 12.30 Note conclusive

ore 12.45 Chiusura del Convegno

DALLE REGIONI

PUGLIA

di Sergio Pede


**Avviata l'interazione
ANMCO-SIC in un contesto
di crescente partecipazione
degli Associati**

Il 25 ottobre 1999 si è tenuta a Bari la prima riunione congiunta dei Consigli Direttivi Regionali di ANMCO e SIC con all'O.D.G.:

- Attuazione Regionale delle finalità istitutive della Federazione Italiana di Cardiologia
- Piano Sanitario Regionale
- Attivazione della Commissione Cardiologica Regionale
- Varie ed eventuali.

L'incontro è stato coordinato dai Responsabili Regionali delle due Associazioni, Sergio Pede per l'ANMCO e Matteo Di Biase per la SIC ed è stato proficuo sia sul piano conoscitivo che sul piano della operatività nell'ambito degli argomenti trattati.

Un primo risultato pratico è consistito nella decisione di preparare e diffondere un Comunicato Stampa, il cui testo viene di seguito riportato:

COMUNICATO STAMPA ANMCO-SIC – REGIONE PUGLIA

I Consigli Direttivi delle Associazioni Scientifiche Cardiologiche ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) e SIC (Società Italiana di Cardiologia) della Regione Puglia si sono riuniti congiuntamente a Bari ed hanno approvato il seguente documento:

- ANMCO e SIC condividono l'esigenza di informare che intendono perseguire in Puglia gli scopi della Federazione tra le due Associazioni costituita a livello nazionale;
- con tale spirito intendono interagire congiuntamente con le Istituzioni;
- in questo contesto danno la propria disponibilità a collaborare con l'Assessore Regionale alla Sanità sulla base della propria competenza scientifica ed organizzativa;
- allo scopo auspicano l'istituzione di una Commissione Cardiologica, che possa fornire il proprio supporto tecnico per tutte le iniziative riguardanti la Cardiologia in Puglia;
- individuano come obiettivi una serie di argomenti, che risultano decisivi per migliorare le condizioni di operatività regionale in ambito cardiologico:
 - Piano Sanitario Regionale
 - Epidemiologia dei bisogni cardiologici
 - Flussi extra-regionali dei pazienti
 - Liste di attesa per le prestazioni
 - Linee Guida per i percorsi diagnostici e terapeutici;
- contano sulla sensibilità dell'Assessore alla Sanità, Dott. M. Saccomanno, per un rapido e concreto riscontro ai contenuti del presente comunicato.

L'avvio dell'interazione tra ANMCO e SIC a livello Regionale si inserisce a pieno titolo nel programma di attività del Consiglio Direttivo in carica e concorre a realizzare i **tre obiettivi generali** di tale programma, rappresentati da **partecipazione** degli Associati, **coordinamento** delle iniziative scientifico-culturali, **organicità** dei rapporti con le Istituzioni.

In questo contesto va sottolineato come si stiano realizzando sul territorio regionale importanti iniziative di coinvolgimento delle Strutture Cardiologiche Ospedaliere:

- **Corsi extramurali del Learning Center:** sia quello di Lecce, centrato sulle *Attività di Cardiologia Preventiva*, sia quello di Bari, riservato a tecnici ed infermieri e centrato su *BLS e Defibrillazione Precoce* hanno registrato una piena e confortante partecipazione;
- **Riunioni di diffusione delle Linee Guida Cliniche:** come preannunciato, a tutti gli Associati della Regione è stato inviato, lo scorso mese di settembre, un modulo di adesione all'iniziativa; sulla base delle risposte pervenute il Consiglio Direttivo ha deciso di articolare il programma delle Riunioni come segue:
 - disponibilità dei set completi di diapositive su tutte le Linee Guida per una intera settimana per ogni Struttura partecipante
 - responsabilità della tenuta dei set di diapositive e della conduzione delle Riunioni affidata al Referente della stessa Struttura, individuato nella persona del Socio che ha inviato il modulo di adesione
 - trasferimento dei set da una Struttura all'altra affidato ai Collaboratori Scientifici della MSD, Azienda, che per cortese interessamento del suo Responsabile Regionale, Dott. A. Pedace, sta sostenendo l'iniziativa per gli aspetti logistici;

le Riunioni hanno cominciato a svolgersi nella seconda metà del mese di Novembre e sono programmate, al momento, fino alla prima metà del Febbraio 2000; fino ad ora hanno aderito all'iniziativa le Strutture Cardiologiche degli Ospedali di S. Giovanni Rotondo, Cerignola, Andria, Putignano, Conversano, Brindisi, Francavilla Fontana, S. Pietro Vernotico, S. Cesario, Casarano, Tricase, Scorrano, Tarranto, Lucera.

DALLE REGIONI

TOSCANA

di Rossano Vergassola



La formazione del Cardiologo nell'Emergenza

Vorrei qui riportare un progetto che è iniziato nel 1999 nella ASL 10 di Firenze, che ha l'obiettivo di ridurre la morte improvvisa in ospedale. Tale progetto verrà probabilmente esteso a tutta la Regione

Toscana. È noto a tutti che il problema della morte improvvisa è prevalentemente territoriale, però tutte le Società Scientifiche che si occupano di Emergenza, fra il 1997 e 1998, hanno raccomandato di estendere la catena della sopravvivenza anche agli ospedali.

Questo progetto ha riportato alla mia mente che, in Area di accreditamento, sarà molto probabilmente previsto che i Cardiologi, che operano in UTIC, siano certificati BLS e ACLS. Ritengo questo un problema molto importante, anche per le dimensioni che questa formazione assume.

La logica, al di là delle norme, ci indica la necessità che medici ed infermieri, che operano in Cardiologia, siano tutti certificati BLS-ACLS. Ma chi può svolgere un lavoro così gigantesco, che interessa migliaia di operatori? E ancora, chi certifica?

In Italia ancora non ci sono organismi riconosciuti sul piano giuridico, per cui: l'attività dell'IRC (Italian Resuscitation Council), che è pur certamente la princi-

PROGETTO ACRO

PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA OSPEDALIERA ALL'EMERGENZA

La sopravvivenza all'ACR è uno degli indicatori più importanti nel monitorare l'efficienza di un Sistema di Risposta all'Emergenza. Il numero dei decessi per ACR in ambito ospedaliero è particolarmente elevato sia per tipologia della popolazione (a rischio più elevato) sia per la diffusa disattenzione al problema.

La fotografia della situazione organizzativa del Sistema di Emergenza all'interno dei singoli presidi della Azienda Sanitaria 10 si presentava al momento della costituzione del Gruppo ACRO, e lo è in buona parte tuttora, alquanto eterogenea e diversificata, e generalmente lontana dai criteri minimi di efficienza:

- due soli ospedali avevano un n° "dedicato" di accesso alla squadra di Soccorso avanzato (ACLS);
- solo in alcuni reparti è prevedibile che venga praticato subito un primo soccorso (BLS) efficace;
- nella maggioranza dei casi il sistema di intervento disattendeva ad una delle prerogative sostanziali: un defibrillatore deve essere disponibile ed essere utilizzato "subito". In realtà spesso il defibrillatore giungeva addirittura dopo il Medico soccorritore;
- dotazione insufficiente di defibrillatori: in particolare mancanza quasi assoluta di defibrillatori semiautomatici (DAE): ve ne sono solo 3 presso POSMA ed 1 presso NSGD;
- carenza estrema di stimolatori trans cutanei (TCP);
- non esistevano criteri omogenei di terapia;
- 1 solo ospedale (POSMA) adottava una scheda di rilevamento dati, se pur incompleta.

Anche l'analisi retrospettiva dei dati disponibili (dati

parziali e riferibili al POSMA), confermava la necessità e l'urgenza di una riorganizzazione guidata dai principi della "Catena della Sopravvivenza".

Abbiamo pertanto previsto i seguenti interventi:

- | | |
|---------------------------------|--|
| A) immediati | orientati alla migliore utilizzazione delle risorse disponibili |
| B) a breve-medio termine | con basso impegno economico per l'Azienda |
| C) progetto generale | che articoli la risposta in due livelli di intervento $\left\{ \begin{array}{l} \text{BLS-D} \\ \text{ACLS} \end{array} \right.$ |

A) Interventi immediati

1. È stata proposta alle Direzioni sanitarie, l'attivazione di un n° telefonico dedicato per ogni presidio, che garantisca l'accesso precoce alla squadra di ACLS; vista la impossibilità tecnica di ottenere un n° unico per tutta l'Azienda, si è proposta l'adozione di un n° di due cifre composto raddoppiando la cifra indicativa del presidio (es. 33, 77, 66, ...). In attesa che la proposta venga attuata, alcuni presidi si sono già dotati di un recapito specifico (POSMA, Borgo S. Lorenzo, NSGD).
2. È stata proposta ed in buona parte attuata, una distribuzione più corretta dei defibrillatori e del materiale disponibile, in modo da disporre, quando possibile di un defibrillatore e di un carrello per le urgenze, per ogni piano, riducendo in tal modo il ritardo dovuto al trasporto del

pale, non ha niente di diverso da quello che fanno altre Istituzioni, con molta serietà, come la C.R.I., ed il GIEC o il CNR.

Dirò di più, ciò che fanno seriamente, seguendo Linee Guida americane od europee, i vari 118 italiani, non hanno sul piano sempre giuridico, nulla di diverso da ciò che fanno le organizzazioni sopra citate.

Ad esempio a Firenze certifica, su carta intestata "Azienda Sanitaria Locale 10", il 118, scrivendo nell'attestato quali Linee Guida sono state seguite (IRC, AHA...).

Non vedo allora alcun motivo perché l'ANMCO, che è la più prestigiosa società scientifica italiana, non possa intraprendere la strada della propria autonomia certificativa nel campo dell'Emergenza, senza nulla togliere agli altri interlocutori. Ritengo anzi che questo sia un preciso dovere dell'ANMCO, che deve preparare il "futuro prossimo".

Del resto nessuno può farsi carico di un impegno co-

sì vasto, come quello di addestrare diverse migliaia di persone: le altre Istituzioni, come l'ICR, hanno altri compiti.

Capisco che il problema è molto serio, ma credo che l'ANMCO se ne debba fare carico: ha la struttura e le capacità organizzative per affrontare positivamente il problema.

Questo contribuirebbe anche a ridare un ruolo al Cardiologo come esperto di Emergenza, cosa che si è andata perdendo negli ultimi anni.

E ritorno quindi al discorso iniziale del progetto della morte improvvisa in ospedale: questo progetto, che riguarda sei ospedali di Firenze, è coordinato, oltre che dal sottoscritto, da un altro Cardiologo, Dott. Fabrizio Bandini; con noi lavorano internisti e anestesisti e nessuno si meraviglia che questo sia successo.

Se faremo con la nostra solita serietà anche questo nuovo lavoro, recupereremo uno spazio ed avremo anche la stima degli altri specialisti.

materiale da un piano all'altro attraverso ascensore.

3. È stato proposto di uniformare il materiale in dotazione ai carrelli dell'urgenza e di adottare una lista di controllo dello stesso.
4. È iniziato un lavoro di verifica del livello di conoscenza in Rianimazione cardiopolmonare del personale attraverso la diffusione e compilazione di un questionario specifico.
5. È stata svolta la verifica del personale già addestrato in BLS, DP, ACLS.
6. È in fase di attuazione un'opera di sensibilizzazione del personale attraverso la diffusione di volantini e manifesti divulgativi.
7. Sono in via di formalizzazione i **Gruppi ACRO di presidio** così strutturati:

Commissione:

- | | |
|------------------|----------------------|
| - rappresentante | Dir. Sanitaria |
| - rappresentante | Uff. Infermieristico |
| - segretario | |
| - referente | materiale |
| - referente | scheda |
| - referente | formazione |

Un responsabile per piano ed un referente per turno per il controllo Carrello e per la scheda di rilevamento.

8. Per ottenere la gradualità degli interventi e degli investimenti si è proposto un modello di stratificazione dei settori ospedalieri che tenga conto delle distanze, degli ostacoli architettonici, del grado di formazione, e di altre variabili.
9. Si propone la razionalizzazione delle richieste "locali" di acquisto di materiale per l'Emergenza interna in modo da seguire le indicazioni del progetto generale.

B) Interventi a breve-medio termine

In attesa della riorganizzazione definitiva si avanzano proposte a costo contenuto:

- Acquisto per ogni presidio di uno zaino/valigia attrezzato con materiale di primo soccorso e di un "defibrillatore leggero" da ubicarsi presso la sede della squadra di ACLS vicino al telefono "dedicato" per la risposta alle Emergenze dei reparti più a rischio e nelle immediate vicinanze dell'ospedale (palazzine, parcheggi, sedi amministrative...).

C) Progetto definitivo

Il progetto definitivo risulta dalla integrazione dei singoli bracci del programma:

- Monitoraggio e raccolta dati
- Formazione
- Organizzazione

prevede:

a) che si organizzino due livelli di intervento:

- 1) **BLS-D** (supporto vitale di base e defibrillazione precoce con defibrillatori semiautomatici) in sostanza il testimone dell'arresto:

**valuta
defibrilla
allerta ALS
pratica RCP**

- 2) **ACLS** (supporto vitale avanzato)

b) l'allestimento di un carrello per l'Emergenza e di un defibrillatore semiautomatico multifunzione per ogni piano. Un sistema di controllo e di manutenzione periodica del materiale

c) Progetti particolari per Aree quali: sala parto, pediatria.

FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO

ANCORA SU:

Un nuovo modello organizzativo per la diagnostica cardiologica emodinamica e la cardiologia invasiva

Preg.mo Redattore,

vorrei esprimere un parere personale sulla proposta "Un nuovo modello organizzativo per la diagnostica cardiologica emodinamica e la cardiologia invasiva" apparso sul n° 114 di questo periodico.

- 1) È probabile che la domanda di coronarografie ed interventi percutanei in Italia continui a crescere.
- 2) La dotazione di laboratori di emodinamica è pure cresciuta, e sta crescendo, in modo inordinato, non correlato alle necessità locali, e spesso rispondente ad una logica mercantile da parte di aziende sanitarie pubbliche o accreditate.
- 3) Di conseguenza, l'adeguatezza dell'attuale assetto organizzativo deve essere valutata in modo circostanziato in ciascuna area geografica, in base sia al fabbisogno locale (sia pur rivalutato rispetto a linee-guida precedenti, ma comunque ancorato ad indicatori obiettivi), sia all'uso ottimale di quanto esistente o già in corso di realizzazione.
- 4) Dotare ogni UTIC di un'apparecchiatura di emodinamica rappresenta un eccesso, che è
 - **costoso** perché: a) gli apparecchi hanno comunque un costo non trascurabile (anche se minore delle grandi apparecchiature in uso nei laboratori veri e propri); b) perché i grandi laboratori di emodinamica di riferimento con disponibilità 24 ore/24 e 7g/7 (che pure devono continuare ad esistere per tutelare i piccoli laboratori) hanno costi molto elevati (soprattutto per il personale dedicato) e devono essere messi in condizione di lavorare al massimo regime, prima di abilitare centri satelliti minori. L'economicità delle 200-300 coronarografie fatte sul portatile in cantina è spesso solo apparente, se vista nel contesto appena un po' più ampio della spesa per esami emodinamici di un'area più vasta, di un quadrante o di una regione;
 - **poco utile** perché: a) se non si può eseguire in situ la procedura interventistica eventualmente necessaria, allora il paziente dovrà essere comunque trasferito dopo la coronarografia ad un centro di riferimento; b) eseguire in situ le procedure interventistiche in centri necessariamente a basso volume di lavoro non ha alcun senso (per la necessariamente limitata esperienza degli operatori e del personale, e per il mancato utilizzo ed ammortamento delle strutture dei centri di riferimento); c) i pazienti sottoposti a coronarografia elettiva (non urgente) nel piccolo centro sono proprio quelli che potrebbero eseguire elettivamente lo stesso esame in un centro maggiore, magari in day-hospital, spostandosi di 10-30 Km con mezzi propri dopo la dimissione dal Centro minore;
 - **potenzialmente pericoloso** perché: ammettiamo che un paziente sia stato sottoposto con successo immediato

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

ad una PTCA presso un centro "minore", magari con l'aiuto e la supervisione di un cardiologo esperto di un centro tutoriale. Bene, in questo centro "minore" alla sera si chiude la porta, non c'è una équipe esperta reperibile ed il cardiologo "tutore" sta cenando a casa propria. Se questo paziente va incontro ad una occlusione acuta o subacuta del suo stent non resta che assistere al suo infarto asciugandogli il sudore dalla fronte, o trasferirlo al volo al centro di riferimento. Allora sì, divideremmo i pazienti in due categorie: quelli che hanno avuto la fortuna di essere inviati dall'inizio ad un centro di riferimento, e quelli che non hanno avuto questa fortuna. Vorrei sapere quanti cardiologi preferirebbero sottoporsi loro stessi o far sottoporre un congiunto ad una PTCA eventualmente necessaria, nel piccolo laboratorio piuttosto che in un centro di riferimento. Penso pochi o nessuno, tantopiù in condizioni di urgenza; forse anche per una semplice coronarografia la scelta di un professionista o di un laico illuminato andrebbe nello stesso senso. Attenzione dunque alla demagogia.

- 5) Per quanto riguarda la PTCA primaria, la questione è assai complessa. Se è vero che di fatto essa non necessita a priori di stand-by cardiocirurgico, è pur vero che essa richiede operatori con addestramento permanente alla interventistica elettiva, e personale non medico particolarmente qualificato. Tutto ciò esiste – o può facilmente esistere – in centri di riferimento, non esiste invece – e ben difficilmente potrà esistere – in piccoli centri. Sono i centri di riferimento quelli che devono aprire la strada sulla PTCA primaria (che attualmente eseguono assai poco). Non credo che si possa, né che sia del tutto onesto intellettualmente, invocare l'aumento delle postazioni emodinamiche minori per affrontare efficacemente questo problema.
- 6) Allora, mi chiedo se non si dovrebbe capovolgere completamente il senso della "Rete organizzativa funzionale tra realtà locali". Immaginate un centro di riferimento con 4 emodinamisti esperti, 4 o 5 infermieri e 3 tecnici, 1 sala di emodinamica in pronta disponibilità continua, 2 apparecchi per IABP, 10 posti di day-hospital a settimana e 4-6 letti di ricovero ordinario. Questa struttura può effettuare tranquillamente fino a 2500 esami totali l'anno, inclusivi di 500 PTCA (comprese primarie) in condizioni di economicità irripetibili, se si considera l'ammortamento del personale (doppio turno) e apparecchiature e l'acquisto di materiali su grande scala. Questo laboratorio può servire senza problemi e senza lista di attesa una popolazione compresa tra 500.000 e 600.000 abitanti. Questo laboratorio può formare cardiologi dei centri minori afferenti ed ospitarli come operatori per la diagnostica e/o per l'interventistica elettiva ciascuno sui propri pazienti (l'invocata continuità assistenziale). Questo laboratorio può ricevere emergenze da un ampio

raggio di territorio circostante, se si organizza una efficiente rete di trasporto dai centri minori. Questa mi pare una scelta sensata dal punto di vista sanitario ed economico, non la polverizzazione delle microemodinamiche. Absit iniuria verbis.

GIUSEPPE STEFFENINO

• • • •

ANCORA SU:

Un nuovo modello organizzativo per la diagnostica cardiologica emodinamica e la cardiologia invasiva

Caro Direttore,

ho letto con molto interesse, sullo scorso numero di "Cardiologia negli Ospedali", la lettera di alcuni Primari che propongono un nuovo modello organizzativo, che prevede un Laboratorio di Cardiologia Invasiva per ogni UTIC, con il supporto di una rete di Tutor per le prestazioni di Cardiologia Interventistica, soprattutto in emergenza.

Gli AA. della lettera, per sostenere questa ipotesi, si sbilanciano in alcune affermazioni che meritano un attento inquadramento. Poiché, anche se per pochi giorni ancora, rivesto il ruolo di Coordinatore dei Cardiologi interventisti italiani, mi permetto alcune precisazioni e alcune considerazioni.

- Prima di tutto, le affermazioni che le attuali linee guida sono superate per l'ampliamento delle indicazioni e che ci sarà, nei prossimi anni, l'incremento del 200% delle procedure invasive sono particolarmente forti e molto soggettive.
- I dati di attività italiana riportati nella lettera (136 studi emodinamici e 28 PTCA per 100.000 abitanti) sono del 1995. Nel 1998, secondo il riscontro annuale del Gise, che quest'anno ha effettuato anche un audit a campione per valutare l'omogeneità e la precisione dei dati raccolti, sono stati effettuati 217 esami emodinamici e 63 PTCA per 100.000 abitanti¹. Credo non ci sia dubbio che l'Italia abbia raggiunto livelli "europei": il confronto con alcune realtà, quali la statunitense e la tedesca, deve essere fatto con estrema prudenza, poiché in questi paesi c'è un utilizzo di procedure invasive particolarmente elevato, legato anche ad un'offerta eccessiva.
- Le UTIC in Italia sono oltre 350: dotarle tutte di laboratorio invasivo porterebbe gli attuali 140 laboratori ad oltre 400, numero che non esiste nemmeno nella ben più grande Germania.
- Gli "apparecchi da 300 milioni" sono stati oggetto di una notevole evoluzione tecnologica, ma, poiché non sono stati superati tutti i problemi tecnici per l'uso prolungato (vedi il surriscaldamento dell'anodo), sono necessarie accurate valutazioni, prima di considerarli idonei alle procedure diagnostiche e, soprattutto, interventistiche in Cardiologia.
- Spero che l'affermazione che, per questi apparecchi, il break even point è a 25 procedure/anno sia frutto di un refuso tipografico. Con questi numeri il canonico ammortamento in 8 anni è pari all'inaccettabile valore di L. 1.500.000 a procedura.
- Al di là delle valutazioni strettamente economiche, la Cardiologia invasiva ha il limite di richiedere un'esperienza specifica di tutta l'equipe, poiché risultati e complicanze sono correlati al numero di procedure effettuate nel singolo Centro. Non a caso le linee guida internazionali sull'in-

farto miocardico del 1999 (quindi sicuramente non ancora superate) prevedono che la PTCA primaria sia un'alternativa alla trombolisi solo nei Centri che effettuano 200 procedure anno e che siano dotati di cardiocirurgia². Nelle emergenze, d'altronde, l'intervento routinario dei Tutor è difficilmente realizzabile.

Le mie obiezioni non intendono pretendere la cristallizzazione della situazione attuale, ma non si può trascurare che ogni Centro deve avere un preciso bacino d'utenza: solo i laboratori diagnostici a cui afferiscono almeno 500.000 abitanti ed i laboratori interventistici con un bacino di un milione di abitanti possono raggiungere livelli di attività accettabili per mantenere standard di qualità, conservando l'attenzione all'appropriatezza delle indicazioni. In Italia, invece, ci sono ancora molti laboratori che non raggiungono i livelli minimi, non certo severi, stabiliti dagli standard italiani (400/800 coronarografie, 200/400 PTCA all'anno)³.

Condivido, piuttosto, la preoccupazione degli AA. della lettera che gli ammalati subiscano trattamenti diversi a seconda dell'Ospedale in cui vengono ricoverati. Il problema è complesso, ma per i casi di elezione dovrebbero essere applicati i modelli di collaborazione tra istituzioni sanitarie previsti dalla legislazione, mentre, per l'emergenza, il trasferimento del paziente è il modello adottato anche dai paesi a più elevato "consumismo" di prestazioni invasive^{4,5}. Questa soluzione non è certamente perfetta, ma è, probabilmente, la più equilibrata e meriterebbe un'applicazione estensiva ed organizzata. D'altronde prima di ipotizzare la diffusione a tappeto dei Laboratori, bisogna tener conto che le indicazioni alla PTCA primaria sono ancora oggetto di discussione ed è verosimile che i nuovi farmaci modifichino in un prossimo futuro l'approccio all'IMA⁶.

Bisogna, invece, sicuramente pretendere una più omogenea distribuzione dei Centri di Cardiologia Invasiva sul territorio nazionale: è noto che alcune regioni ne sono storicamente povere, mentre altre ne hanno un numero cospicuo, ma concentrato in un'area geografica ristretta. Organismi regolatori dovrebbero garantire l'apertura di nuovi Centri solo in base a reali esigenze e ad una razionale distribuzione geografica.

Tenendo conto che in Italia sono stati creati nell'ultimo anno ben 10 nuovi laboratori di cui 5 in una sola regione, credo che la definizione di "atteggiamento troppo restrittivo", data dagli AA. della lettera alla situazione italiana, sia decisamente opinabile...

Ti ringrazio per la cortese ospitalità

ROBERTO VIOLINI
COORDINATORE USCENTE DEL
GISE – SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA INVASIVA

¹ R. Violini: Notizie dal Gise. Emodinamica 17: 23, 1999

² Ryan TJ et al: 1999 update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary and recommendations. Circulation, 100: 1016, 1999

³ ANMCO – Gise – SIC: Linee guida, standard e VRQ per i Laboratori di Cardiologia Invasiva, 1996

⁴ Straumann E et al: Hospital transfer for primary coronary angioplasty in high risk patients with acute myocardial infarction. Heart 82: 415, 1999

⁵ Vermeer F et al: Prospective randomised comparison between thrombolysis, rescue PTCA and Primary PTCA in patients with extensive myocardial infarction admitted to a Hospital without PTCA facilities: a safety and feasibility study. Heart 82: 426, 1999

⁶ Faxon DP: Primary Angioplasty — Enduring the Test of Time. NEJM 341: 1413, 1999

ANCORA SU: Il Dipartimento Cardiovascolare

Cardiologia negli Ospedali del dicembre 1998 pubblicava un documento sulle strutture cardiologiche ospedaliere in Italia, a cura della Commissione Dipartimento ANMCO. L'analisi dell'esistente appare preoccupante, ma ancora di più la tendenza manifestata in molte Regioni di aggregare i Servizi di Cardiologia, con o senza posti letto, in Dipartimenti Medici. Ho notizia in Sicilia della aggregazione di Servizi di Cardiologia, già autonomi, non tanto in Dipartimenti Medici, peraltro inattuati, quanto in semplici Divisioni di Medicina.

In breve una riconduzione della specialità Cardiologica all'interno dei reparti di Medicina, diretti dal Primario di Medicina e magari assegnati in modelli operativi "tipo modulo" ad un Dirigente di 1° livello del reparto di Medicina, in possesso del titolo di specializzazione in Cardiologia. Credo che questa realtà sia presente in quasi tutte le Regioni e che pertanto sia un problema nazionale.

Essere parte di un Dipartimento, anche se di Medicina, lascia libertà operativa e mantiene la peculiarità specialistica, che concorre assieme alle altre componenti del Diparti-

mento ad un percorso diagnostico-terapeutico esaustivo; mentre essere assorbiti in una Divisione Medica significa perdere la peculiarità specialistica ed adattarsi alla cultura di una Cardiologia "internistica", diretta da un internista da cui dipendono per budget programmi ed ogni altra iniziativa.

La situazione è allarmante in quanto stimolata da organizzazioni regionali di Primari ospedalieri di Medicina Generale che con opportune influenze hanno indirizzato verso tali scelte gli organi di programmazione. Noi dell'ANMCO siamo gratificati di potere essere interlocutori privilegiati degli Assessorati e del Ministero sui temi della Prevenzione, delle Linee Guida, della Programmazione ecc. ecc.

Ma ci basta tale gratificazione e rimanere quasi inerti davanti al pericolo di vedere "stracciare" la rete di assistenza cardiologica ospedaliera costruita con tanti anni di lavoro? E se l'ANMCO si facesse carico del problema magari individuando tramite i Delegati Regionali le situazioni anomale, promuovendo azioni di protesta e di sensibilizzazione presso gli Assessorati Regionali o meglio presso i Direttori Generali, a che i servizi di Cardiologia con o senza posti letto possano essere inseriti in Dipartimenti di Cardiologia?

GIACOMO CHIARANDA

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 _____

RESIDENTE IN VIA _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Ai sensi dell' Art. 10 della legge 675/96 la informiamo di quanto segue:

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi e per la costituzione dello stesso rapporto associativo. Responsabili del trattamento sono la Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede in Pisa, Dipartimento di Cardiologia Angiologia e Pneumologia dell'Ospedale Cisanello, Via Paradisa n. 2

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della l. n. 675/1996, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede di ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pisa, Dipartimento di Cardiologia Angiologia e Pneumologia dell'Ospedale Cisanello, Via Paradisa n. 2 - tel. 050/542929 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia);

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,

CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,

CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data _____ Firma _____



N. 115 dicembre 1999

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

Redazione:
Pietro Zonzi

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