

# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

N. 116 - marzo 2000 - Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

## 16.736 PAZIENTI ARRUOLATI IN TRE MESI Il Progetto CardioScreen è un successo

di Carlo Schweiger - Marino Scherillo

a nome del Comitato Scientifico e dei Ricercatori PCS

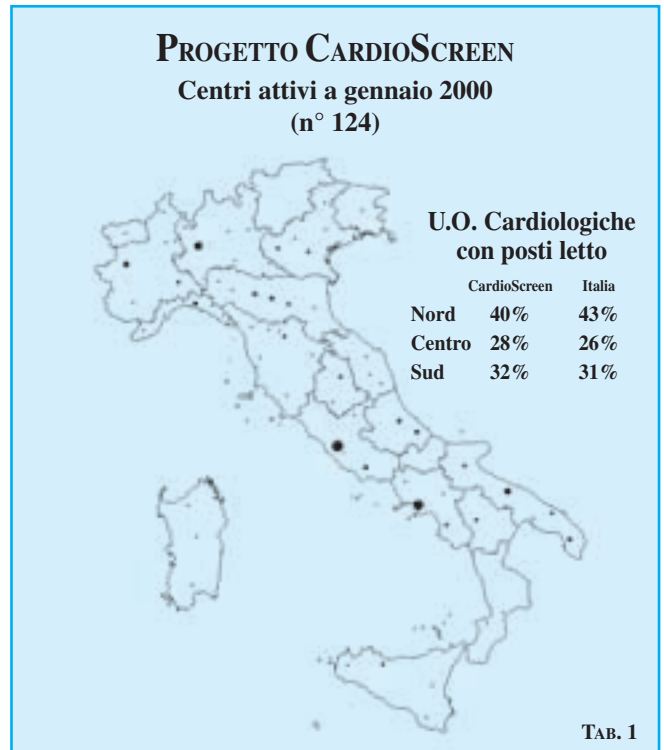
**D**i seguito vengono riportati i primi risultati riguardanti il Progetto CardioScreen (PCS), che noi consideriamo estremamente positivi. Se in poco più di tre mesi siamo riusciti a raccogliere 16.736 schede il merito è soprattutto dei Ricercatori coinvolti che si sono impegnati con passione ed entusiasmo.

Ma oltre che a loro crediamo sia giusto esprimere un ringraziamento alla Parke-Davis che ha investito in un progetto senza immediate ricadute commerciali, e alla Qubi-Soft per l'elaborazione dell'ottimo software e per il supporto operativo.

Ancora un volta si dimostra che quando l'ANMCO invita a partecipare a un Progetto serio e utile alla comunità cardiologica, gli Associati dimostrano attenzione e disponibilità. L'andamento del reclutamento dimostra che di fatto stiamo costruendo -insieme- una nuova rete informatica di monitoraggio dell'attività della Cardiolo-

### In questo numero:

- p. 3 - XXXI Congresso Nazionale di Cardiologia
- p. 8 - La storia dello studio Set-up
- p. 17 - Dalle Aree
- p. 24 - Dalle Regioni
- p. 30 - Forum Sindacale e Organizzativo



gia Italiana con un ottimo grado di rappresentatività della realtà nazionale (tab. 1). Se avremo la costanza di perseverare l'ANMCO disporrà di un database sempre aggiorn-

continua a pagina 2

**Amici  
dell'  
ANMCO**

ASTRAZENECA  
BAYER ITALIA  
BOEHRINGER INGELHEIM  
BRISTOL-MYERS SQUIBB  
KNOLL FARMACEUTICI

MERCK SHARP & DOHME  
PARKE-DAVIS  
PFIZER ITALIANA  
ROCHE  
SANOFI-SYNTHELABO

SCHERING-PLOUGH  
SERVIER ITALIA  
SMITHKLINE BEECHAM

segue dalla prima pagina: **16.736 PAZIENTI ARRUOLATI IN TRE MESI**

### NUMEROSITÀ DELLA CASISTICA

n. totale di schede pervenute	16.736
n. casi di IMA (ICD9 = 410) come diagnosi principale	3.130
n. casi di Angina Instabile (ICD9 = 411) come diagnosi principale	2.087
n. casi di Scopenso Cardiaco (ICD9 = 4280, 4281, 4289, 4169) come diagnosi principale	1.700

TAB. 2

### NUMEROSITÀ DELLA CASISTICA IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA CARDIOLOGICA

	U.O. tipo 1	U.O. tipo 2	U.O. tipo 3	U.O. tipo 4
<b>IMA</b>	162	2003	489	476
<b>AI</b>	91	1118	360	518
<b>SC</b>	155	1035	314	296

TAB. 3

### DEGENZA MEDIA

IMA	9,11 giorni
Angina instabile	6,86 giorni
Scopenso Cardiaco	8,24 giorni

TAB. 4

CardioScreen



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

**QUBI**

s o f t

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

**PARKE-DAVIS**

nato ed espressivo della realtà nazionale, essenziale per le politiche associative, ma anche fondamentale per interagire con gli organi Istituzionali, che di tali dati hanno assolutamente bisogno.

Le tabelle 2 e 3 riportano i dati relativi alla numerosità della casistica per l'Infarto Miocardico Acuto (IMA), Angina Instabile (AI) e Scopenso Cardiaco (SC) anche in relazione alla tipologia di struttura cardiologica secondo la classificazione EARISA. Per comprendere la ricchezza informativa del Progetto basta commentare il dato riguardante la degenza media per le tre patologie sottoposte ad analisi più dettagliata (tab. 4):

- 9,11 giorni per l'infarto miocardico
- 6,86 giorni per l'angina instabile
- 8,24 giorni per lo scopenso cardiaco.

Confrontando questi dati con quelli di EARISA (raccolti 4 anni orsono) si evidenzia per tutte e tre le

patologie una riduzione assoluta di 3 giorni!

La Cardiologia dimostra così di aver risposto prontamente alla richiesta di maggiore efficienza imposta dalla aziendalizzazione e dal pagamento a prestazione. Ora si tratta di verificare se a tale maggiore efficienza corrisponda anche una miglior qualità dell'assistenza e, come è già stato annunciato, la seconda fase del Progetto prevede appunto anche la raccolta di dati per valutare la qualità dell'assistenza cardiologica erogata sulla base di specifici indicatori.

È in corso l'analisi della congruenza dei dati finora disponibili rispetto alle altre fonti informative già in nostro possesso.

Di questo ed altro discuteremo insieme in occasione dell'*Investigator Meeting* previsto durante il XXXI Congresso ANMCO (Firenze 20-23 maggio 2000).

Arrivederci a Firenze!

## IL CONGRESSO

di Gianfranco Mazzotta



### **Ai blocchi di partenza il XXXI Congresso Nazionale ANMCO**

**È** stato definito alla fine di febbraio il programma del prossimo XXXI Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, che si terrà dal 20 al 23 maggio 2000 a Firenze, alla Fortezza da Basso. Il Consiglio Direttivo ha deciso di mantenere la strategia, vincente, degli scorsi anni: offrire una molteplice scelta di argomenti, anche se espressi contemporaneamente; mantenere la tradizione dei corsi tutoriali, i "minicorsi"; mantenere i luncheon panel.

Accanto però all'esperienza consolidata, il prossimo Congresso vedrà anche alcune novità: le comunicazioni, nota dolente di tutte le nostre manifestazioni congressuali (in quanto poco frequentate) saranno collocate per il 70% circa nella fascia oraria del pranzo, in un formato che abbiamo denominato "luncheon comunicazioni" e "luncheon poster", allo scopo di attrarre una maggiore parte di Colleghi a dibattere sui risultati originali della ricerca ospedaliera italiana.

Saranno per la prima volta offerte letture, proposte dalle Aziende Farmaceutiche, accanto agli usuali simposi satellite.

Sabato 20, nel pomeriggio, ci saranno 4 simposi dedicati agli studi clinici dell'ANMCO, nazionali e regionali, ed al G8 Cardio-ANMCO, il programma di messa in rete e di refertazione che sarà disponibile proprio al Congresso. Il giorno dopo, domenica 21, la mattina sarà aperta dal Simposio ANMCO-ESC e poi dal Simposio Organizzativo; nel pomeriggio, oltre ai numerosi simposi, segnalo l'aggiornamento delle Linee Guida ANMCO-SIC, un Simposio in cui i membri delle Commissioni illustreranno l'evoluzione di 4 Linee Guida e discuteranno con il pubbli-

co, anche allo scopo di raccogliere le osservazioni costruttive che perverranno.

Siccome saranno 8 gli argomenti in discussione, tra aggiornamenti delle Linee Guida cliniche e nuove Linee Guida per il corretto utilizzo delle metodiche strumentali in Cardiologia, un'altra seduta si svolgerà il giorno seguente. Seguirà l'Assemblea dei Soci, quest'anno con la presentazione dei Candidati al prossimo Consiglio Direttivo.

Lunedì 22 la mattina si aprirà con il Simposio FIC, centrato sulla collaborazione tra ANMCO, SIC e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sul Programma Nazionale per le Linee Guida; seguirà il Simposio ANMCO-ANCE. In serata le Aree avranno uno spazio riservato per le riunioni, seguirà la comunicazione dei risultati delle elezioni, poi andremo tutti insieme a cenare ed a sentire Renzo Arbore e la sua band.

Il 23 ci saranno altri simposi caratterizzati da rilevanti argomenti scientifici e gestionali-organizzativi, in particolare il "punto" sull'ipertensione polmonare tromboembolica e le controversie sulla distribuzione, strumentazione e competenze dei Laboratori di Emodinamica.

Per finire, alcuni "numeri" sul Congresso e qualche breve commento. Abbiamo quest'anno ricevuto 680 comunicazioni, e questo dato è in linea con gli anni scorsi. Sono pervenute 103 proposte di simposi quest'anno: un numero davvero impressionante, che abbiamo dovuto ovviamente comprimere, sino ad arrivare a 59. Sicuramente molti diranno che 59 sono troppi, così come anni addietro si diceva che i contenuti erano troppo pochi.

Di sicuro, la filosofia che il Consiglio Direttivo si propone non è certamente quella di "vedere le aule piene", il che non dovrebbe davvero importare a nessuno, a mio parere. Non è per l'aula piena che una manifestazione come il Congresso Nazionale ha successo: è invece nel porgere a tutti ed a ciascuno l'aggiornamento sulla tematica di specifico interesse, nella speranza che ogni Cardiologo che decida di venire al Congresso può sentire dissertare sull'argomento che desidera.

Certamente è con soddisfazione che abbiamo ricevuto così tante proposte: un segno che l'Associazione è viva e che la partecipazione costruttiva alla sua vita è sempre più estesa.

## PREMIO DI STUDIO SIGMA-TAU

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

### Requisiti necessari:

- Essere Socio ANMCO
- Essere nato dopo il 1° gennaio 1960
- Documentare produzione scientifica di elevato livello.

La documentazione scientifica verrà valutata sulla base dell'Impact Factor delle riviste cardiologiche su cui si sia pubblicato complessivamente dal gennaio '98 ad oggi, compresi gli articoli in press. Allo scopo si è stabilito di attribuire al Giornale Italiano di Cardiologia e Italian Heart Journal un Impact Factor uguale a quello di Circulation.

Il punteggio verrà assegnato come segue:

- intero per chi è primo autore;
- per 1/2 per chi è secondo autore;
- per 1/4 per chi è fra i restanti autori.

**La documentazione dovrà essere inviata alla Segreteria ANMCO entro il 1° maggio 2000.**

**Non può partecipare chi ha già vinto il premio negli anni precedenti.**

### Per ulteriori informazioni

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

## 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 preferibilmente per e-mail: cardiologiaospedali@anmco.it, 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 ai Soci ANMCO**

*Come consuetudine durante il Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO è convocata l'Assemblea dei Soci dell'Associazione.*

*Quest'anno avrà luogo, in prima convocazione domenica 21 maggio 2000 alle ore 6.00 e,*

**IN SECONDA CONVOCAZIONE**

**DOMENICA 21 MAGGIO 2000 DALLE ORE 18.30 ALLE ORE 20.30**

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

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

*L'Ordine del Giorno è il seguente:*

- 1) Relazione del Presidente sulle attività dell'Associazione*
- 2) Relazione del Segretario*
- 3) Presentazione del Bilancio da parte del Tesoriere*
- 4) Relazione informativa relativa ai risultati economici della controllata ECO s.r.l. da parte dell'Amministratore Delegato*
- 5) Relazione del Direttore del Centro Studi*
- 6) Relazione del Con-Direttore dell'Italian Heart Journal*
- 7) Relazione sull'attività della Federazione Italiana di Cardiologia*
- 8) Modifiche allo Statuto dell'Associazione*
- 9) Presentazione Candidati all'elezione del Consiglio Direttivo*





## Informazioni Generali

### SEDE DEL CONGRESSO

Fortezza da Basso, Viale Filippo Strozzi 1, 50129 Firenze

### ISCRIZIONI

	Entro il 20/04/2000 (IVA 20% compresa)	Dopo il 20/04/2000 (IVA 20% compresa)
Soci ANMCO, SIC, ANCE, SICP, SICCV	350.000	450.000
Non soci	480.000	580.000
Giovani medici (nati dopo il 1°/1/70)	200.000	250.000
Evento sociale	110.000	140.000

*La quota di iscrizione al Congresso è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici.*

*In caso di annullamento, si prega di rivolgersi alla Segreteria ECO entro il 1° Maggio 2000. La quota versata verrà restituita, con la detrazione del 30%.*

*Gli annullamenti effettuati dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.*

### EVENTO SOCIALE

Tutti insieme con "Renzo Arbore e l'Orchestra Italiana".

Lunedì 22 Maggio ore 20.30.

Il concerto sarà preceduto da una "spaghetтата".

Si prega di effettuare la prenotazione e il pagamento tramite la scheda allegata.

### NURSING

L'iscrizione alle "Giornate Nursing" è gratuita. Si prega il personale infermieristico e tecnico in Cardiologia di compilare la scheda di iscrizione e di inviarla entro il 5 Maggio 2000. **L'accesso è numericamente limitato alla capienza della sala (400 persone).**

**Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il**

**5 Maggio 2000**

a

**ECO srl**

Via La Marmora, 36  
50121 Firenze



# Scheda di iscrizione

Cognome ..... Nome .....

Via ..... n. ....

Cap ..... Città ..... Prov. ....

Tel. .... Fax .....

Cod. Fiscale/P.IVA

(ASSOLUTAMENTE INDISPENSABILE)

ISCRIZIONI	Entro il 20/04/2000 (IVA 20% compresa)	Dopo il 20/04/2000 (IVA 20% compresa)
Soci ANMCO, SIC, ANCE, SICP, SICCV	350.000	450.000
Non soci	480.000	580.000
Giovani medici (nati dopo il 1°/1/70)	200.000	250.000
Infermieri	<b>gratuita</b>	<b>gratuita</b>
Evento sociale	110.000	140.000

Allego le seguenti quote:

- Socio ANMCO       Socio SIC
- Socio ANCE
- Socio SICP       Socio SICCV
- Non socio
- Giovane medico (nato il .....)
- Infermiere
- Evento sociale n. .... persone

Lit. ....

Lit. ....

Lit. ....

**gratuita**

Lit. ....

Lit. ....

**Totale**

mediante assegno n. ....

della Banca .....

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

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

Data ..... Firma .....



## DAL CENTRO STUDI

## LA STORIA DELLO STUDIO SET-UP (ovvero com'è difficile la neutralità nella ricerca clinica)

Luigi Tavazzi - Chairman Studio Set-Up

Aldo Maggioni - Direttore Centro Studi ANMCO

**C**on lo studio BRING-UP l'ANMCO ha iniziato un nuovo originale filone di ricerca, l'analisi dell'incorporazione nella pratica clinica delle evidenze prodotte dai trial randomizzati. C'è generale consenso sul fatto che, benché i trial siano lo strumento metodologico insostituibile per testare efficacia e sicurezza di interventi terapeutici, la inevitabile selezione dei pazienti che i criteri di inclusione e di esclusione comportano pone problemi alla generalizzazione applicativa dei risultati.

A titolo esemplificativo, nella tabella sono riportate le differenze che emergono osservando le caratteristiche delle popolazioni arruolate nei trial in rapporto a quelle descritte nelle ricerche epidemiologiche di comunità nello scompenso cardiaco.

Il problema diventa particolarmente intricato quando si tratta di trattamenti delicati o di pazienti ad alto rischio, come il beta-blocco nello scompenso. Da qui il BRING-UP. A proposito di questo studio, e di questa linea di ricerca, Maggioni ed io abbiamo scritto un editoriale su Heart (1) che ha raccolto consensi particolarmente convinti e calorosi da parte della comunità scientifica internazionale (un editoriale sull'editoriale (2) e una frequenza di visite del lavoro sul WEB site di Heart che lo colloca tra i top ten).

Mutatis mutandis, un problema simile al beta-blocco nello scompenso si pone per i bloccanti dai recettori piastinici GP IIb/IIIa nell'angina instabile. Questi farmaci sono stati approvati dalla CUF e entrano nella pratica clinica; sono delicati da gestire, costosi, potenzialmente rischiosi, vengono somministrati a pa-

zienti instabili per i quali spesso si devono prendere decisioni terapeutiche rapide e impegnative (interventistica, chirurgia).

Si è pensato quindi di impostare uno studio osservazionale, di outcome, preceduto dalla diffusione di un documento che fa il punto sul problema e dà indicazioni pratiche sul migliore uso di questi farmaci. L'acronimo dello studio è SET-UP.

L'idea di poter mettere a disposizione entrambi i farmaci inibitori dei recettori GP IIb/IIIa, eptifibatide e tirofiban, dimostratisi utili nel trattamento delle sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST, era sembrata come quella ideale già dal momento della prima proposta di studio (autunno 1998), quando si era ancora lontani dalla approvazione di questi farmaci da parte dell'EMEA in Europa e della CUF nel nostro Paese.

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI	TRIAL CONTROLLATI RANDOMIZZATI	COMUNITÀ
Età media (anni)	60-65	75-80
Sesso: maschile/femminile	4/1	1/1
Frazione di eiezione ventricolare sinistra > 40%	Criterio di esclusione	Molto frequente
Cardiopatía ischemica instabile, ipertensione	Criteri di esclusione	Frequente
Creatinina $\geq$ 2-2.5 mg %	Criterio di esclusione	17-34%
Fibrillazione atriale	~20%	~40%
Altre comorbidità	Criteri di esclusione	Molto frequente
Dose target	Solitamente raggiunta	Solitamente più bassa
Compliance	Ottimale	Scarsa
Durata del trattamento	1-3 anni	Tutta la vita



La non disponibilità di una delle due industrie farmaceutiche, proprietaria di una molecola in oggetto, a percorrere questa strada, aveva fatto sì che il protocollo di studio prevedesse, nell'ambito di un disegno osservazionale, l'uso di una sola molecola, la eptifibatide.

Il protocollo di studio, in seguito al parere di tre esperti, veniva approvato dal Direttivo dell'ANMCO nel mese di Aprile 1999, che identificava anche la composizione del Comitato Direttivo dello studio, comprendente oltre ad esperti del settore i Chairman dell'Area Emergenza Urgenza dell'ANMCO e del Gruppo di Studio della Aterosclerosi, Trombosi e Biologia Vascolare.

Per cercare di mantenere la massima trasparenza ed imparzialità, anche in seguito ad un informale colloquio con esponenti della CUF sulle modalità di pianificazione e conduzione degli studi osservazionali di implementazione dell'uso di terapie raccomandate sulla base di prove emerse da studi clinici randomizzati, venivano prese le seguenti decisioni:

- a) il farmaco utilizzato nello studio doveva essere distribuito gratuitamente, insieme a delle precise raccomandazioni sul suo impiego;
- b) il farmaco utilizzato nello studio doveva essere confezionato come nell'ambito della ricerca clinica e cioè in scatole bianche, diverse da quelle che normalmente vengono utilizzate per la commercializzazione;
- c) l'uso del farmaco doveva essere lasciato alla libera decisione del cardiologo curante di fronte al singolo paziente con sindrome coronarica acuta senza soprallivellamento del tratto ST;
- d) il protocollo di studio doveva chiaramente indicare che l'obiettivo principale era quello di valutare, nell'ambito di un registro epidemiologico, la trasferibilità al mondo clinico reale dei messaggi emersi dalla ricerca, la corretta utilizzazione di un nuovo trattamento, il suo profilo di sicurezza nei pazienti della pratica clinica;
- e) nel caso fosse stato possibile avere un finanziamento per paziente, il contributo doveva essere devoluto per ogni caso incluso nel registro, indipendentemente dal fatto che il paziente fosse trattato o meno con l'inibitore dei recettori GP IIb/IIIa.

Definite queste regole e ottenuta l'autorizzazione da parte del Comitato Etico del Chairman dello studio, venivano selezionati i centri partecipanti tenendo conto della loro distribuzione geografica e della tipologia di ospedale (con/senza emodinamica/chirurgia cardiaca).

Pur nel contesto di mantenere prioritario l'obiettivo di fare una scelta rappresentativa, la selezione dei centri cercava di privilegiare (a) quelle strutture cardiologiche capaci, sulla base di precedenti esperienze, di dare un contributo significativo, (b) le strutture non impegnate in altri protocolli di ricerca noti che avevano l'obiettivo di in-

cludere pazienti di analoghe caratteristiche. La selezione dei centri veniva approvata dal Direttivo dello studio.

Nel frattempo, l'EMA a livello europeo, e la CUF, a livello italiano, approvavano i due farmaci per l'uso clinico contemporaneamente. A questo punto si poneva il problema della conduzione di uno studio, neutrale per definizione, che condotto con un farmaco nel momento in cui se ne rendevano disponibili due, poteva essere interpretato come induttivo nei confronti del farmaco scelto per lo studio.

Venivano allora nuovamente contattati i rappresentanti della Industria Farmaceutica proprietaria del farmaco non distribuito nello studio (il tirofiban) per descrivere le finalità del progetto SET-UP e per verificare se la decisione di non partecipare allo studio o di intraprendere uno studio analogo in un altro campione di Unità Coronariche fosse confermata.

La non disponibilità a questo tipo di progetti veniva ribadita, ma veniva anche espressa la decisione di questa industria di collaborare con l'ANMCO mettendo a disposizione il tirofiban nell'ambito di un altro studio, in fase di pianificazione, sulla gestione del dolore toracico. Si è deciso così di avviare il SET-UP.

Restava il non irrilevante problema della trasparenza nei confronti dei ricercatori e della comunità cardiologica nazionale, che ovviamente non era a conoscenza di tutto il processo preparatorio. Sarebbe stato molto sgradevole per i ricercatori, e ancora di più per il Chairman dello studio (che ovviamente, trattandosi di uno studio ANMCO, svolge questo ruolo senza compensi di sorta) sentirsi coinvolti in una iniziativa che poteva essere interpretata come, in qualche modo, promozionale.

Si è deciso quindi di scrivere questo articolo chiarificatore. Non ci illudiamo di avere come lettori tutti i Cardiologi, né di prevenire del tutto illusioni o sospetti. Chi è sospettoso sospetterà. Comunque abbiamo considerato che una guida al miglior impiego dei farmaci anti GP IIb/IIIa nella sindrome coronarica acuta senza soprallivellamento del tratto ST è utile e che consolidare la linea di ricerca basata sulla verifica della implementazione nella pratica clinica della evidenza prodotta dai trial è importante.

Abbiamo quindi deciso di continuare, effettuando lo studio. Speriamo che gli amici dell'ANMCO la pensino come noi. Se non sarà così, speriamo che lo dicano. Per fare meglio la prossima volta.

#### *Bibliografia:*

1. AP. Maggioni, L. Tavazzi. Introducing new treatments in clinical practice: the Italian approach to  $\beta$  blockers in heart failure. *Heart* 1999; 81: 453-4.
2. P. Sleight. A Napoleonic future for cardiology? *Heart* 1999; 81: 455.

## DAL CENTRO STUDI

# Studio PEACE

**D**all'ottobre 1998 l'ANMCO collabora allo studio PEACE (Prevention of Events with Angiotensin Converting Enzyme Inhibition), uno studio indipendente coordinato dal National Health Institute (NIH) di Bethesda (USA) che ha l'obiettivo di valutare se gli ACE-inibitori, in aggiunta alle terapie usuali, riducono il rischio di morte cardiovascolare e di infarto miocardico in pazienti con malattia coronarica nota, in assenza di segni/sintomi di disfunzione ventricolare sinistra.

Il 17 febbraio u.s. si è svolto a Tampa Bay, Florida, il terzo Investigator Meeting dei Ricercatori che partecipano allo Studio PEACE. A tale incontro erano invitati i Ricercatori statunitensi e canadesi e, in rappresentanza dei 37 centri italiani partecipanti al progetto, tre collaboratori del Centro Studi ANMCO.



Nell'ambito di tale incontro è stato fornito un aggiornamento sull'andamento del reclutamento, una prima descrizione delle caratteristiche della popolazione arruolata ed è stata ribadita, anche alla luce dei risultati dello Studio HOPE, la decisione del

DSMB di continuare lo studio.

Nel corso dell'incontro sono stati pubblicamente premiati alcuni centri partecipanti al PEACE in base al numero di pazienti reclutati nell'anno 1999 e alla qualità dei dati forniti alla George Washington University, centro di coordinamento internazionale dello studio.

Ci sembra opportuno segnalare che su quattro centri premiati per aver incluso nel PEACE, nel corso del 1999, almeno un paziente alla settimana erano presenti ben due centri italiani: la Cardiologia dell'Ospedale Cardinale Panico di Tricase (Primario Dott. Antonio Galati, Medico Referente Dott. Pasquale Palma) e quella dell'Ospedale Ingrassia di Palermo (Primario Dott. Pietro Di Pasquale, Medico Referente Dott. Francesco Clemenza).

Cogliamo l'occasione per ringraziare pubblicamente questi due reparti che stanno contribuendo in maniera importante al buon andamento del PEACE e alla visibilità dell'Italia nell'ambito di questo importante progetto. Siamo inoltre fieri di segnalare che al Centro Studi ANMCO, che coordina la parte italiana del progetto, è stato conferito un award per la qualità dei dati.

### STUDIO PEACE RECLUTAMENTO (al 17 febbraio 2000)

Stato	N° Randomizzati	N° Rand./settimana	Anno inizio
<b>Tutti i Centri</b>	<b>7.300</b>	<b>0.33</b>	<b>1996</b>
USA - Porto Rico	4.269	0.26	1996
Canada	2.264	0.52	1996
Italia	767	0.41	1998

### STUDIO PEACE TOP TEN CENTRI ITALIANI (al 9 febbraio 2000)

Centro	N° Random./mese	N° Randomizzati
Passirana Rho - C. Schweiger, F. Rusconi	4.7	47
Palermo Ingrassia - P. Di Pasquale, F. Clemenza	4.1	57
Tricase - A. Galati, P. Palma	3.9	54
Cassano D'Adda - G. Gibelli, M. Ferrari	3.5	49
Sarzana - D. Bertoli, R. Petacchi	3.3	56
Palermo Villa Sofia - A. Battaglia, F. Mancino	3.3	46
Scorrano - E. De Lorenzi, A. Bergamo	3.1	43
Napoli Cardarelli - A. Boccalatte, G. Gaeta	3.0	33
Policoro - B. D'Alessandro, L. Truncellito	2.9	41
Caserta - C. Chieffo, A. Cardillo	2.6	44

## Attualmente è possibile consultare l'Annuario sul WEB

Sul sito ANMCO [www.anmco.it](http://www.anmco.it) troverai dati riguardanti le Strutture Cardiologiche Italiane e dei Soci che hanno dato il consenso alla Privacy

Mentre per la ricerca sulle Strutture Cardiologiche Italiane non è necessario richiedere alcun tipo di password, per quella relativa ai Soci ANMCO è necessario:

- essere Socio ANMCO in regola con le quote associative
- aver dato il consenso alla pubblicazione dei dati

Per ottenere la Username e Password è necessario compilare e rispedire la Scheda, riportata qui di seguito, via e-mail o per fax al numero: 055-579334 (è possibile anche scaricarla direttamente dal sito <http://www.anmco.it/ita/hm/soci/soci.htm>)

## RICHIESTA CODICE DI ACCESSO ALL'ELENCO DEI SOCI SUL WEB

Con la presente si richiede il codice di accesso all'elenco dei Soci ANMCO presente sul WEB

### DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Abitazione: INDIRIZZO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ Provincia [ ] [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] E-MAIL: \_\_\_\_\_

### COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

#### Presidio:

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ Provincia [ ] [ ] [ ] CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

#### Qualifica:

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

In quiescenza:  SÌ

<p><i>Inviatemi il codice di accesso a mezzo</i></p> <p><input type="checkbox"/> FAX _____</p> <p><input type="checkbox"/> E-MAIL _____</p> <p><input type="checkbox"/> POSTA _____</p> <p>_____</p>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center;"> <p><b>Non compilare</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center; margin-left: 20px;"> <p><b>Non compilare</b></p> <p>Codice ANMCO _____</p> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; text-align: center; margin-left: 20px;"> <p><b>Non compilare</b></p> <p>Codice Unico _____</p> </div>
	<p><b>Codice attribuito</b></p> <p>Username _____</p> <p>Password _____</p> <p><b>Firma Segreteria ANMCO</b></p> <p>_____</p>

## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

Puoi pagare la quota associativa utilizzando il **bollettino di C.C. allegato oppure 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 Marmorata, 36 - Tel. 055 571798 - Fax 055 579334  
e-mail: segreteria@anmco.it

### DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Non compilare**

Codice Unico

**Non compilare**

Codice ANMCO

#### DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA

Abitazione: INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA  CAP

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

Anno di laurea \_\_\_\_\_ Specializzato in Cardiologia  SI  NO Anno di specializzazione \_\_\_\_\_

Altre specializzazioni \_\_\_\_\_

#### COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

**Ruolo:**  Cardiologo  Cardiochirurgo  Medico

**Struttura:**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  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 Primario o facente funzione \_\_\_\_\_

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) \_\_\_\_\_

#### Presidio:

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA  CAP

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

#### 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 - AR       Area Chirurgica - ACH       Area Emergenza/Urgenza - AEU  
 Area Genetica - AG       Area Management & Qualità - AMQ       Area Nursing - ANS  
 Area Prevenzione - AP       Area Scorporo - AS

**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).

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI**

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il 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 \_\_\_\_\_



## REQUIREMENTS FOR FELLOWSHIP OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (FESC)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### APPLICATION PROCEDURE

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

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

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

**THE ANNUAL MEMBERSHIP** fee in 1999 amounts to FF 1 600.-. The Fellowship fee is due annually, covering the period from January 1st to December 31st each year; it includes a subscription to the *European Heart Journal or Cardiovascular Research* and free registration at the E.S.C. annual Congress.

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

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

**DEADLINE FOR APPLICATIONS** sent to the National Society is **April 15th, 2000**, to allow time for review. The Society must forward them directly to the Fellowship Department before **May 15th, 2000**; this date also applies to applications for candidates from outside Europe.

**For further information and application forms, please contact:**

**ESC - MEMBERSHIP SERVICES FELLOWSHIP DEPARTMENT  
THE EUROPEAN HEART HOUSE**

**2035 Route des Colles, Les Templiers - BP 179**

**06903 Sophia Antipolis Cedex - FRANCE**

**Tel. +33 - (0)492947642**

**Fax +33 - (0)492948669**

**e-mail: blefevre@escardio.org**

## Aree ANMCO chi è interessato?

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

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

### Indirizzo abitazione:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

### Notizie sulla Struttura:

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

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

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

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

### Sono interessato alla seguente Area:

- Area Aritmie - AR     Area Chirurgica - ACH     Area Emergenza/Urgenza - AEU  
 Area Genetica - AG     Area Management & Qualità - AMQ     Area Nursing - ANS  
 Area Prevenzione - AP     Area Scenpenso - AS

### 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).

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 \_\_\_\_\_



## AREA EMERGENZA-URGENZA

di Francesco Chiarella



### A PROPOSITO DI ARRESTO CARDIACO

**U**no degli obiettivi dell'Area Emergenza è ri-proporre alla attenzione dei cardiologi il problema dell'arresto cardiaco e le relative modalità del soccorso. A questo tema sono stati dedicati una sessione del Convegno Nazionale promosso nell'Ottobre scorso dall'Area di cui sono pubblicati gli atti nell'ultimo numero del Giornale Italiano di Cardiologia e, recentemente, una giornata di lavori presso il Learning Center a Firenze.

L'arresto cardiaco costituisce nei paesi industrializzati una delle più importanti cause di morte. La variabilità con cui viene riportata l'incidenza dipende dalle diverse casistiche e dalla modalità di raccolta dati: ogni anno gli arresti sarebbero 300.000 negli USA e 40.000 in Italia. I dati sulla sopravvivenza variano in funzione della rapidità del soccorso e della attivazione della catena della sopravvivenza. Sappiamo che in alcune caotiche metropoli americane, tra cui New York, la sopravvivenza è minima (2-3%) mentre altrove (Seattle, Rochester) sforzi pluriennali di educazione della popolazione ed una ottimale organizzazione hanno ottenuti eccellenti risultati (sopravvivenza superiore al 40%). Tra i pochi dati disponibili in Italia ricordiamo quelli forniti dallo studio FACS effettuato in Friuli, che riporta una sopravvivenza del 6%.

In questo settore vi è una

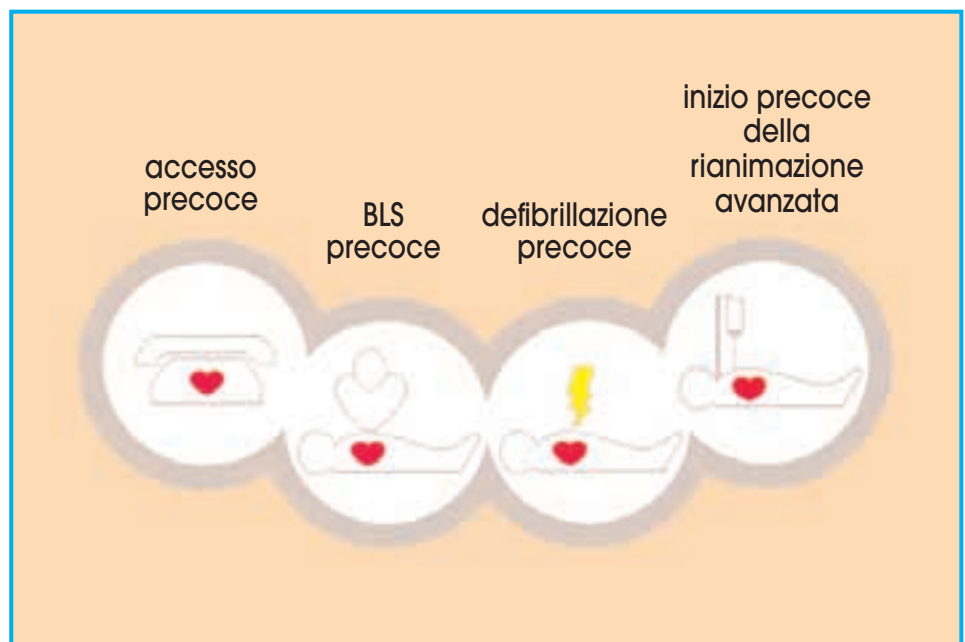
tradizionale arretratezza da parte dei Cardiologi italiani, mentre in altre nazioni le Associazioni scientifiche cardiologiche costituiscono la leadership culturale con cui le forze amministrative e politiche devono confrontarsi. L'AHA ne è la massima espressione, le Linee Guida e le campagne da essa promosse sono sotto gli occhi di tutti.

Sono in molti a chiedersi come intenda muoversi in proposito l'Area Emergenza dell'ANMCO. Essa ha focalizzato tre questioni di rilevante importanza. La prima riguarda il campo educativo, la seconda il campo organizzativo, la terza il campo legislativo.

### IN CAMPO EDUCAZIONALE

Solo la capillare attivazione della catena della sopravvivenza porta ad ottenere buoni risultati. Ciò significa avviare iniziative promozionali ed educazionali destinate a raggiungere il maggior numero possibile di persone. Si tratta di concepire una serie di azioni ad ampio raggio, che vanno dall'intervento nelle scuole a quello sui mass media e che vedono come punto centrale la organizzazione di corsi di rianimazione di base, di addestramento all'impiego del defibrillatore e di rianimazione avanzata. Numerose richieste in tal senso sono recentemente pervenute all'ANMCO.

L'Area Emergenza, che in passato ha utilizzato per i Corsi la struttura del Learning Center, ha fatto pervenire al Consiglio Direttivo gli elementi utili per una svolta in campo educativo ed è in attesa che il Di-



rettivo decida l'indirizzo da cui dipenderà il futuro dell'ANMCO in tema di formazione. Si tratta di decidere se la nostra Associazione debba avviare iniziative educative e gestirle in prima persona o se la formazione BLS ed ACLS debba essere delegata ad altri, fermi restando l'interesse e la disponibilità alla collaborazione.

In proposito non è da sottovalutare il ruolo che potrebbe assumere il personale infermieristico delle Cardiologie e delle UTIC. Le nostre infermiere ed i nostri infermieri hanno maturato grande esperienza sul campo ed in seguito alle recenti innovazioni riguardanti l'iter didattico e di carriera dimostrano un crescente interesse verso le iniziative di aggiornamento.

Il loro coinvolgimento potrebbe rappresentare un importante supporto in termini di energie e di operatività. La decisione di indirizzo che aspettiamo dovrà prevedere un piano di investimento per le esigenze di carattere didattico, di segreteria e per l'acquisto della idonea strumentazione (manichini, set completo di rianimazione, ecc).

Nel corso del Consiglio Nazionale del 21 gennaio è stato chiesto ai Delegati di esprimere un parere in proposito: con una sola eccezione i Delegati hanno chiesto che prendano il via al più presto iniziative educative gestite dall'ANMCO.

## IN CAMPO ORGANIZZATIVO

La risposta all'arresto cardiaco sul territorio è affidata al 118. Nell'équipe del 118 non è stata prevista la figura del Cardiologo. Tuttavia due elementi stanno riportando in primo piano la necessità di interazione istituzionale tra il 118 e le Cardiologie: la necessità di velocizzare l'avvio di terapie specialistiche sempre più sofisticate e costose ed i progressi riguardanti la trasmissione dei segnali.

Mentre in alcune aree metropolitane ed in alcune Regioni è già attivata una rete di collegamento per l'immediata identificazione dei pazienti da inviare all'angioplastica primaria, si va delineando uno scenario in cui gli operatori territoriali e la Centrale Operativa del 118 saranno collegati on-line con le UTIC. Dal luogo del soccorso (strada, casa, ambulanza) l'ECG a 12 derivazioni verrà trasmesso al Cardiologo, il cui parere risulterà determinante per decidere il percorso personalizzato del singolo paziente e per guidare la terapia durante il trasporto.

Se la Telemedicina ed il Telesoccorso costituiscono un nuovo fronte di impegno, i Cardiologi ospedalieri debbono riconsiderare quello tradizionale, spesso negletto, costituito dall'arresto cardiaco intraospedaliero. È ora di riportare questo tema alla attenzione di tutti, Cardiologi, Urgentisti e Rianimatori, Internisti e Direzioni Sanitarie. Se vi è consenso riguardo all'intervento del 'First Responder', in molte istituzioni non è ben definito chi gestisca il coordinamento della assistenza all'arresto, chi curi la preparazione e la manutenzione dei carrelli, se e come vengano raccolti i dati. Su questo le Cardiologie verranno invitate a fornire informazioni precisando tra l'altro se e quanti defibrillatori siano a disposizione, come dislocati ecc.

## IN CAMPO LEGISLATIVO

L'interruzione della fibrillazione ventricolare rappresenta il passaggio chiave per rendere efficace il soccorso al paziente con arresto cardiaco.

La decisiva innovazione costituita dalla diffusione dei defibrillatori semiautomatici ed automatici ha aperto il problema del loro impiego da parte di personale non medico e non sanitario, i cosiddetti 'laici'. Molti Paesi hanno avviato una normativa in proposito.

Negli USA, ove il soccorritore è protetto dalla legge federale del Buon Samaritano, le modalità inerenti la defibrillazione da parte di laici sono state regolate da un dispositivo promulgato nel Giugno '97 dallo Stato di New York. Nel 1999, in seguito ad una campagna lanciata dall'AHA, ben 35 Stati hanno approvato una legge ad hoc, ciascuno la propria, ed ora si attende una legge federale sul tema.

Attualmente manca in Italia un riferimento legislativo per chi impiega il defibrillatore.

Elementi di incertezza non riguardano solo i laici ma anche gli infermieri, per i quali la abolizione del mansionario ha creato un vuoto, mancando tuttora una normativa. Riteniamo che i Cardiologi debbano dare il loro contributo alla preparazione delle regole che governeranno la materia, specificando chi possa/debba effettuare la defibrillazione con apparecchiature semiautomatiche/automatiche, a chi ne debba essere affidata la custodia, quale diffusione i defibrillatori dovranno avere, quali i percorsi formativi ecc. Su questo tema l'Area Emergenza aprirà un dibattito con i Cardiologi e le altre Società Scientifiche e lavorerà per formulare proposte legislative.



## AREA PREVENZIONE

### L'ANMCO E LA PREVENZIONE

*a cura del Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione*

*DIEGO VANUZZO, SERGIO PEDE,*

*MARINELLA GATTOE, LORENZA PILOTTO,*

*GIUSEPPE SCHILLACI, MASSIMO UGUCCIONI*

**I**l 2000 ha portato aria nuova alla nostra Associazione che si interroga sul proprio futuro, come emerge in particolare:

- dalla proposta del SIMPOSIO ORGANIZZATIVO “L'ANMCO nella SANITÀ che CAMBIA” e i relativi temi base, fatta nel numero precedente di “Cardiologia negli Ospedali”;
- dal dibattito al Consiglio Nazionale del 29 gennaio 2000.

A leggere accuratamente il materiale ed i temi proposti è ben evidente come la PREVENZIONE sia, giustamente, un tema trasversale. Pertanto il Comitato di Coordinamento ha riflettuto su come la prevenzione sia connessa a ricerca, formazione, territorio, cittadini e accreditamento e propone le sue elaborazioni a tutti come contributo fattivo al dibattito.

Nel tema guida “L'ANMCO e la ricerca” Luigi Tavazzi traccia la storia del Centro Studi, chiede giustamente di definire la strategia associativa sulla ricerca e definisce, tra gli obiettivi prioritari:

- organizzazione di reti informatiche, studi di epidemiologia e data-base longitudinali;
- studi osservazionali e di outcome su aspetti decisionali critici della pratica cardiologica (aggiungiamo: inclusa la prevenzione);
- studi di nuove strategie terapeutiche, inclusi gli studi di popolazione.

Concordiamo del tutto su questa impostazione che, per gli aspetti che ci riguardano è la nostra, come documentato dai documenti della 2<sup>a</sup> Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica, dal grande lavoro per realizzare un software adeguato agli ambulatori di cardiologia preventiva e ipertensione

(sperabilmente in fase finale), dall'organizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano. Dal punto di vista pratico ci preme però sottolineare tre aspetti, derivati da queste esperienze e da quanto si profila all'orizzonte internazionale:

- molti nostri Soci non sono ancora stati formati a raccogliere dati standardizzati con controllo di qualità e ritengono che la meticolosità necessaria sia un inutile aggravio; ancor più difficile è la valutazione degli eventi che va fatta con strumenti epidemiologici e non clinici, con possibili discrepanze dovute alla rigorosa impostazione dei primi: il Centro Studi dovrebbe quindi investire moltissimo nell'addestramento alla raccolta di dati accurati e sviluppare un vero e proprio sistema di controllo di qualità esterno anche per le variabili raccolte routinariamente;
- per molti studi e per l'accesso ai dati di outcome, anche se devono essere validati, il rapporto del Centro Studi con le istituzioni è fondamentale, basti pensare alla legge sulla privacy: senza la joint-venture con l'Istituto Superiore di Sanità e l'avallo degli Assessorati Regionali, l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano non sarebbe stato possibile;
- nel mondo la decodifica del genoma umano, da parte di pubblici e privati, sta procedendo a tappe forzate e già è cominciata la ricerca applicata su quanto finora delucidato: chi possedesse grandi banche genetiche associate a dati qualità potrebbe essere cooptato in ricerche di notevolissimo spessore: per la sua dimostrata capacità organizzativa l'ANMCO potrebbe raccogliere banche biologiche (sangue intero o buffy coat congelato) oltre che informatiche sia sui malati che sui sani, tentando di ottenere finanziamenti indipendenti per allestirle.

Per quanto riguarda il Comitato per la Ricerca pensiamo che possa essere un'ottima soluzione anche perché ci sono in Italia veri esperti di prevenzione di profilo internazionale.

Per quanto riguarda “L'ANMCO e la formazione permanente del medico”, siamo evidentemente d'accordo con la “specializzazione europea”, ma riteniamo che per una vera professionalità dedicata all'epidemiologia e alla prevenzione ci sia bisogno di un iter

formativo peculiare, del tipo “Master in epidemiologia e prevenzione” da conseguirsi con metodologia didattica innovativa presso la Scuola Superiore in Epidemiologia e Prevenzione Cardiovascolare che la 2a Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica ha unanimemente identificato come necessaria.

Non si tratta di certificare una sottospecializzazione ma di fornire strumenti operativi efficaci a cardiologi clinici già formati che si orientino verso l’approccio preventivo di comunità nella lotta alle cardiovasculopatie. Per quanto riguarda la formazione permanente, sia dei generalisti che degli specialisti, riteniamo che epidemiologia e prevenzione cardiovascolare debbano essere inseriti a pieno titolo nel curriculum.

Nel tema guida “**I’ANMCO e il territorio**” Gianluigi Nicolosi evidenzia molti concetti che ci trovano d’accordo.

Siamo del tutto convinti che il vero problema dell’ANMCO oltre il 2000 risieda negli ospedali di rete e nel territorio.

È qui che l’Associazione può fare molto, recuperando quello slancio originario che ha fatto fiorire capillarmente la Cardiologia ospedaliera italiana, e la prevenzione cardiovascolare è un’opportunità incredibile per istituzioni in pericolo di perdita d’identità.

Se, come dice Nicolosi nel quadro dei suoi progetti-obiettivo, vogliamo recuperare la competenza preventiva in ambito cardiologico, dobbiamo fare in modo che i Servizi di Cardiologia senza posti letto (circa il 35% delle Cardiologie italiane) assumano una configurazione organizzativa e operativa di strutture ospedaliere preposte prevalentemente ad attività di prevenzione e aperte al territorio, con particolare riguardo al Distretto di riferimento; nell’ambito di questa rete va poi prevista, in strutture a specifica competenza, l’attivazione di vere e proprie Sezioni di Epidemiologia e Prevenzione cardiovascolare secondo le indicazioni della 2a Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica.

Qui la telecardiologia (primo progetto obiettivo) può fare molto: mettere in rete i servizi e le Sezioni di Epidemiologia e Prevenzione, creare forum con casi clinici per accrescere la competenza, rispondere ai quesiti dei medici generalisti, ecc.

Il quarto tema “**I’ANMCO e i cittadini**” è affrontato da Marco Bobbio con molta lucidità. Se certamente i

cittadini e le loro organizzazioni vanno coinvolti nella programmazione, nel controllo e nella valutazione dei servizi sanitari che si indirizzano a bisogni espressi, a maggior ragione essi dovranno essere coinvolti nelle attività di prevenzione che, soprattutto se primarie, si indirizzano a bisogni non percepiti.

L’ANMCO ha già contribuito alla nascita della Heart Care Foundation, che tra gli scopi istituzionali ha quello di promuovere la cultura della prevenzione cardiovascolare nella popolazione generale: forse questa potrebbe essere la sede per creare l’AREA PER I CITTADINI adombrata da Bobbio in cui far confluire gli strumenti culturali, organizzativi ed etici dell’Associazione, come pure il raccordo con le organizzazioni dei cittadini.

Pur rispettando in pieno l’autonomia della Heart Care Foundation, l’ANMCO potrebbe creare con questa un protocollo d’intesa reperendo i fondi con un’azione comune nella società civile, onde garantire quel “programma di alto profilo scientifico e culturale a favore della Sanità” che l’AREA PER I CITTADINI dovrebbe proporsi.

Infine nei documenti sull’accreditamento vanno tenute presenti le esigenze della sezione di epidemiologia e prevenzione, alla quale, oltre a competenze specifiche, già descritte sopra, vanno assegnate risorse strumentali per la gestione degli ambulatori dell’alto rischio e di prevenzione secondaria che vanno dagli elettrocardiografi con ampiezza modificabile per le misurazioni integrative di valutazione dell’IVS, all’ecografo cardiaco e vascolare, al monitoraggio non invasivo della PA, all’Holter, ai test ergometrici sino ai computer con i programmi di rischio e statistici e la possibilità dei collegamenti in rete.

In conclusione, l’ANMCO può fare molto per la prevenzione cardiovascolare, contribuendo al risparmio di sofferenze umane ed anche, nel medio termine, a quello economico.

Non è più tempo di dedicarsi artigianalmente alla prevenzione cardiovascolare; ci vogliono professionalità specifiche, con un bagaglio culturale più esteso della Cardiologia clinica che pure dev’essere perfettamente assimilata. L’ANMCO può e, secondo noi, deve impegnarsi in questa missione che comprende formazione, diffusione, attuazione, ricerca scientifica, controllo di qualità, verifica, in un rapporto fecondo con le istituzioni e i cittadini.



# AREA PREVENZIONE

di Giuseppe Schillaci



## IPERTENSIONE ARTERIOSA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IN ITALIA: UN PASSO INDIETRO

### IL CASO

Oggi è giorno di ambulatorio. Vedo la signora A.P. di 54 anni, da 4 in menopausa, ipertesa da alcuni mesi. La pressione arteriosa in ambulatorio (media di ripetute misurazioni) è di 192/110 mmHg; un monitoraggio automatico per 24 ore conferma valori medi diurni elevati (161/102 mmHg).

La signora non è diabetica né fumatrice, ha una lieve ipercolesterolemia, e non ha segni di danno d'organo (ECG, fundus oculi).

Anche un ecocardiogramma è normale. Concludo per un rischio cardiovascolare piuttosto elevato, determinato sostanzialmente dagli elevati valori pressori, e consiglio una terapia farmacologica e un adeguato programma di controlli clinici.

### LA LEGGE

Il Ministro della Sanità ha recentemente licenziato il nuovo "regolamento recante le norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti", per le quali è previsto il diritto alla multiprescrizione e all'esenzione dalla spesa per le prestazioni diagnostiche [1].

Ampio risalto è stato dato

dai mezzi di comunicazione al fatto che, rispetto alla precedente normativa [2], il numero delle patologie comprese nell'elenco è salito da 37 a 55.

Non altrettanta attenzione ha ricevuto il fatto che, per quanto riguarda una delle patologie più diffuse nel nostro Paese quale l'ipertensione arteriosa, sono stati limitati considerevolmente i requisiti necessari per ottenere tali diritti.

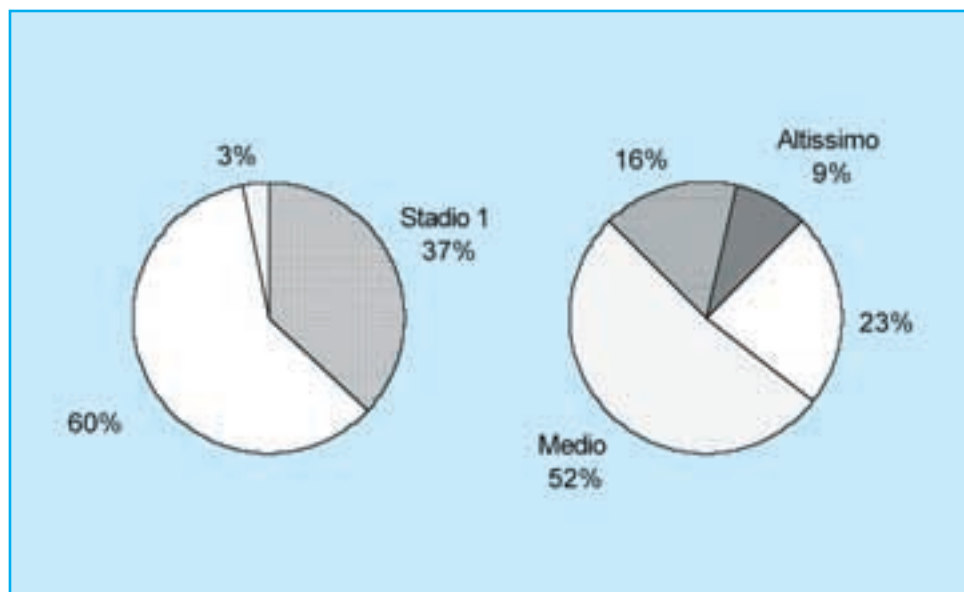
In particolare, in base alla normativa precedente, tutti i soggetti con ipertensione arteriosa resistente al trattamento non farmacologico avevano il diritto alla multiprescrizione (con un tetto di 6 confezioni per prescrizione invece di 2) e all'esenzione dalla partecipazione alla spesa relativa a una serie di prestazioni diagnostiche.

L'attuale regolamento restringe tale diritto ai soggetti ipertesi in stadio OMS 2 e 3, ossia ai soggetti con evidenza di danno d'organo [3] o con complicazioni cardiovascolari clinicamente evidenti (cardiopatía ischemica, insufficienza cardiaca o renale, vasculopatia cerebrale, arteriopatia periferica).

La signora A.P., portata in esempio più sopra, non ha diritto all'esenzione.

### LE CONSEGUENZE

Per valutare l'impatto sociale di questo provvedimento, abbiamo valutato una popolazione di 1907 soggetti adulti con ipertensione arteriosa essenziale non trattati, inviati da un gruppo di medici di base e valutati



presso 3 ambulatori ospedalieri della provincia di Perugia (Castiglione del Lago, Città della Pieve, Perugia) nell'ambito del registro epidemiologico PIUMA (Progetto Ipertensione Umbria Monitoraggio Ambulatoriale).

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad esame clinico, e a tutti gli esami di primo livello raccomandati dall'OMS per la valutazione del rischio cardiovascolare globale e lo screening dell'ipertensione secondaria [3].

Come si può osservare dalla Figura, il 37% dei soggetti è risultato in stadio OMS 1, e quindi non avente diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Ma ciò che è più rilevante è che questo 37% non è costituito da soggetti tutti o prevalentemente a basso rischio cardiovascolare (Figura).

Al contrario, in virtù dei valori pressori elevati e/o dei fattori di rischio concomitanti, tale popolazione risulta a basso rischio (secondo la classificazione proposta dall'OMS [3]) in appena il 23% dei casi.

La grande maggioranza (77%) dei soggetti ipertesi in stadio OMS 1 risulta a rischio medio o – in 1/4 dei casi – a rischio alto o altissimo.

Si tratta dunque per la maggior parte di soggetti nei confronti dei quali l'insieme delle conoscenze attuali rende giustificata e, anzi, necessaria un'azione continua e persuasiva di modifica delle abitudini igienico-dietetiche, insieme al frequente ricorso alla terapia farmacologica, anche di associazione [3, 4].

Rafforzano questo convincimento i recenti, sconcertanti dati sullo scarso grado di controllo della pressione arteriosa nella popolazione italiana [5-7] e l'enorme costo – in termini di morbilità, di mortalità e di spesa sanitaria – che lo scarso controllo pressorio nella popolazione comporta [8, 9].

Proprio la quota di soggetti ipertesi che non ha ancora evidenza di danno d'organo è, per ciò stesso, portata più facilmente a sottostimare il proprio rischio di future complicazioni cardiovascolari, e a sottoporsi malvolentieri a modificazioni dello stile di vita e a trattamenti rivolti a prevenire un rischio percepito erroneamente come "remoto".

Proprio per questa consistente quota di soggetti, l'accesso alle strutture sanitarie diventa oggi nel nostro Paese più difficile: per la signora A.P., come per molti altri pazienti, è prevedibile che *la mancanza della multiprescrizione otterrà l'effetto di moltiplicare gli accessi presso il medico di famiglia, e la privazione del diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria scoraggerà la fruizione degli esami diagnostici di primo livello* [3].

Con tutta la considerazione che meritano malattie più rare che sono state giustamente incluse nell'elenco delle patologie croniche [1], l'esclusione di oltre 1/3 dei soggetti ipertesi dal diritto alla multiprescrizione e all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria è un passo – poco o molto importante che sia – che non favorisce certo la diffusione di una cultura della prevenzione, e in particolare della prevenzione cardiovascolare.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Regolamento recante le norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124. Decreto Ministero della Sanità 28 maggio 1999, n. 329. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 25 settembre 1999, parte prima.
- [2] Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria. Decreto Ministero della Sanità 1 febbraio 1991. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 7 febbraio 1991, parte prima.
- [3] Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization–International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151-183.
- [4] Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
- [5] Mancia G, Sega R, Milesi C, Cesana G, Zanchetti A. Blood-pressure control in the hypertensive population. *Lancet* 1997; 349: 454-457.
- [6] Di Bari M, Salti F, Nardi M, Pahor M, De Fusco C, Tonon E, Ungar A, Pini R, Masotti G, Marchionni N. Undertreatment of hypertension in community-dwelling older adults: a drug-utilization study in Dicomano, Italy. *J Hypertens* 1999; 17: 1633-1640.
- [7] Giampaoli S, Vanuzzo D, e il gruppo di ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1463-1471.
- [8] Levy D, Bairey Merz CN, Cody RJ, Fouad-Tarazi FM, Francis CK, Pfeffer MA, Scott NA, Swan HJC, Taylor MP, Weinberger MH. Hypertension detection, treatment and control: a call to action for cardiovascular specialists. *J Am Coll Cardiol* 1999; 34: 1360-1362.
- [9] Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KKL. The progression from hypertension to congestive heart failure. *JAMA* 1996; 275: 1557-1562.

## AREA SCOMPENSO CARDIACO

di Giovanni Pulignano



*La valutazione multidimensionale dello scompensato anziano può consentire di formulare, nel singolo paziente, il programma di trattamento e di follow-up più adeguato alle sue esigenze, con un più efficiente ed efficace impiego delle (limitate) risorse disponibili.*

### Progetto sulla valutazione multidimensionale dei pazienti anziani con scompensato (VAS). Studio pilota

**L**o scompensato cardiaco dell'anziano è un problema di crescente importanza per le strutture sanitarie ma con caratteristiche peculiari ancora poco esplorate, a causa della frequente esclusione dei vecchi dai grandi trials clinici. Da questi ultimi, con età media degli arruolati intorno ai 60 anni, vengono estrapolati risultati che, nella pratica clinica, si applicano ad una popolazione con età media di 76 anni. Si rendono necessarie, pertanto, l'acquisizione di nuove conoscenze epidemiologiche e cliniche e la modifica di alcuni atteggiamenti culturali. Cardiologi, Internisti, Medici di Medicina Generale e Infermieri che si occupano di scompensato dovrebbero disporre di Linee Guida specifiche e dovrebbero mutare il loro atteggiamento nei riguardi del cardiopatico anziano (spesso "fragile", con patologie multiple ed a rischio di non autosufficienza) arricchendo il loro bagaglio professionale anche con la conoscenza di metodiche di valutazione e di assistenza continuativa di derivazione geriatrica e riabilitativa.

L'anziano è un'entità biologica diversa dal giovane e dall'adulto; il suo stato di salute dipende, in eguale misura, da problemi di ordine fisico, psicologico, socio-economico ed ambientale e necessita, quindi, di un intervento preventivo, curativo e riabilitativo specifico. Questo modello di assistenza impiega una metodologia che si chiama valutazione multidimensionale (comprehensive geriatric assessment) costituita, oltre che dalla valutazione medica, anche dalla valutazione della qualità della vita e dello stato funzionale (capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana - Activities of Daily Living), psico-cognitivo, socio-economico ed ambientale. *Vi sono fondati motivi per ritenere che anche questi fattori possano concorrere a determinare il decorso e la prognosi di malattie croniche come lo scompensato cardiaco.* Non a caso, la terapia dello scompensato deve essere "comprehensive and continuing", e la sua gestione richiede più

una organizzazione multidisciplinare e di équipe che una superspecialistica e individualistica.

In questo modello assistenziale, il coinvolgimento dell'Infermiere Professionale ha comportato vantaggi nel processo di educazione, nel monitoraggio della adesione alla terapia e al programma di follow-up e nel supporto emotivo, permettendo di conseguire anche un contenimento dei costi, elevati per ricoveri e disabilità.

È nata pertanto l'idea di un progetto di ricerca finalizzato a conseguire alcuni semplici scopi:

1. Progettare uno strumento infermieristico di valutazione globale di pazienti anziani scompensati (valutandone sul campo applicabilità e utilità).
2. Approfondire la conoscenza delle caratteristiche dello scompensato cardiaco nella popolazione anziana.
3. Diffondere tra i Cardiologi e gli Infermieri che si occupano di scompensato, la conoscenza e l'impiego di metodiche di valutazione specifiche per il paziente anziano.

Lo strumento, Scheda di Valutazione dell'Anziano con Scompensato (SVAS) è stato appositamente progettato per un utilizzo in pazienti afferenti a strutture cardiologiche, sia a livello ambulatoriale che pre-dimissione, ed è composta di 2 Sezioni. La prima sezione, Clinica, contiene tutti i dati anamnestici e strumentali relativi allo scompensato cardiaco; la seconda, Multidimensionale, scale già ampiamente validate e raccoglie i dati sulla situazione socio-ambientale, sul grado di autonomia funzionale nello svolgimento delle attività della vita quotidiana (scale IADL e ADL), sullo stato cognitivo (Short Portable Mental Status Questionnaire), sulle comorbidità (Charlson Index) e sulla qualità della vita (Minnesota Questionnaire). Il progetto e la scheda sono stati presentati nell'ambito del Corso ANMCO di Formazione sullo Scompensato per Infermieri Professionali che si è tenuto a Firenze il 26 ottobre scorso. Nel corso della riunione stessa sono state raccolte adesioni ad uno studio pilota di fattibilità. I risultati iniziali sono stati incoraggianti:

- 1) hanno aderito 26 dei 42 Infermieri Professionali informati (62%);
- 2) sono state compilate 265 schede;
- 3) il materiale è stato sottoposto ad una verifica centralizzata di congruità (sia cardiologica che geriatrica);
- 4) sono state registrate le difficoltà incontrate dagli operatori e le loro impressioni hanno permesso di identificare e correggere, in modo interattivo, alcuni "bugs";
- 5) è stata testata la riproducibilità intra- e interosservatore dei dati raccolti;
- 6) sono stati elaborati diversi spunti di analisi sul grado di disabilità e sulla QDV dei pazienti studiati, che saranno verificati in un prossimo studio prospettico.

Il risultato più importante, tuttavia, sembra quello derivante dal piacere di vedere realizzato, grazie alle Aree Scompensato e Nursing e al Centro Studi, un primo, semplice studio multicentrico in cui, Cardiologi e Infermieri Professionali sparsi su tutta la Penisola, hanno iniziato a lavorare "fianco a fianco".

## DALLE REGIONI

**EMILIA-ROMAGNA**

**L**a Sezione regionale dell'Emilia Romagna ha intrapreso per l'anno 2000 numerose iniziative di carattere scientifico-culturale e didattico, riportate nel programma allegato.

Vengono affrontate diverse problematiche diagnostiche e terapeutiche, alcune delle quali in collaborazione con la SIC ed altre con l'ANCE. Alcuni Corsi sono indirizzati al personale tecnico-infermieristico, la cui crescita culturale in questi ultimi anni è sotto agli occhi di tutti e questo risultato premia un grosso impegno della nostra Associazione in questo settore.

Il Consiglio regionale dell'ANMCO sente il dovere di ringraziare i Cardiologi e gli Infermieri che si sono proposti, sobbarcandosi un impegno non indifferente, per l'organizzazione dei Corsi di aggiornamento.

## PROGRAMMA 2000

**3 Marzo - Ferrara**

*"La sincope: un approccio multidisciplinare"*

Cardiologia Area Medica, Arcispedale S. Anna  
Organizzatore: Dott. Paolo Gruppillo

**7 Aprile - Comacchio (Fe)****Corso ANMCO - ANCE**

*"Problematiche terapeutiche nel paziente con cardiopatia ischemica"*

Cardiologia, Ospedale S. Camillo  
Organizzatore: Dott. Gian Franco Baggioni

**28 Aprile - Ravenna**

*"Coronarografia oggi"*

Cardiologia, Ospedale S. Maria delle Croci  
Organizzatore: Dott. Aleardo Maresta

**5 Maggio - Bologna**

*"La cardiologia invasiva del 2000"*

Cardiologia, Ospedale Maggiore  
Organizzatore: Prof. Daniele Bracchetti

**11-12 Maggio - Bologna**

*Convegno Nazionale. "Attualità in Cardiologia"*

Cardiologia, Policlinico S. Orsola-Malpighi  
Organizzatore: Prof. Giovanni Di Biase

**13 Maggio - Rimini****Corso ANMCO - SIC - ANCE**

*"Cardiopatia ischemica. Dalla prevenzione alla terapia chirurgica"*

Cardiologia, Ospedale degli Infermi  
Organizzatore: Dott. Giancarlo Piovaccari

**25-27 Maggio - Cesena**

*"6° Simposio Internazionale. Nuclear Cardiology Today 2000 and beyond"*

Medicina Nucleare, Ospedale Bufalini  
Organizzatore: Dott. Pier Luigi Pieri

**3 Giugno - Bologna****Corso ANCE - SIC - ANMCO**

*"Elettrocardiografia clinica 2000"*

ANCE Regionale  
Organizzatore: Dott. Marziano Querzè

**Giugno - Modena**

*"La cardiologia interventistica nel trattamento della cardiopatia ischemica e delle aritmie"*

Cardiologia, Ospedale Civile S. Agostino  
Organizzatore: Prof. Romeo G. Zennaro

**Giugno - Modena**

*"Compiti del personale tecnico ed infermieristico nella riabilitazione cardiologica"*

Corso indirizzato al personale tecnico-infermieristico di Cardiologia  
Cardiologia, Ospedale Civile S. Agostino  
Organizzatore: Prof. Romeo G. Zennaro

**Settembre - Forlì**

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

Corso indirizzato al personale tecnico-infermieristico di Cardiologia  
Cardiologia, Ospedale G.B. Morgagni  
Organizzatore: Dott. Franco Rusticali, Dott. Marcello Galvani

**12-13 Ottobre - Cento (Fe)**

*5° Simposio Internazionale "Giornate aritmologiche centesi"*

Cardiologia, Ospedale Civile  
Organizzatore: Dott. Paolo Alboni

**Ottobre - Carpi****Corso ANMCO - SIC**

*"Controversie in Cardiologia"*

Cardiologia, Ospedale B. Ramazzini  
Organizzatore: Dott. Silvio Ricci

**Ottobre - Bologna****Corso ANMCO - SIC - ANCE**

*"Scompenso cardiaco 2000"*

Dipartimento di Medicina Interna e Cardioangiologia,  
Policlinico S. Orsola  
Organizzatori: Prof. Paolo Puddu, Dott. Fabio Zacà

**Novembre - Sassuolo**

*"La gestione dell'emergenza cardiologica: una sfida culturale ed organizzativa"*

Corso indirizzato al personale tecnico-infermieristico di Cardiologia  
Cardiologia, Ospedale Civile  
Organizzatori: Dott. Francesco Melandri, Sig. Armando Francesconi

Paolo Alboni (Delegato),  
Flavio Bologna, Roberto Casanova, Mario De Blasi,  
Oscar Gaddi, Francesco Melandri, Filippo Ottani



**FRIULI****PROGRAMMA**

ore 10.00

**Tre sedute contemporanee di comunicazioni o poster***Moderatori:* Riccardo Buchberger, Roberto Cazzin, Leopoldo Celegon, Pietro Maiolino, Carlo Martines, Jacopo Dalle Mule*alla migliore comunicazione o poster il Premio di Studio Sigma-Tau*ore 11.30-13.00 - **SIMPOSIO***Moderatori:* Luigi Giommi, Pietro Zonzin**Le unità per il dolore toracico: reale vantaggio o spreco di risorse** - Silvio Klugmann**Gli interventi "ibridi" di rivascularizzazione**  
Alessandro Fontanelli**Applicazioni cliniche dell'ecocardiografia intravascolare** - Enrico Barbieri

Convegno Triveneto di Cardiologia

FIC - ANMCO - SIC - ANCE

**La Cardiologia nel Terzo Millennio****Trieste - Palazzo dei Congressi - 8 aprile 2000, ore 9.00****Cardioversione della fibrillazione atriale: nuove problematiche** - Piero Delise**La continuità assistenziale; rapporto ospedale-territorio** - Gian Luigi Nicolosiore 14.15-15.45 - **SIMPOSIO***Moderatori:* Paolo Fioretti, Mario Vincenzi**Cardiomiopatia dilatativa: è cambiata la storia naturale?**  
Andrea Di Lenarda**Quando l'ablazione del flutter e della fibrillazione atriale?** - Alessandro Proclemer**Ecocardiografia: l'evoluzione continua**  
Claudio Pandello, Bruno Pinamonti**Trattamento medico e chirurgico della insufficienza mitralica** - Fabio Chirillo, Loris Salvador**Le indicazioni attuali al defibrillatore automatico** - Giuseppe Vergaraore 16.15-17.30 - **SIMPOSIO***Moderatori:* Eligio Piccolo, Tullio Morgera**Prospettive future della risonanza magnetica nucleare** - Peter Knoll**La cardiologia molecolare nel terzo millennio**  
Eloisa Arbustini**La neurostimolazione midollare nell'angina refrattaria** - Bruno De Piccoli, Guerrino Zuin**I risultati a lungo termine della valvuloplastica mitralica** - Raffaello Chion**Segreteria:** Sabino Scardi - Centro Cardiovascolare  
Via Farneto, 3 - 34100 Trieste - Tel. 040 3995276  
Fax 040 3995277 - E-mail: CCV@ass1.sanita.fvg.it**MARCHE**di *Marcello Manfrin***Aggregazioni regionali: un antidoto al provincialismo**

**I**n due anni di mandato come Delegato Regionale credo di aver appreso alcuni elementari insegnamenti: uno di questi è che "piccolo è bello": è stato possibile infatti con poco sforzo comunicare con tutte le unità operative della Regione nel tentativo di dare fiato a quelle poche iniziative che siamo stati in grado di produrre.

D'altra parte le nostre dimensioni limitate rappresentano un problema: c'è difficoltà a dare respiro alle varie branche della Cardiologia (cosicché pensare ad un'attività per Aree può equivalere ad ideare un'opera di miniatura), gli sforzi per un confronto trovano gli eterni sempre pochi interessati o disponibili e via dicendo.

La proposta di un'aggregazione fra Regioni vicine per

costituire una macroregione ANMCO dell'Italia centrale presentatami dal Dott. Vergassola, il Delegato della Toscana, mi ha trovato molto interessato e con me i Delegati di Abruzzo e Molise. L'intento è chiaro, non quello di abolire l'attività delle piccole Regioni a livello locale, ma quello di offrire attraverso la fusione delle forze di Regioni medio-piccole le stesse opportunità delle Regioni con 500-600 Soci.

Spudoratamente mi sono appropriato dell'argomento e ne vengo a parlare su queste colonne (non me ne voglia l'amico Vergassola, che acutamente ha gettato il seme), perché credo che renderlo pubblico ed aperto alla discussione possa rappresentare un passo in avanti.

Io sarei dell'idea di formalizzare la macroregione (nel nostro caso potrebbe contenere Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise e Marche) creando un Consiglio formato dai 5 Delegati Regionali, di cui uno a turno o elettivamente, promuove gli incontri e le attività comuni.

Fra le attività da coordinare vedrei studio ed elaborazione di programmi organizzativi da proporre alle rispettive agenzie regionali, organizzazione di corsi con grosse valenze pratiche (da inserire nei programmi del Learning Center), ma con decentramento e/o duplicazione delle sedi dei corsi, studi focalizzati su problemi eminentemente di natura locale.

Perché infine pubblicare queste note: perché la trasparenza è una dote della nostra Associazione, perché altri possano portare critiche, consigli ed indicazioni, perché si ritiene che in un futuro un simile tipo di organizzazione possa entrare negli organi statuari.

**MOLISE****Sabato 6 maggio 2000** si terrà a Campobasso il Convegno su **STRATEGIE TERAPEUTICHE NELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO**

In tale occasione vi sarà anche l'Assemblea dei Soci ANMCO della Regione Molise e l'elezione del nuovo Direttivo Regionale

## DALLE REGIONI

# PIEMONTE - VALLE D'AOSTA

di Enzo Commodo



## NOTIZIE

**I**l giorno 29 gennaio scorso si è tenuta la prima Riunione regionale dell'anno 2000 dedicata alla "Regulation o Deregulation in Cardiologia", in cui si sono discusse le problematiche nate, da un lato, dalla proliferazione dei centri di procedura invasiva quali i laboratori di emodinamica e di elettrofisiologia-elettrostimolazione, dall'altro dalla inadeguatezza della rete riabilitativa nella nostra Regione. Hanno relazionato i tre Gruppi di lavoro ANMCO-SIC in collaborazione con GISE per l'emodinamica diagnostica ed interventistica, con AIAC per l'elettrostimolazione e l'elettrofisiologia e con GIVFRC per la riabilitazione cardiologica.

### **Elettrostimolazione ed Elettrofisiologia**

(F. Gaita - E. Occhetta - M. Ivaldi)

Ventisette su trentaquattro Unità Operative di Cardiologia impiantano PM definitivi con numero di impianti variabile da 50 a 350 stimolatori/anno; di questi, cinque centri effettuano procedure diagnostico-interventistiche di elettrofisiologia; un centro ha volumi elevati ed effettua tutti i tipi di ablazione. Pur se il numero minimo di impianti segnalato è in accordo con le Linee Guida ANMCO-SIC-AIAC per questo tipo di prestazione, si è sentita l'esigenza di elaborare un modello di autocertificazione, in corso di verifica, in cui il numero degli impianti è solo uno dei criteri di adeguatezza insieme ad altri indicatori di qualità. Questo sistema non solo permette di avere una valutazione di insieme del Centro in esame, ma consente di individuare i settori in cui esso è più carente e di porvi conseguentemente rimedio (referente Dott. E. Occhetta, Divisione di Cardiologia Universitaria Ospedale di Novara).

### **Emodinamica**

(F. Orzan - A. Dellavalle - F. Freggiaro)

Il Piano Sanitario Regionale 1997-99 prevedeva un numero di 14.000 esami diagnostici per la popolazione di

4.5 milioni di abitanti, circa 3100 procedure per milione, a fronte di circa 2000 esami previsti per milione di abitanti dalla realtà nazionale, in conformità alla prevalenza attuale della cardiopatia ischemica nella nostra Regione. Nel P.S. Regionale '97-'99 il numero di centri deputati all'attività diagnostica è stato portato a 13 da 8 del P.S. precedente.

La realtà attuale è che ben 24 Unità Operative di Cardiologia su 34 effettuano indagini invasive perlomeno diagnostiche. Vi è stata quindi una "proliferazione" dei laboratori al di fuori della iniziale programmazione regionale.

I motivi fondamentali sono individuabili nell'esigenza di crescita professionale dei Cardiologi dei centri minori, nelle reali difficoltà incontrate nel trasferimento dei pazienti per lo studio diagnostico ai centri maggiori e, non ultimo, nella evoluzione tecnologica che ha messo a disposizione apparecchi che consentono esami di qualità accettabile a costi contenuti.

Nel corso della Riunione si è delineata una contrapposizione tra i centri che possono esibire numeri più alti insieme alla possibilità, per la presenza, di solito, della cardiocirurgia in sede, di eseguire procedure interventistiche, e centri minori che utilizzano usualmente l'angiografo non solo per la diagnostica coronarica, ma anche per quella vascolare periferica.

Lo scontro verte soprattutto sul numero di esami quale criterio di qualità e quindi, in futuro, di accreditamento della struttura e degli operatori. Si fa appello alle Linee Guida Societarie, peraltro non modificate dalle più recenti Linee Guida dell'American Heart e American College, che spesso possono risultare difficilmente applicabili in alcune situazioni, prime fra tutte quelle che dipendono dalle aree geografiche e dalle conseguenti distanze e difficoltà di comunicazione con i centri di riferimento.

Durante la riunione questa contrapposizione non è stata completamente risolta e si è rimandata la stesura di un documento di mediazione comune ad un incontro tra i referenti dei Centri cardiologici piemontesi e il funzionario regionale deputato alla programmazione della Cardiologia.

### **Riabilitazione Cardiologica**

(P. Giannuzzi - M. Vona - G. Ingnoli)

Sulla base degli standard operativi riconosciuti dalle Società Scientifiche in Piemonte e Valle d'Aosta sono operative le seguenti strutture:

#### **Piemonte:**

- Fondazione S. Maugeri Veruno (NO) 85 posti letto (1800 pz. anno).
- Riabilitazione Cardiologica Osp. Mauriziano di Lanzo (TO) 21 posti letto.
- Casa di Cura Villa Serena Piossasco (privata accreditata) 60 posti letto (1200 pz. anno).



- Servizio di Riabilitazione Cardiologica presso Divisione di Cardiologia Ospedale Mauriziano di Torino (regime ambulatoriale) 150 pz. anno.

#### Valle d'Aosta:

- Servizio di Riabilitazione Cardiologica presso U.A. di Cardiologia dell'Ospedale Regionale (regime ambulatoriale) 160 pz. anno.

In base a quanto su riportato risulta che le Strutture Riabilitative Regionali sono carenti specialmente in alcuni quadranti.

Si propone sulla base delle indicazioni delle Società Scientifiche (Struttura ed Organizzazione funzionale della Cardiologia ANMCO-SIC '96) che ogni Divisione di Cardiologia con bacino d'utenza > di 150.000 abitanti dovrebbe attivare un servizio di riabilitazione cardiologica in regime ambulatoriale.

Per quanto riguarda la riabilitazione degenziale sono necessari in Piemonte 250 posti letto.

Attualmente sono attivi 166 posti letto; è necessario quindi programmarne altri 84 nelle zone carenti: 20 nel-

l'area Torinese e 64 nell'area Cuneo-Alessandria-Asti-Vercelli.

In Valle d'Aosta necessitano 5 posti letto da dedicare alla riabilitazione degenziale.

Nella seconda parte della Riunione si è discusso degli Indicatori Biochimici di Lesione Miocardica delle problematiche analitiche ed organizzative (G. Bellomo - Novara) e della realtà piemontese (P. Musso - Ivrea).

### Scompenso Cardiaco

Lo Scompenso Cardiaco sta impegnando sempre più le U.O. di Cardiologia assorbendo notevoli risorse. Le dimensioni del problema impongono una profonda conoscenza dello stesso, delle possibilità terapeutiche e la necessità di integrarsi con il territorio per gestire al meglio i pazienti.

Queste problematiche saranno oggetto del Meeting "Scompenso Cardiaco: Novità e Proposte" organizzato dalla Divisione di Cardiologia di Rivoli (TO) e dall'ANMCO Regionale (vedi Programma allegato).

Divisione di Cardiologia Ospedale di Rivoli ASL 5 (Torino)  
ANMCO Regione Piemonte Valle d'Aosta

## SCOMPENSO CARDIACO: NOVITÀ E PROPOSTE

Castello di Rivoli, 13 maggio 2000

Presidente: A. Brusca (Torino)

#### MATTINO

##### I Sessione

Moderatori: G.P. Trevi (Torino), A. Gavazzi (Pavia)

- ore 09.00 Stratificazione prognostica  
C. Rapezzi (Bologna)
- ore 09.20 Impiego clinico dei B bloccanti  
G. Sinagra (Trieste)
- ore 09.40 La terapia dello scompenso: risultati dei trials  
M. Bobbio (Torino)
- ore 10.00 Tavola Rotonda / Discussione
- ore 10.30 Coffee Break

##### II Sessione Novità in Tema di Terapia

Moderatori: M.Di Summa (Torino), P. Presbitero (Milano)

- ore 11.00 La stimolazione biventricolare nello scompenso cardiaco refrattario: primi risultati  
F. Gaita (Asti)
- ore 11.20 Il trattamento chirurgico convenzionale nella cardiomiopatia dilatativa  
A.M. Calafiore (Chieti)
- ore 11.40 La riparazione della valvola mitrale nello scompenso cardiaco  
M. Diena (Torino)
- ore 12.00 Tavola Rotonda / Discussione
- ore 12.30 Lunch

#### POMERIGGIO

##### Integrazione Ospedale Territorio

Moderatori: E. Uslenghi (Cuneo), E. Commodo (Torino)

- ore 14.00 La gestione del paziente scompensato  
C. Opasich / G. Forni (Pavia)
- ore 14.20 Esperienza ASL 3 - Torino  
R. Trinchero / A. Chinaglia (Torino)
- ore 14.40 Progetto ASL 5 - Rivoli  
M.R. Conte / L. Mainardi (Rivoli)
- ore 15.00 Tavola Rotonda / Discussione

##### Segreteria Scientifica

Divisione di Cardiologia, Ospedale di Rivoli (TO)  
Tel. 0119551 - Fax 0119551070

##### Modalità di Adesione

Partecipazione libera e gratuita, sino ad esaurimento dei posti disponibili, mediante richiesta scritta da effettuarsi alla Segreteria Organizzativa, entro il 5 maggio 2000.

##### Per informazioni ed adesioni

Segreteria Organizzativa Symposium  
Via Gozzano 14 - 10073 Ciriè (TO)  
Tel. 0119211467 (n. 5 linee) - Fax 0119224992  
Symposium@valnet.it  
www.valnet.it/symposium

## DALLE REGIONI

### PUGLIA

di Sergio Pedè - Rolando Mangia

## La formazione in Puglia: forte partecipazione alle iniziative promosse dall'Associazione

**U**no degli obiettivi del programma di attività della Sezione Pugliese dell'Associazione è centrato sulla partecipazione alle iniziative di formazione. A tale scopo il CD si è fatto promotore di due Corsi extra-moenia del Learning Center:

- **Le attività di cardiologia preventiva:** a numero chiuso, si è svolto a Lecce nei giorni 12 e 13 ottobre 1999 ed ha registrato la partecipazione di 35 Cardiologi;
- **Formazione in BLS e defibrillazione precoce:** a numero chiuso, si è svolto a Bari nei giorni 16 e 17 novembre 1999 ed ha visto la partecipazione di 39 tra infermieri e tecnici di Cardiologia.

A questi due Corsi sono state affiancate altre iniziative, tra le quali spicca quella realizzata a **Tricase**.

Dal 26 al 28 ottobre 1999 un'infermiera della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale di questa città in provincia di Lecce, ha partecipato, a Firenze, presso il Learning Center ANMCO, al "Corso-Master di formazione per In-

fermieri Professionali sullo Scompensamento Cardiaco" organizzato dall'Area Scompensamento e dall'Area Nursing.

Come programmato in sede centrale (propagazione "a cascata" dell'iniziativa stessa), si è deciso di organizzare per il giorno 17 gennaio 2000, presso il salone delle conferenze dell'Ospedale, sempre a Tricase, un "**Corso sullo scompensamento cardiaco per Infermieri Professionali**" (primo in Italia). Il Corso ha visto l'impegno di vari Medici e Infermieri.

Coordinatore è stato il Dott. Sergio Pedè, Delegato Regionale ANMCO per la Puglia e i lavori si sono svolti secondo l'allegato Programma.

Il Corso ha avuto un successo straordinario: oltre **250 partecipanti** hanno mostrato vivo interesse all'iniziativa ed hanno ricevuto del ricco materiale didattico sull'argomento messo a disposizione dalla Segreteria ANMCO.

Questa esperienza ha evidenziato in modo chiaro due messaggi che si ritiene utile rilanciare a livello centrale:

- 1) La categoria degli Infermieri Professionali è fortemente interessata ad iniziative tese a migliorare il versante scientifico-culturale della propria professione, specie se derivanti da Associazioni Mediche ritenute forti e credibili sul territorio.
- 2) Sulla categoria stessa degli Infermieri Professionali si può ragionevolmente contare nella prospettiva di avviare programmi innovativi in ambito di Assistenza Sanitaria Qualificata (vedi Unità per lo Scompensamento Cardiaco).

Questa stessa esperienza rappresenta un valido suggerimento per la realizzazione di un programma volto ad espandere **iniziative decentrate sul territorio**, pertinenti la promozione culturale per gli Infermieri Professionali, anche in settori della Cardiologia diversi dallo Scompensamento Cardiaco.

#### CORSO SULLO SCOMPENSO CARDIACO PER INFERMIERI PROFESSIONALI

Tricase - Ospedale Cardinale Panico - 7 gennaio 2000

- **Riconoscimento dei sintomi e segni di allarme**  
Dott. Antonio Galati
- **Terapia dello scompensamento**  
Dott. Rolando Mangia
- **Educazione sanitaria e comunicazione con il paziente**  
Dott. Walter Colazzo
- **Flow chart comportamentali**  
Dott. Fernando Antonio De Nuccio
- **Scheda raccolta dati**  
I.P. Antonietta Ponzetta

#### I PROSSIMI APPUNTAMENTI DELLA FORMAZIONE IN PUGLIA

- **Corso sullo scompensamento cardiaco per Infermieri Professionali**  
Casarano - Ospedale F. Ferrari  
20 marzo 2000
- **Corso extramurale "La Fibrillazione Atriale"**  
Taranto - Auditorium Azienda Ospedaliera SS. Annunziata  
28 marzo 2000
- **Corso extramurale "Le attività di cardiologia preventiva"**  
San Giovanni Rotondo - Auditorium IRRCS "Casa Sollievo Sofferenza"  
13-14 ottobre 2000

## PUGLIA

di Sergio Pede

### **Telemedicina in Puglia: esperienza di avanguardia in Cardiocirurgia Pediatrica**

**A** Bari, presso l'Azienda Ospedaliera "Di Venere-Giovanni XXIII", è operativa la Divisione di Cardiocirurgia Pediatrica, diretta dal Prof. P. Arciprete. In questa struttura, nell'ambito dei programmi speciali ex art. 12, comma 2, lett. b, d.lgs. 502/92, è stata allestita nel 1998 una videostazione Aetra mod. VTC 234.

Contemporaneamente, nell'ottica di un rapporto culturale continuativo, analoga stazione è stata allestita presso il Sick Childre Hospital di Londra - Dipartimento di Cardiocirurgia.

La videoregistrazione funziona su 6 canali ISDN per una velocità massima di 384 Kbps. Il PC collegato alla videoregistrazione gestisce le funzioni audio-video del device a mezzo di software dedicato Aetra.

Dal marzo 1998 ad oggi sono state effettuate 10 videoconnessioni con l'Ospedale inglese; ne è stato og-

getto l'analisi e la discussione di casi clinici complessi; la qualità delle immagini statiche è risultata ottima; quella delle immagini dinamiche è stata ritenuta eccellente.

Dal luglio 1999 ad oggi il programma di videoconnessioni è stato esteso attraverso i fondi derivanti da un progetto finalizzato del Ministero della Sanità con la costituzione di una **Rete Informatica Regionale**.

Tale progetto, oggi pienamente operativo, è consistito nell'allestimento di 3 videostazioni simili nelle Aziende Ospedaliere di Brindisi, Lecce e Foggia; lo scopo è quello di creare una rete funzionante di teleconsulti relativi a bambini affetti da cardiopatie congenite e possibili candidati ad intervento di cardiocirurgia presso l'Ospedale Giovanni XXII di Bari.

Fino ad oggi sono stati effettuati in totale 15 collegamenti intraregionali, che hanno permesso di porre indicazione a trasferimento a Bari in 12 casi neonatali e di escludere tale necessità in altri 18 casi, sempre neonatali ma con cardiopatie gestibili in sede.

Contemporaneamente al teleconsulto clinico è stato anche effettuato counselling con i genitori ed è stato istituito un **Registro Osservazionale delle Cardiopatie Congenite in Puglia**.

Nel suo complesso il progetto è stato avviato e viene sviluppato dal Prof. P. Arciprete e dai suoi collaboratori D. Troise, N. Pagano e M. Chirico.

## VENETO

**Venerdì 5 maggio 2000**

*in occasione della sessione primaverile*

### **CASI CLINICI**

*si terrà a Rovigo l'assemblea dei Soci ANMCO  
del Veneto e l'elezione del nuovo Consiglio Regionale.*

*Formale convocazione verrà inviata ai Soci unitamente  
al programma scientifico dell'incontro.*

## FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO

**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**

Caro Direttore,

*nell'ultimo numero di "Cardiologia negli Ospedali" Rossano Vergassola ha riproposto la questione della formazione del Cardiologo nell'Emergenza, spronando ANMCO a farsi carico del problema anche attraverso "autonoma certificazione nel campo dell'Emergenza".*

*Nello stesso numero del giornale, nell'ambito delle tematiche proposte per il Simposio Organizzativo, D'Agostino fa notare, a proposito della formazione permanente del medico, il basso livello di addestramento del Cardiologo italiano denunciato in una Newsletter dell'ESC da M.C. Petch, responsabile della Commissione ESC per l'accreditamento europeo: "l'ESC per certificare il 'Cardiologo europeo' necessita di più elementi di quelli forniti dal solo diploma di specializzazione, richiede piuttosto attestazioni qualificate di esperienze in diversi settori".*

*Nell'ambito dello stesso Simposio, Nicolosi sottolinea la fondamentale importanza del recupero della centralità assistenziale ospedale-territorio e la necessità per il Cardiologo Ospedaliero di recuperare campi di interesse extraospedaliero. In tale ambito, Nicolosi individua nella gestione delle sindromi coronariche acute e dei relativi aspetti di intervento organizzativo e culturale (dolore toracico in DEA, 118, BLS e ACLS) una delle 4 tipologie o modalità di continuità assistenziale.*

*Tavazzi sottolinea l'importanza per ANMCO di dare priorità a progetti di ricerca che ne caratterizzano la peculiarità organizzativa, unica nello scenario di ricerca internazionale, con studi osservazionali su aspetti decisionali critici nella pratica cardiologica.*

*In uno scenario futuro dove la Cardiologia Ospedaliera rischia di essere ridimensionata a sopravvivere come unità operative superspecialistiche aggregate a mega-dipartimenti di medicina, l'aper-*

*tura verso le problematiche culturali, di ricerca, organizzative ed assistenziali relative al territorio è fondamentale. In tale ambito, l'Area dell'urgenza-emergenza ha un ruolo critico e per la rilevanza epidemiologica del problema, rappresenta la vera frontiera del prossimo decennio, così come è stato per lo sviluppo delle unità coronariche alla fine degli anni '70.*

*In tale ambito, il ruolo della Cardiologia Ospedaliera sconta un ritardo culturale ventennale (basti pensare al recentissimo sviluppo dell'Area Urgenza/Emergenza ANMCO) e tuttora, la grande maggioranza degli Associati ritiene che il proprio compito istituzionale si fermi alla porta dell'unità coronarica o a quella del DEA del proprio Ospedale.*

*Si ritiene che la ricerca d'area critica si debba interessare essenzialmente del trattamento farmacologico dei sopravvissuti all'attacco cardiaco giunti in ospedale e ci si disinteressa delle problematiche scientifiche della grande maggioranza che non raggiunge l'unità coronarica, ritenendola una problematica organizzativa futile perché irrisolvibile e negandole ogni contenuto scientifico-culturale.*

*Si inseguono mega-trial internazionali sulle più recenti statine o sull'ennesimo inibitore di recettore piastriatico e non si affronta, nemmeno a livello di modello sperimentale ipotetico, il problema centrale della scoperta del trigger dell'attacco ischemico acuto. Si diffondono capillarmente programmi di PTCA primaria e ci si disinteressa dell'esistenza o meno della catena della sopravvivenza nel bacino d'utenza relativo.*

*In alcune realtà di opulente ricchezza come la Regione Lombardia, la deregulation dei Laboratori di emodinamica e delle strutture cardiocirurgiche è inversamente proporzionale all'attivazione di programmi di intervento sul territorio, finalizzati a contenere l'ecatombe preospedaliera (1/1000 abi-*

tanti/anno). Si arriva così al paradosso milanese per il quale mentre si hanno elevatissime probabilità di non trovare un defibrillatore sull'ambulanza che ci porta in ospedale, ai sopravvissuti è garantita un'ampia scelta di strutture pubbliche o convenzionate private dove eseguire PTCA primaria (o rescue).

In un contesto nazionale dove i ritardi storici dell'intervento pubblico sulla gestione dell'emergenza territoriale hanno indotto lo sviluppo di una Babele di organizzazioni più o meno volontarie, più o meno for profit, più o meno omogenee sul piano formativo e delle risorse, il merito di IRC è stato quello di sviluppare un percorso multidisciplinare tra gli operatori impegnati a gestire l'emergenza **fuori** dall'ospedale con l'obiettivo prioritario di dare omogeneità culturale alla formazione.

La necessità di omogeneità culturale in emergenza è di tale importanza da essere perseguita tenacemente anche in campo internazionale (vedi ILLCOR) per evidenti ragioni operative: l'emergenza è sempre un intervento multidisciplinare che vede coinvolti operatori sanitari con qualifiche diverse che devono parlare lo stesso linguaggio ed avere riferimenti (linee-guida e modalità d'azione) comuni.

In questo sta la novità di IRC che, a differenza degli interventi di divulgazione di conoscenze culturali di numerose Associazioni attive a vario titolo nel settore (GIEC, CRI, pubbliche assistenze ecc.) ha introdotto modalità formative nuove con l'ambizioso progetto di costruire una attività di formazione permanente, con controllo centrale degli istruttori e dei centri di formazione, sulla scorta dell'esperienza dei Paesi europei più avanzati.

Il riconoscimento formale delle attività di formazione di IRC da parte dello European Resuscitation Council così come la delega per l'organizzazione del Congresso europeo di Rianimazione Cardiopolmonare del 2001 costituiscono tangibile riconoscimento di serietà ed impegno culturale.

È evidente che la povertà di mezzi di IRC e la non professionalità dei suoi formatori (in gran parte operatori sanitari ospedalieri in servizio attivo) si è scontrata con l'immane compito di formare decine di migliaia di operatori e con l'ostilità dei

molti che, a titolo personale o perché coinvolti in precedenti esperienze con altre Associazioni, guardavano con sospetto il nuovo arrivato.

L'intervento formativo di IRC ha interessato tutti i settori dell'emergenza: dai corsi per dispatcher (operatore di Centrale Operativa) del 118 a quelli di defibrillazione precoce per personale laico, al BLS pediatrico, all'ACLS. L'enorme mole di lavoro per assemblare i corsi, il materiale didattico e per sviluppare una rete nazionale di centri di formazione è risultata nella produzione di corsi molto apprezzati con un effetto a cascata che ha sollecitato una "domanda" di formazione esplosiva.

Tale domanda crescerà in modo esponenziale nel prossimo futuro per i prevedibili sviluppi delle modalità di accredito delle strutture pubbliche e private convenzionate e della relativa necessità di certificazione qualificata del personale.

L'esiguità delle risorse di IRC da un lato, l'enorme carico di lavoro formativo dall'altro, hanno rapidamente provocato un "collo di bottiglia" che viene denunciato da Vergassola ma che non può e non deve essere superato con una sorta di delega giubileare per la quale si scambia la divulgazione seminariale, assai apprezzata in Italia, con la formazione. La certificazione in emergenza è saper fare o non è. È tempo-dipendente e deve essere rinnovata a scadenze preordinate (così come la qualifica di Istruttore).

L'integrazione europea ci obbliga ad avere riferimenti istituzionali certi nell'ESC e in ERC, pena il ritorno a qualifiche autoreferenziali che lasciano il tempo (ed il morto) che trovano. Ritengo che, così come è accaduto per altre società scientifiche, ANMCO debba svolgere la propria attività formativa **dentro** IRC utilizzando proprie risorse organizzative, finanziarie e culturali ma privilegiando quel rapporto multidisciplinare che qualifica la formazione più avanzata.

Alberto Roghi  
Dipartimento Cardiologico "A. De Gasperis"  
Azienda Ospedaliera Niguarda Ca'Granda  
Milano



## L'ANMCO È SU INTERNET

**Se sei Socio ANMCO aderisci alla nuova lista di discussione**

Il Consiglio Nazionale dell'ANMCO nella seduta del 29 gennaio 2000 ha deciso di istituire una mailing list di discussione e notizie. Sei invitato ad aderirvi: basterà richiederlo inviando una e-mail a: [listadiscussione@anmco.it](mailto:listadiscussione@anmco.it).

Ti verrà poi inviata una e-mail alla quale dovrai rispondere con la funzione di reply e automaticamente sarai iscritto e riceverai tutto il materiale che la segreteria o ciascun socio vorrà mettere on line (documenti, avvisi, notizie, elementi di discussioni, richieste di pareri e via dicendo).

Una volta iscritto, per partecipare alla vita della lista potrai inviare i tuoi contributi a [ANMCO@LISTBOT.COM](mailto:ANMCO@LISTBOT.COM) automaticamente tutti gli iscritti ne riceveranno copia. L'unica limitazione è data dalla dimensione del messaggio che non può superare i 100 k.



N. 116 marzo 2000

Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Redazione:  
**Pietro Zonzin**

Segretaria di Redazione:  
**Monica Lorimer**

Segreteria Nazionale:  
**ANMCO**

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze  
Tel. 055 571798 - Fax 055 579334  
E-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@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 Kleine Schnel  
Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze

**Consulta il sito ANMCO!**

**<http://www.anmco.it>**

Indice ANMCO - Italiano - Netscape

File Edit View Go Comunicazione Help

Back Reload Home Search Netscape Print Security Stop

**Organizzazione**

Attività

Linee guida

Soci

Strutture Cardiologiche

Congressi Corsi

Amici

Altri Siti

Giornale Italiano di Cardiologia (1971-1999)

Italian Heart Journal

Cardiologia negli Ospedali

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

Il **Congresso nazionale** dell'ANMCO ha luogo ogni anno a Firenze alla fine di maggio o agli inizi di giugno.

Il **Giornale Italiano di Cardiologia**, rivista ufficiale dell'ANMCO dal 1971 al 1999, nel gennaio 2000 è confluita, assieme a "Cardiologia" rivista ufficiale della SIC, nella nuova rivista "Italian Heart Journal". Il bollettino informativo dell'Associazione è il trimestrale **Cardiologia negli Ospedali** che ha una tiratura di 11000 copie.

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

**Segreteria Generale**  
Tel. 055/571798  
Fax 055/579334  
[segreteria@anmco.it](mailto:segreteria@anmco.it)

**Segreteria Aree**  
Tel. 055/588784  
Fax 055/579334  
[aree@anmco.it](mailto:aree@anmco.it)

**Amministrazione**  
Tel. 055/580334  
Fax 055/579334  
[amministrazione@anmco.it](mailto:amministrazione@anmco.it)

**Centro Studi**  
Tel. 055/5001703 - 588972  
Fax 055/583400  
[centro\\_studi@anmco.it](mailto:centro_studi@anmco.it)

**Redazione di Cardiologia negli Ospedali**  
Tel. 055/588784  
Fax 055/579334  
[cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)