



CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



maggio 2001

N. 121

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

IN QUESTO NUMERO:

2 DAL PRESIDENTE

...Dopo un anno di attività (passato in fretta!)

8 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

La Fellowship ANMCO
I corsi del Learning Center sul WEB

12 DALLE AREE

Aritmie - Chirurgia
Emergenza-Urgenza
Genetica - Informatica
Management & Qualità
Nursing - Prevenzione
Scenpenso

37 DALLE REGIONI

Abruzzo - Basilicata
Calabria - Emilia-Romagna
Lazio - Liguria - Piemonte e
Valle d'Aosta - Puglia
Sardegna - Veneto

57 FORUM

Accreditamento Professionale
volontario all'eccellenza
A proposito di Rianimazione
Cardiopulmonare

2 DOPO UN ANNO DI ATTIVITÀ (PASSATO IN FRETTA!)

Ad un anno dall'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo è doveroso tentare un primo bilancio delle attività svolte sino ad ora

8 LA FELLOWSHIP ANMCO

La "pattuglia" dei Fellow è in costante aumento a conferma della vivacità della Cardiologia Ospedaliera Italiana che ha saputo negli anni imporsi all'attenzione della comunità scientifica internazionale

9 I CORSI DEL LEARNING CENTER SUL WEB

Il corso del Learning Center dell'8 Marzo, organizzato dall'Area Emergenza-Urgenza sulle cardiopatie ischemiche è stato trasmesso in diretta sulla rete internet

15 PROGRAMMA DELL'AREA EMERGENZA-URGENZA

L'Arresto Cardiaco alla luce della nuova legge sull'impiego dei defibrillatori semiautomatici. I corsi ANMCO BLS e ACLS

57 ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE VOLONTARIO ALL'ECCELLENZA: La prima esperienza italiana nell'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale S. Eugenio di Roma

Il concetto di valutazione e di miglioramento continuo della qualità (MCQ) in ambito sanitario ha nell'Accreditamento Professionale all'eccellenza o volontario o tra pari la sua espressione più completa

59 A PROPOSITO DI RIANIMAZIONE CARDIOPULMONARE

Rimangono aperti dei temi che meritano un approfondimento

Maggio 2001

AMICI DELL'ANMCO

ASTRAZENECA • BAYER ITALIA • BOEHRINGER INGELHEIM • KNOLL FARMACEUTICI

MERCK SHARP & DOHME • PFIZER ITALIANA • ROCHE

SANOFI-SYNTHELABO • SCHERING-PLOUGH • SERVIER ITALIA • SIGMA TAU

... DOPO UN ANNO DI ATTIVITÀ (PASSATO IN FRETTA!)

Ad un anno dall'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo è doveroso tentare un primo bilancio delle attività svolte sino ad ora



Questo è stato senz'altro un anno particolarmente intenso e ricco di iniziative, che ha visto coinvolto tutto il **Consiglio Direttivo**, con assiduità, dedizione ed entusiasmo, dal Presidente designato Alessandro Boccanelli, al Past-President Nicola Mininni, ai Vice Presidenti Salvatore Pirelli e Marino Scherillo, al Segretario Marcello Galvani, al Tesoriere Francesco Mazzuoli, ai Consiglieri Giacomo Chiarandà, Carlo D'Agostino, Giuseppe D'Orazio, Antonio Mafri, Massimo Zoni Berisso, Pietro Zonzin.

Ciò è stato possibile sia per la disponibilità dei singoli, sia grazie al potenziamento e intensificazione dei contatti e degli incontri, plenari o a gruppi, sia nella sede di Firenze, sia utilizzando le nuove modalità telematiche ed informatiche (audioconferenze, Internet, ecc.). La messa in atto di questa fitta rete di comunicazione va da una parte considerata già come un risultato significativo, anche se sicuramente migliorabile, e ha facilitato il lavoro di "squadra" e la discussione e condivisione delle problematiche sul campo, oltre ad aver permesso di arrivare a decisioni importanti e strategiche, con grande consapevolezza e partecipazione da parte di tutti.

Il Consiglio Direttivo ha anche ritenuto strategico l'obiettivo di suscitare una sinergica e contestuale "partecipazione" da parte di tutto il **Consiglio Nazionale** nelle sue diverse componenti (Delegazioni Regionali, Aree, Italian Heart Journal, Soci Aggregati). Sono state quindi potenziate le modalità di informazione e comunicazione, sia mediante un calendario assiduo di incontri e "audizioni" con tutte le componenti del Consiglio Nazionale nella sede di Firenze (con cadenza mensile fino a dicembre 2000 e successivamente bimestrale), sia organizzando modalità di incontro meno formali, che facilitassero la comunicazione, la conoscenza e la fiducia reciproca. Tutto ciò ha permesso il conseguimento di un clima particolarmente costruttivo e collaborativo, che molto ha contribuito ad accelerare i percorsi istituzionali e che ha consentito di raggiungere un elevato grado di consenso al momento degli importanti snodi decisionali che hanno caratterizzato questi mesi.

Il legame sempre più stretto fra il Consiglio Direttivo e le Delegazioni Regionali ha reso evidente a tutti la necessità di potenziare ulteriormente lo studio dei modelli applicativi di una sanità in generale, e di una cardiologia in particolare, che passa ormai attraverso la strategia della **regionalizzazione**. La garanzia di uno scambio continuo di idee ed esperienze diverse ha permesso di incrementare la consapevolezza che è essenziale per l'ANMCO: il recupero della centralità del "paziente" cardiologico (evitando il pericolo di una centralità indiscriminata della "prestazione") e della sua **continuità assistenziale fra ospedale e territorio**. I cardiologi ANMCO dovranno infatti sempre di più impegnarsi in progettualità realizzative calate nelle realtà locali, che tengano in adeguato conto l'apertura e la connettività fra ospedale e territorio, nonché la possibilità di realizzazione di reti cardiologiche che valorizzino (nel rispetto delle autonomie e delle specificità) tutte le professionalità coinvolte sul campo (dai Cardiologi Extraospedalieri, agli Internisti, ai Medici di Medicina Generale, ai Medici dell'Emergenza e del 118, ai Cardiologi degli altri presidi ospedalieri, siano essi strutturati in Istituzioni Cardiologiche autonome o annesse ad altri Reparti ospedalieri).



N. 121 - maggio 2001

Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

Pietro Zonzin

Co-Editor:

Marino Scherillo

Comitato di Redazione:

Carlo D'Agostino, Marcello Galvani

Segreteria di Redazione:

Monica Lorimer, Michela Cantinotti

Segreteria Nazionale:

ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

<http://www.anmco.it>

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 Schnell

Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze

Particolare attenzione è emersa in tutte le discussioni del Consiglio Nazionale per le realtà delle “piccole” cardiologie senza letti di degenza, per le quali maggiore è il **rischio della diluizione e dispersione della specificità cardiologica** nel contesto di dipartimenti a varia caratterizzazione. Ma non va assolutamente affrontato con superficialità il pericolo, molto concreto in alcune realtà locali, di frammentazione, smembramento e dislocazione separata di laboratori, degenze e Unità Coronariche, anche di cardiologie di maggiori dimensioni, nel contesto di dipartimenti differenti, con ovvia conseguente perdita della continuità assistenziale per il paziente e compromissione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

In questo contesto di centralità dell'informazione e della comunicazione è stato potenziato il ruolo, già rilevante, del “Notiziario” **Cardiologia negli Ospedali**, che sotto la guida attenta e illuminata del suo Editor Pietro Zonzin, del Co-Editor Marino Scherillo, del Comitato di Redazione (Carlo D'Agostino e Marcello Galvani) e grazie all'entusiasmo e alla professionalità delle Segretarie di Redazione (Monica Lorimer e Michela Cantinotti), ha cambiato veste, leggibilità e contenuti, raggiungendo un alto grado di fruibilità delle informazioni, grazie anche alla nuova cadenza bimestrale. Il nostro Notiziario sta in effetti avviandosi a diventare un nuovo veicolo di comunicazione e di aggregazione, oltre che una dinamica palestra per dibattiti, controversie, aggiornamenti. E' questo un “luogo” sempre più vitale dove trovano spazio sia le notizie che provengono dal Consiglio Direttivo, dal Centro Studi, dall'Heart Care Foundation, dalle Aree (sempre più attive e vivaci!), ma anche i dibattiti organizzativi e sindacali, i Supplementi dalle Regioni e tutto ciò che può interessare i Soci ANMCO, in una dinamica e dialettica condivisione e complementarietà delle informazioni rispetto al sito WEB dell'ANMCO.

Nell'ambito della strategia, perseguita dal Consiglio Direttivo, di potenziamento di tutte le modalità di comunicazione, ha trovato particolare attenzione e sviluppo il progetto per il **sito WEB**.

Il sito WEB dell'ANMCO si sta trasformando sempre di più in una nuova iniziativa editoriale multimediale e in un innovativo strumento di “lavoro” sotto la guida efficace e competente di Carlo D'Agostino, in collaborazione con un attento e dinamico Comitato di Redazione (Antonio Mafri, Gianfranco Mazzotta, Francesco Mazzuoli, Marco Tubaro). Tutti hanno convogliato in questo progetto anche le competenze dell'Area Informatica, in modo che il “prodotto” che si sta configurando possa risultare moderno, affidabile e, soprattutto, particolarmente “friendly” per il “navigatore” più sprovveduto o principiante, ma anche stimolante e innovativo per gli esperti più esigenti. Al fine di ottenere tali risultati è stata avviata una ricerca attenta e approfondita che porterà alla firma di un nuovo contratto con il partner informatico, dopo il superamento di una attenta selezione sulla base di un capitolato dettagliato.

Il consiglio per i Soci è quindi quello di “visitare” con assiduità il sito WEB dell'ANMCO! Tra l'altro l'apertura di pagine regionali collegate al sito lo sta rendendo uno strumento ancora più interessante, ricco di informazioni e davvero vicino all'utente.

Ogni suggerimento per migliorarlo sarà considerato attentamente.

Il Consiglio Direttivo ha posto anche estrema attenzione, in questi mesi, alle esigenze didattico-educazionali della **formazione continua**, sia in ambito medico che infermieristico. In questo contesto è stato potenziato e stimolato il ruolo delle Aree ANMCO di aggregazione scientifica (vedi attività delle Aree in questo Notiziario) e si è avviato un progetto di ripensamento strategico dell'attività e del ruolo del **Learning Center ANMCO** di Firenze. Con questi obiettivi ha cominciato a lavorare un comitato editoriale coordinato dal Vice Presidente per le attività culturali Salvatore Pirelli, affiancato da Giacomo Chiarandà, Marcello Galvani, Marino Scherillo e Massimo Zoni Berisso. L'attività didattica e di formazione si sta arricchendo (anche in considerazione dell'entrata in vigore della legi-

slazione sull'Educazione Medica Continua) oltre che di numerosi corsi di aggiornamento di tipo tradizionale (vedi l'attività intra ed extramurale nella brochure del Learning Center), della possibilità di incontri in videoconferenza e aggiornamenti via Internet, da sviluppare e implementare ulteriormente.

Sono stati intensificati i rapporti con la **Federazione Italiana di Cardiologia** (FIC). In questo ambito viene ravvisata la necessità di una comunicazione continua e chiara, in modo che la funzione della FIC prenda vigore, mediante un continuo contatto con le Società che la compongono. Al fine di potenziare il raggiungimento degli obiettivi condivisi di rappresentanza qualificata a livello della Società Europea di Cardiologia e presso gli interlocutori istituzionali è stato recentemente deciso che nel nuovo Consiglio Direttivo della Federazione (che verrà rinnovato a fine giugno 2001) entrino i Presidenti delle due Società (ANMCO e SIC). Ciò dovrebbe tra l'altro facilitare il passaggio delle istanze dell'ANMCO all'attenzione della Federazione. Come riportato a pagina 2 del Notiziario "Cardiologia negli Ospedali" di marzo 2001, sono stati istituiti i rappresentanti regionali della Federazione, che saranno chiamati a rappresentare unitariamente la cardiologia a livello regionale presso le controparti amministrative e istituzionali. Ogni regione avrà un rappresentante ANMCO e uno SIC, scelti rispettivamente dal Presidente Regionale SIC e dal Delegato Regionale ANMCO (che analogamente a quello SIC si potrà chiamare presto Presidente Regionale, come deliberato dal Consiglio Direttivo ed approvato dal Consiglio Nazionale nell'ultima riunione del 5/5/2001, in attesa della approvazione assembleare). La speranza è che questa iniziativa porti ad importanti vantaggi in termini di visibilità della cardiologia nei rapporti con le istituzioni, aiutando a superare le molteplici difficoltà organizzative che stanno sempre più emergendo a livello delle regioni.

Nell'ambito della collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia e con il patrocinio della FIC, è stato anche avviato il nuovo censimento delle Istituzioni Cardiologiche Ospedaliere e Universitarie del Servizio Sanitario Nazionale e Convenzionate Accreditate. È questa un'iniziativa particolarmente importante per la cardiologia italiana e la sua visibilità, che attende parallelamente la realizzazione di un annuario unificato dei Soci della Federazione Italiana di Cardiologia, quale strumento operativo rilevante nei confronti della Società Europea di Cardiologia.

Alla FIC è stato anche chiesto di attivare rapidamente una Commissione paritetica ANMCO-SIC-FIC che studi le possibilità applicative della legislazione e dei regolamenti ministeriali sull'Educazione Medica Continua, problematica che coinvolge e coinvolgerà sempre più i cardiologi di oggi e di domani, anche per il raggiungimento e la documentazione dei crediti formativi (per l'ANMCO sono stati indicati Salvatore Pirelli e Marino Scherillo).

Il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale hanno contribuito in questi mesi a chiarificare e rendere più trasparenti le relazioni fra le componenti fondamentali costitutive dell'ANMCO. La struttura organizzativa dell'ANMCO è infatti molto complessa e richiedeva una specificazione e regolamentazione delle relazioni e dei rapporti, ad esempio, fra ANMCO, **ECO srl**, **Heart Care Foundation** e **Centro Studi**. In questo contesto va considerata anche la ridefinizione del Consiglio di Amministrazione (CdA) della ECO srl al fine di legare maggiormente le responsabilità gestionali della stessa ECO srl nei confronti dell'ANMCO. Ciò è stato ottenuto nominando a far parte del CdA della ECO srl le cinque figure istituzionali più rappresentative dell'ANMCO stessa (Presidente, Presidente designato, Past President e i due Vice Presidenti), che si avvicenderanno quindi, secondo le regole dello statuto, nella gestione dei beni patrimoniali in carico alla ECO srl.

E' stato anche compiuto un importante salto di qualità per quanto riguarda le potenzialità del Centro Studi nell'ambito della ricerca. L'assetto amministrativo del Centro Studi legato alla ECO srl poco si confaceva infatti con le esigenze non

profit di molta parte della ricerca e impediva tra l'altro anche l'ottenimento di finanziamenti pubblici. In questi mesi il Consiglio Direttivo e Nazionale hanno pertanto deciso di portare il Centro Studi all'interno della Fondazione dell'ANMCO (Heart Care Foundation) mediante contratto di affitto che ne mantiene comunque la proprietà all'ANMCO. L'Heart Care Foundation ha pertanto dovuto modificare la sua struttura nell'ambito di questa complessa operazione, che tra l'altro ha consentito alla Fondazione stessa di diventare ONLUS. **L'Heart Care Foundation-ONLUS** include ora due linee di attività fondamentali: una di ricerca (che si identifica con il Centro Studi, diretto così brillantemente ed efficacemente da Aldo Pietro Maggioni) ed una di tipo educazionale e di prevenzione rivolto alla popolazione (affidata come Responsabile del settore operativo a Diego Vanuzzo), quale era già negli scopi iniziali della stessa Heart Care Foundation. La complessa operazione amministrativa necessaria per questa fondamentale ristrutturazione si è appena conclusa. L'attività della Fondazione è governata da un Consiglio di Amministrazione composto attualmente da cinque cardiologi nominati dal Consiglio Direttivo ANMCO (che includono anche le massime cariche istituzionali dell'ANMCO) e opera attraverso un Comitato Scientifico di 20 componenti (recentemente nominato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione secondo le richieste del Consiglio Direttivo ANMCO e del quale fanno parte anche i Chairmen delle Aree, il Vice Presidente Culturale e il Direttore ANMCO dell'Italian Heart Journal, Pantaleo Giannuzzi). A Massimo Santini va dato il merito per l'importante avvio della Fondazione e per i risultati fin qui raggiunti con il conseguimento del riconoscimento giuridico (nel settembre 2000) e la firma di un significativo Protocollo di Intesa con il Ministero della Pubblica Istruzione per l'avvio di un progetto educazionale nelle scuole italiane. Dopo le recenti dimissioni di Massimo Santini è stato eletto Presidente della Heart Care Foundation-ONLUS Nicola Mininni.

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - A.N.M.C.O.

Associazione non riconosciuta
Sede in Firenze (FI) – Via La Marmora, 36
Codice fiscale n. 01301130488

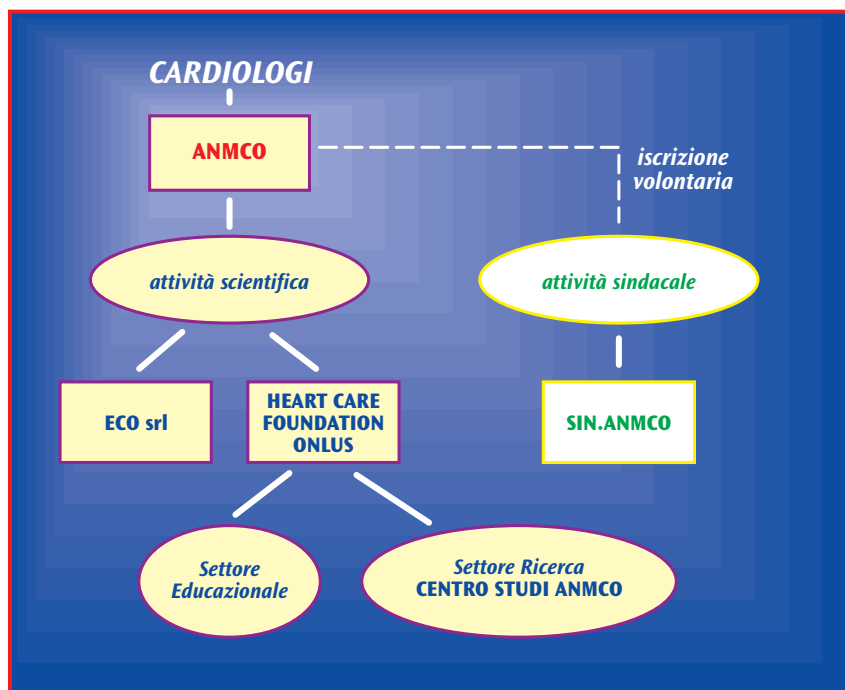
Estratto del progetto per la costituzione del Sindacato A.N.M.C.O.
(ai sensi dell'art. 2504-octies del Codice Civile)

1. **Associazioni partecipanti**
Associazione scindenda:
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - A.N.M.C.O.-, associazione non riconosciuta, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, codice fiscale n. 01301130488.
Associazione beneficiaria costituenda:
Associazione Sindacale A.N.M.C.O. -SIN.A.N.M.C.O.-, associazione non riconosciuta, da costituirsi per scorporazione, con sede legale in Firenze, Via La Marmora n. 36.
2. **Atto costitutivo e Statuto dell'Associazione beneficiaria costituenda e Statuto dell'Associazione scindenda**
L'Atto costitutivo e lo Statuto dell'Associazione beneficiaria sono allegati al progetto di costituzione del Sindacato mediante scorporazione per farne parte integrante e sostanziale. Lo Statuto dell'Associazione A.N.M.C.O. subirà le variazioni indicate nel medesimo progetto.
3. **Elementi patrimoniali e rapporti giuridici trasferiti**
Gli elementi patrimoniali e i rapporti giuridici, facenti capo all'Associazione scindenda, da trasferire all'Associazione beneficiaria costituenda, sono quelli elencati nel progetto.
4. **Imputazione contabile e giuridica all'Associazione beneficiaria delle operazioni e delle attività**
Gli effetti contabili e giuridici della costituzione dell'Associazione Sindacale A.N.M.C.O., ai sensi dell'art. 2504-decies, comma 1, del codice civile, decorrono dall'atto pubblico di costituzione mediante scorporazione ai sensi dell'art. 2504-septies primo comma del codice civile. Dalla stessa data le operazioni e le attività dell'Associazione scissa relative all'attività trasferita saranno imputate all'Associazione beneficiaria.
5. **Inesistenza di particolari vantaggi a favore dei membri del Consiglio Direttivo**
Nessun particolare vantaggio è riservato a favore dei membri del Consiglio Direttivo dell'Associazione partecipante.

Il progetto di costituzione dell'Associazione Sindacale SIN.A.N.M.C.O., redatto ai sensi dell'art. 2504-octies del codice civile, la relazione del Consiglio Direttivo e i bilanci degli ultimi tre esercizi, corredati con la relazione del Collegio dei Revisori, sono stati depositati, ai sensi dell'art. 2501-sexies del codice civile, presso la sede dell'A.N.M.C.O. in data 5 maggio 2001.

p. Il Consiglio Direttivo
Il Presidente

L'anima "sindacale" dell'ANMCO ha ripreso voce. E' stata costituita una Commissione (composta da Francesco Mazzuoli, Nicola Mininni, Giuseppe Pinelli, Giuseppe Rosato e Marino Scherillo) dedicata a dirimere la questione dell'attribuzione di un ruolo sindacale all'ANMCO. La Commissione ha lavorato molto intensamente e ha portato, con la collaborazione e l'apporto determinante dell'Avv. Laura Bellicini e del Dott. Alberto De Nigro dello Studio Camozzi e Bonisconi, alla preparazione di un progetto per la costituzione di un braccio sindacale all'interno dell'ANMCO (**SIN.ANMCO**). Ciò dovrebbe consentire di correggere un'anomalia (l'ANMCO è infatti una società scientifica), oltre che potenziare una peculiarità (l'ANMCO ha infatti esperienza e cultura nella programmazione sanitaria, ma ha avuto negli anni molte difficoltà nel far sentire la propria voce a livello istituzionale) e anche per difendere interessi legittimi (contrattazione decentrata, rapporti tra Ospedale e Università, ecc.). Il nuovo soggetto SIN.ANMCO avrà vincoli statutari molto stretti con ANMCO. Il SIN.ANMCO avrà una struttura basata su un coordinamento nazionale, un coordinamento regionale, un coordinamento delle regioni e sull'assemblea degli iscritti. Questi organismi saranno del tutto speculari all'organizzazione dell'ANMCO e da questa controllati attraverso la nomina diretta di una parte dei membri. Liscrizione da parte dei Soci ANMCO sarà volontaria. Il progetto è stato presentato al Consiglio Direttivo il 10/3/2001, approvato dal medesimo il 4/5/2001



e la sua approvazione ratificata dal Consiglio Nazionale il 5/5/2001. Verrà presentato all'Assemblea ANMCO per la definitiva approvazione.

La chiarificazione della complessa strutturazione dell'ANMCO, secondo i termini sopra indicati, consentirà anche di presentare per la prima volta in Assemblea un **bilancio consolidato dell'ANMCO**, ovvero la somma dei bilanci delle singole componenti dell'Associazione (ANMCO, ECO srl, Heart Care Foundation-ONLUS e, per il futuro, eventualmente anche SIN.ANMCO), con l'aiuto insostituibile dei consulenti legali dello Studio Camozzi e Bonissoni.

Questa nuova forma di presentazione del bilancio rappresenta un passo concreto verso una sempre maggior trasparenza delle molteplici attività dell'ANMCO, che

stanno crescendo rapidamente sia in termini quantitativi che qualitativi. Questa sempre maggior complessità e diversificazione delle attività e dei ruoli delle componenti dell'"universo" ANMCO esige un sempre più stretto controllo istituzionale, che sia attento ed equilibrato, oltre che garante dello sviluppo indipendente, ma coordinato, dei vari settori. Tutto ciò è consentito e facilitato proprio anche dallo strumento del bilancio consolidato.

Il Consiglio Direttivo si è anche molto impegnato, come è consuetudine, per l'organizzazione del nostro **XXXII Congresso Nazionale di Cardiologia**, che si svolge a Firenze dal 20 al 23 maggio 2001. Qui vorrei segnalare solo alcune importanti decisioni, assunte dal Consiglio Direttivo, che consentiranno una più agevole programmazione dell'attività congressuale ANMCO per il futuro. Si è riusciti infatti a siglare già quest'anno in congruo anticipo il contratto per il Congresso con la Segreteria Organizzativa OIC srl, grazie alla direzione illuminata di Anna Rita Bonamici e alla dedizione di Silvia Pasquinelli, con ciò ottenendo importanti e ulteriori facilitazioni e garanzie. E' stato anche predisposto il percorso per la firma di un contratto quadro che consenta la programmazione anticipata dei Congressi in Firenze fino al 2004. Ciò ha ovviamente importanti e positivi ulteriori risvolti organizzativi, in quanto permette di avere sufficiente tempo per i Consigli Direttivi futuri di poter riconsiderare la scelta se, dopo il 2004, sia sempre da preferire la sede di Firenze o, invece, non si desiderino sperimentare altre sedi, per lo meno negli anni non elettorali. La programmazione che si sta mettendo in atto consentirà quindi ai successivi Consigli Direttivi di prendere decisioni ponderate in assoluta libertà e con l'anticipo necessario e sufficiente a programmare una organizzazione di successo come il Congresso ANMCO richiede. Il Consiglio Direttivo ha anche voluto che, nell'ambito del Congresso, fosse più evidente e avessero adeguato spazio e voce il legame tra il centro e la periferia. E' per questo motivo che sono stati per la prima volta allestiti gli **stand delle Regioni**, vere e proprie vetrine per comunicare differenti assetti organizzativi, diverse modalità di interazione con le altre specialità e il territorio, diverse legislazioni e far conoscere la ricchezza, troppo spesso poco nota, delle iniziative culturali congressuali, degli studi, delle ricerche, dei programmi, dei progetti di formazione e di quanto viene così rigogliosamente prodotto dal tessuto vitale dell'"ANMCO delle Regioni". Ci sarà spazio e tempo per ascoltare, confrontarsi e discutere con tutti coloro che vorranno portare il loro contributo di idee ed esperienza.

In quest'anno di lavoro è stato anche siglato un accordo con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri che regola e definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dalla lunga e proficua collaborazione per gli studi **GISSI** già realizzati o che si realizzeranno in futuro.

Sono convinto che forse si poteva fare di più in quest'anno... sicuramente avremmo potuto fare qualcosa meglio!

L'impegno è stato comunque così veramente grande e assiduo da parte di tutti che non posso che, come ogni Presidente in carica, assumermi personalmente la responsabilità per quanto non è stato raggiunto o per quanto poteva essere migliore.

Vorrei invece che dei successi e degli obiettivi perseguiti venisse dato credito ai moltissimi (solo alcuni citati in questo scritto) che hanno dedicato disinteressatamente tanto tempo, energie ed entusiasmo per l'ANMCO.

Come Presidente mi sento onorato di aver potuto lavorare con questa "squadra"! A tutti loro e a tutti voi devo il mio grazie più sincero e sentito, per l'amicizia che mi è stata dimostrata e il piacere e l'entusiasmo che ho provato lavorando intensamente e strettamente con loro in quest'ultimo anno.

Vorrei concludere con un grazie veramente particolare e caloroso per il lavoro discreto, poco appariscente, ma essenziale e ricco di professionalità, di tutti quei dipendenti ANMCO della sede di Firenze, coinvolti a vario titolo nel lavoro di Segreteria, Amministrazione, Centro Studi e nelle più varie attività, che rispondono ai nomi di Simona Saracco, Monica Lorimer, Francesca Castellano, Franca Loreface, Michela Cantinotti, Letizia Nardoni, Monica Nottoli, Giulia Salone, Sabrina Potentati, Caterina Sgrò, Rossella La Monica, Donata Lucci, Marco Gorini, Barbara Bartolomei, Andrea Lorimer, Giampietro Orsini, Paola Priami, Laura Sarti.

È anche grazie a loro che l'ANMCO è viva, vitale e vivace come appare ed è. Il loro entusiasmo e la loro dedizione meritano sicuramente il nostro plauso più sincero e la gratitudine di tutti i Soci.

Simposio "Gli Studi Clinici dell'ANMCO"

Una occasione per discutere insieme i risultati dei nostri studi

Come è ormai tradizione, anche quest'anno, nella giornata di apertura del Congresso si svolgerà il Simposio "Gli studi clinici dell'ANMCO", nel corso del quale verranno presentati i risultati dei progetti di

ricerca che si sono conclusi negli ultimi 12 mesi.

In accordo con le finalità di ricerca della nostra Associazione, avremo l'opportunità di discutere di epidemiologia, manage-

ment, outcome research e di evidenze derivate da studi clinici controllati nell'ambito di patologie di ampia rilevanza clinica, quali la fibrillazione atriale, l'infarto miocardico acuto e lo scompenso cardiaco.

Gli studi clinici dell'ANMCO

Moderatori: A.P. Maggioni – G.L. Nicolosi

20 maggio 2001 ore 17.00-19.00, Sala Michelangelo - Fortezza da Basso, Firenze

- Lo studio FIRE (atrial Fibrillation and atrial flutter REgistry)
M. Santini
- Lo studio MISTRAL (Myocardial Infarction with Severe prognosis: observation of TRreatment with

- Angioplasty or intravenous Lysis)
G. Steffenino
- Lo studio TEMISTOCLE (hearT failurE epideMIological STudy FADOI-ANMCO in itaLian pEople)
M. Scherillo

- Antagonisti recettoriali dell'Angiotensina e scompenso cardiaco: l'impegno dell'ANMCO nell'esplorazione di questa ipotesi
A.P. Maggioni

Una discussione aperta dei risultati di questi studi e delle prospettive di ricerca che possono generare sarà il punto di partenza più concreto ed affidabile per le nostre iniziative future.

LA FELLOWSHIP ANMCO

Durante la cerimonia inaugurale del XXXII Congresso ANMCO saranno nominati 39 nuovi Fellow. L'ANMCO è ben lieta di conferire anche quest'anno questo ambito riconoscimento a un buon numero dei nostri Associati che nonostante l'impegno assistenziale di ogni giorno hanno dimostrato un particolare interesse in ambito culturale e organizzativo.

La "pattuglia" dei Fellow è in costante aumento a conferma della vivacità della Cardiologia Ospedaliera Italiana che ha saputo negli anni imporsi all'attenzione della comunità scientifica internazionale. Secondo tradizione molti dei nostri Fellow avranno l'onore e l'onere di essere protagonisti

come relatori o moderatori al Congresso contribuendo in modo significativo al successo della manifestazione.

La Commissione per l'assegnazione della Fellowship era quest'anno composta dai Dott. Francesco Chiarella, Emilio Dovellini, Gabriella Greco e Sergio Pede oltre al Presidente dell'ANMCO Gian Luigi Nicolosi, al Vicepresidente per le attività culturali Salvatore Pirelli e al Condirettore dell'Italian Heart Journal Pantaleo Giannuzzi.

Segue l'elenco dei nuovi Fellow a cui vanno i complimenti del Consiglio Direttivo:



Fellow per il Campo Scientifico-Didattico-Editoriale e Organizzativo-Sindacale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	DIVISIONE	CITTÀ	PROV.
Mocchegiani	Roberto	Ospedale Cardiologico G.M. Lancisi	Centro di Cardiologia Ambulatoriale	Ancona	AN

Fellow Per il Campo Scientifico-Didattico-Editoriale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	DIVISIONE	CITTÀ	PROV.
Accardi	Roberto	Ospedale Santa Maria del Carmine	Divisione di Cardiologia	Rovereto	TN
Antonini Canterin	Francesco	Az. Osped. S. Maria degli Angeli	U.O. di Cardiologia	Pordenone	PN
Bertaglia	Emanuele	Ospedale Civile	U.O. di Cardiologia	Mirano	VE
Bosimini	Enzo	Fondazione Salvatore Maugeri	Div. di Cardiologia Riabilitativa	Veruno	NO
Bossone	Eduardo	Istituto Policlinico S. Donato	Laboratorio di Ecocardiografia	San Donato Milanese	MI
Calo'	Leonardo	Ospedale San Filippo Neri	Divisione di Cardiologia	Roma	Rm
Catanzariti	Domenico	Ospedale S. Maria del Carmine	Divisione di Cardiologia	Rovereto	TN
Chirillo	Fabio	Presidio Osped. Sede Ca' Foncello	Divisione di Cardiologia	Treviso	TV
Ciampani	Nino	Ospedale Civile	U.O. di Cardiologia	Senigallia	AN
Ciavolella	Massimo	Ospedale San Sebastiano Martire	Unità Operativa di Cardiologia	Frascati	Rm
Cobelli	Franco	Fond. S. Maugeri Clinica del Lavoro	Divisione di Cardiologia Riabilitativa	Montescano	PV
Corrado	Giovanni	Ospedale Generale di Zona Valduce	U.O. Di Cardiologia	Como	CO
D'armini	Andrea Maria	Ospedale Policlinico San Matteo	Divisione di Cardiologia	Pavia	PV
De Rito	Vincenzo	Osp. Casa Sollievo della Sofferenza	Divisione di Cardiologia	San Giovanni Rotondo	FG
Fedele	Silvio	Ospedale S. Chiara - CNR	IFC Reparto di Cardiologia	Pisa	PI
Ferrario	Marco	Università degli Studi di Milano	Dip. di Medicina Clinica e Prevenzione	Monza	MI
Gaddi	Oscar	Az. Osped. ASMN Reggio Emilia	U.O. Degenza Cardiologica	Reggio Emilia	RE
Ghio	Stefano	Ospedale Policlinico San Matteo	Divisione di Cardiologia	Pavia	PV
Igdbashian	Diran	Ospedale Civile	Dipartimento Cardiovascolare	Legnago	VR
Mauri	Francesco	Ospedale Niguarda	Cardiologia 4	Milano	MI
Mazzuoli	Francesco	Azienda Ospedaliera Careggi	Unità Operativa Cardiologia 2	Firenze	FI
Morgagni	Gianluigi	Ospedale Generale Provinciale	U.O. di Cardiologia - Utic	Macerata	MC
Mureddu	Gian Francesco	Ospedale San Giovanni	Unità Operativa di Cardiologia	Roma	Rm
Pelliccia	Francesco	Ospedale Parodi Delfino	Utic - Reparto di Cardiologia	Colleferro	Rm
Pignalberi	Carlo	Ospedale San Filippo Neri	Divisione di Cardiologia	Roma	Rm
Porcu	Maurizio	Ospedale San Michele Brotzu	U.O. di Cardiologia	Cagliari	CA
Russo	Aldo	Osped. Casa Sollievo della Sofferenza	Divisione di Cardiologia	San Giovanni Rotondo	FG
Santarone	Mauro	Ospedale Generale Di Zona Valduce	Unità Operativa di Cardiologia	Como	CO
Sarullo	Filippo M.	Osp. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli	Divisione di Cardiologia	Palermo	PA
Scalvini	Simonetta	Fond. S. Maugeri Clinica del Lavoro	Divisione di Cardiologia	Gussago	BS
Senni	Michele	Ospedali Riuniti	Divisione di Cardiologia	Bergamo	BG
Sinagra	Gianfranco	Ospedale Maggiore	U.O. di Cardiologia	Trieste	TS
Trocino	Giuseppe	Ospedale San Gerardo	Divisione di Cardiologia	Monza	MI
Verdecchia	Paolo	Ospedale Civile	Cardiologia e Fisiopat. Cardiovascolare	Perugia	PG
Vescovo	Giorgio	Ospedale Civile	Dipartimento di Medicina e Cardiologia	Adria	RO

Fellow per il Campo Organizzativo-Sindacale

COGNOME	NOME	OSPEDALE	DIVISIONE	CITTÀ	PROV.
Mangia	Rolando	Ospedale Cardinale Panico	Divisione di Cardiologia	Tricase	LE
Pede	Sergio	Ospedale N. Melli	Unità Operativa di Cardiologia	San Pietro Vernotico	BR
Caldarola	Pasquale	Ospedale M. Sarcone	U.O. di Cardiologia	Terlizzi	BA



I CORSI DEL LEARNING CENTER SUL WEB

Comunque sia andata è stato un successo?

Una organizzazione complessa, tanti problemi, ma in fondo molti aspetti positivi

L'8 marzo, si è tenuto a Firenze un corso del "Learning Center" ANMCO organizzato dall'Area Emergenza-Urgenza, sulle cardiopatie ischemiche. Come era stato preannunciato, in questa occasione è stata sperimentata la possibilità di trasmissione del corso in diretta via internet.

A questa iniziativa si sono iscritti 146 Cardiologi a cui sono state fornite le istruzioni per il collegamento, i programmi da installare nei propri computers e le relative passwords.

Per la preparazione di questo evento è stato necessario attivare una complessa organizzazione, differente dagli abituali canoni adottati per i simposi effettuati in maniera tradizionale:

- Agli organizzatori, moderatori e relatori del corso è stato richiesto di adeguare la presentazione in modo da garantire gli standards per la trasmissione on line. Fra l'altro, è stato necessario che ciascun relatore inviasse con notevole anticipo alla Segreteria il set di diapositive da utilizzare. Queste sono state trasformate dal formato tradizionalmente usato ad un formato html adeguato ad una trasmissione veloce in rete. Le modifiche dell'ultimo minuto non erano consentite se non per la possibilità di qualche minimo spostamento nella sequenza predisposta.
- L'organizzazione della trasmissione telematica è stata affidata in via sperimentale al Centro Consulenze di Firenze che ha fornito tutto il supporto informatico e tecnico necessario.
- Una delle sale della Sede ANMCO di Firenze, è stata "trasformata" in centrale operativa telematica: diverse stazioni computerizzate elaboravano e trasmettevano le informazioni sulla rete, una regia si occupava dell'acquisizione su "web cam" delle immagini dalla sala e diversi operatori tecnici e medici erano disponibili per rispondere in tempo reale ai quesiti posti dall'uditorio connesso dalle stazioni remote. Vi era un continuo flusso di dati fra le varie stazioni, con i diversi utenti e con l'agenzia che si è occupata dello "streaming video" in rete.

La fruizione del corso via internet presupponeva il collegamento degli utenti ad un sito prestabilito, mediante la password precedentemente fornita. Una volta collegati al sito si accedeva ad una videata che permetteva di visualizzare in una parte dello schermo un'aula virtuale tridimensionale in cui ci si poteva muovere, osservando da uno dei numerosi schermi posti al suo interno le immagini riprese dalle web cam nella sala riunioni e che erano generalmente focalizzate sui moderatori e sui relatori. Nell'aula virtuale si potevano vedere le diverse "icone" relative agli altri utenti collegati. Un'altra parte dello schermo era ri-



servata alla ricezione delle diapositive proiettate. Dagli altoparlanti si poteva ascoltare la relazione. Uno spazio del video era riservato ad informazioni circa l'andamento dei lavori (programma, relazione in corso, messaggi).

Una linea di dialogo era costantemente a disposizione per colloquiare via "chat" con la sala di controllo per eventuali richieste di chiarimenti tecnici o per intervenire sulle relazioni scientifiche.

Alla fine del corso è stato proposto un questionario di autovalutazione a risposte multiple che poteva essere rinviato entro un tempo limite per verificare.

Per questo corso di formazione è stato chiesto al Ministero della Sanità un punteggio di accreditamento. Come è noto il primo semestre del 2001 viene adottato dal Ministero come fase sperimentale della formazione obbligatoria dei medici. Al corso residenziale è stato concesso un punteggio di 5 crediti, non ci è stata data alcuna risposta circa l'accreditamento per il corso via internet.

Non tutto è andato bene come speravamo e come i test effettuati fino a poche ore prima della trasmissione avevano lasciato supporre.

In un esperimento che dal punto di vista tecnologico inserisce molte innovazioni era prevedibile qualche disfunzione ma in questo caso dobbiamo ammettere che si sono verificati più problemi di quanto ci aspettassimo.

Molti degli utenti connessi, superate le difficoltà iniziali di collegamento, hanno sperimentato una scarsa qualità della ricezione audio/video che ha reso impossibile seguire correttamente l'evento.

In alcuni casi il problema era esclusivamente legato alla stazione remota: postazioni non dotate di scheda audio, non corretto caricamento sul proprio computer del programma indicato per l'elaborazione dell'audio/video.

Ma, nella maggior parte dei casi il problema si è verificato perché la quantità

Il corso, presto fruibile su internet "on demand"

*Stiamo percorrendo una strada che
rappresenterà il nostro cammino futuro*

di informazioni immesse in rete era eccessiva per una elaborazione sufficientemente veloce e ci sono stati problemi nello “streaming video”: la trasmissione dell’audio/video.

Pur avendo previsto una modalità alternativa di trasmissione, “alleggerita” del peso dell’aula tridimensionale virtuale, il problema si è presentato anche in questo caso. La difficoltà di ricezione è stata maggiore in alcune fasce orarie in cui, notoriamente le linee telefoniche e la rete internet sono più congestionate.

Pochi hanno segnalato problemi di ricezione delle diapositive che erano generalmente ben visibili su tutti i monitors.

Alcuni utenti hanno avuto difficoltà a capire il meccanismo di accesso e di utilizzo dell’aula virtuale 3D che però sembra sia stata ben visualizzata da tutti. La “chat” è stata particolarmente utile per monitorizzare l’andamento dell’evento risolvendo, ove possibile i problemi tecnici sperimentati dai Cardiologi collegati.

Se questo è il lato negativo di un’avventura che certamente è solo al “faticoso” inizio abbiamo potuto però trarre una serie di indicazioni di carattere positivo:

- Una volta elaborato un corso per la trasmissione in diretta in rete è possibile lasciarlo in un sito per la fruizione ritardata secondo i tempi e le modalità che ciascun utente riterrà più opportuni.

Il corso dell’8 marzo è in fase di rielaborazione per la messa in rete e, quasi certamente, quando leggerete queste righe, sarà già stato immesso e visualizzabile sul sito www.anmco.it.

- Durante la trasmissione del corso abbiamo avuto puntate con circa 60 Cardiologi connessi contemporaneamente. Una volta perfezionati i parametri tecnici non vi è virtualmente alcun limite al numero di utenti connessi.

La limitazione numerica sarà esclusivamente una scelta di tipo “strategico”.

- È stato possibile verificare la fattibilità di una modalità innovativa e, riteniamo di avere sufficienti elementi per poter eseguire aggiustamenti tecnici tali da consentire alla maggior parte dei medici provvisti di un computer collegato ad internet di ricevere in modo corretto tutti i dati utili.
- La trasmissione “on line” di un corso di formazione ha suscitato notevole interesse da parte della comunità medica nazionale; ci sono giunti segnali anche da altri Paesi interessati a simili modalità di riunioni scientifiche.
- Una volta risolti i problemi tecnici non sarà difficile poter trasmettere corsi, riunioni, simposi ad un numero illimitato di utenti anche su base internazionale.
- La possibilità di identificare gli utenti connessi con password e firme digitali e di poterne verificare il grado di apprendimento mediante test di valutazione potrà consentire l’utilizzo di questa metodologia anche per l’accreditamento formativo obbligatorio.
- L’esperimento dell’8 marzo 2001 ci ha permesso, inoltre, di elaborare una strategia per la costruzione di corsi con caratteristiche che li rendano “adatti” alla trasmissione in rete.

Non contiamo di avere su Internet lo stesso successo di Mina ma, credo, che stiamo percorrendo una strada che necessariamente rappresenterà parte del nostro cammino nell’immediato futuro.

Per le informazioni più aggiornate: www.anmco.it.



TRE PRIORITÀ: FIBRILLAZIONE ATRIALE, SINCOPE, MORTE IMPROVVISA

Per attuare il programma è indispensabile il coinvolgimento di più Aree ed un rapporto forte con l'AIAC per il coordinamento delle iniziative

PRIORITÀ

L'Area Aritmie per il biennio 2001-2002 ha definito tre priorità in campo aritmologico: la fibrillazione atriale, la sincope e la morte improvvisa. Queste problematiche sono così ampie e richiedono una gamma così vasta di competenze, che è stato ritenuto indispensabile affrontarle con il coinvolgimento contemporaneo di più aree e di tutte le altre associazioni che si occupano dell'argomento (AIAC, SIC). Di particolare importanza è un rapporto forte e continuativo con l'AIAC, per il coordinamento delle varie iniziative; il presidente dell'AIAC, o un suo delegato, saranno sempre invitati a tutte le riunioni del Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie. Verranno esplorate anche tutte le altre possibili modalità di integrazione tra l'Area Aritmie dell'ANMCO e l'AIAC, onde fornire riferimenti univoci agli aritmologi italiani.

STUDI

Durante il precedente biennio l'Area Aritmie, con il coordinamento di Massimo Santini, ha realizzato lo studio **FIRE** (atrial Fibrillation Italian REgistry) che in un mese ha arruolato oltre 6.000 pazienti in 207 centri cardiologici italiani. I dati definitivi sono ancora in fase di elaborazione e verranno presentati al Congresso Nazionale ANMCO 2001. Lo studio fornirà una fedele fotografia delle modalità attuali di trattamento della fibrilla-

Lo studio FIRE ha arruolato in un mese oltre 5.500 pazienti in 207 centri cardiologici italiani

zione atriale in Italia. Già i dati preliminari dimostrano come esistano notevoli differenze tra Linee Guida sulla fibrillazione atriale e quanto realmente avviene nelle Cardiologie e nei reparti di medicina. Naturalmente l'analisi dovrà essere approfondita, ma già ora il Comitato di Coordinamento si sta impegnando per valutare la possibilità di eseguire studi di implementazione delle Linee Guida internazionali. L'ampiezza della casistica raccolta è unica ed è pertanto necessario continuare a lavorare con tutti i Centri che hanno già dimostrato la loro disponibilità.

Oltre alla fibrillazione atriale la **sincope** è un'altra causa estremamente frequente di ospedalizzazione (circa il 2% dei ricoveri), con notevoli ripercussioni cliniche ed economiche. I dati di alcuni studi pilota dimostrano come le modalità di studio e di trattamento della sincope siano molto diverse nei vari ospedali e nei vari reparti di ricovero (cardiologia, medicina, neurologia, ecc.), spesso con notevole discordanza delle procedure rispetto alle Linee Guida. In collaborazione con l'AIAC e con la Task Force sulla sincope della Società Europea di Cardiologia, sono in fase di preparazione i protocolli di due studi, uno epidemiologico sulla sincope in Italia e l'altro di implementazione di Linee Guida (Studio EGSYS).

MORTE IMPROVVISA

Per quanto riguarda la terza emergenza segnalata (la morte improvvisa) il problema è di grande attualità vista la **recente modifica della legislazione italiana sull'impiego dei defibrillatori**. È indispensabile che le varie aree coinvolte (Emergenza-Urgenza, Aritmie, Scompenso) con progetti

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/html/attivita/aree/ararit.htm

La sincope è un'altra causa estremamente frequente di ospedalizzazione con notevoli ripercussioni cliniche ed economiche

volti sia alla stratificazione prognostica ed alla profilassi primaria e secondaria della morte improvvisa, che al trattamento precoce dell'arresto cardiaco extraospedaliero, collaborino alla realizzazione di una strategia integrata per la lotta alla morte improvvisa.

FORMAZIONE

È stata programmata inoltre l'attività di formazione ed aggiornamento da svolgersi entro il 2001, sia al Learning Center che in sedi periferiche:

- Corso di Aritmologia Clinica in collaborazione con l'AIAC (5-6 novembre 2001, Firenze)
- Corso di Elettrocardiografia Clinica, da svolgersi in sedi periferiche (secondo semestre 2001)
- Corsi di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione per personale infermieristico (in collaborazione con l'Area Nursing) da svolgersi sia al Learning Center che in sedi periferiche.
- Corsi su Morte Improvvisa ed Elettrostimolazione nello Scompenso Cardiaco in collaborazione con l'Area Scompenso, con l'AIAC e la SIC.

Area CHIRURGICA

di Giuseppe di Eusano, Gian Piero Perna

IL RUOLO ATTUALE DELLA CHIRURGIA NELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE LINEE GUIDA

La distinzione delle sindromi coronariche acute, in forme con e senza soprasslivellamento del tratto ST (fig.1), nonostante al-

conseguenti ricadute sulle applicazioni e percorsi terapeutici.

DIMENSIONI DEL PROBLEMA DAL PUNTO DI VISTA CHIRURGICO

Le dimensioni attuali e prospettive del problema non sono di semplice definizione, in quanto la realtà internazionale è fortemente variegata e mancano dati nazionali rigorosamente prodotti.

La maggiore o minore aggressività negli approcci terapeutici può variare in rapporto a problematiche organizzative del Dipartimento cardiologico (disponibilità di UTIC, emodinamica interventistica e cardiocirurgia, buona organizzazione per emergenze) e del territorio (ubicazione, distanza, tempi per raggiungere il Dipartimento di riferi-

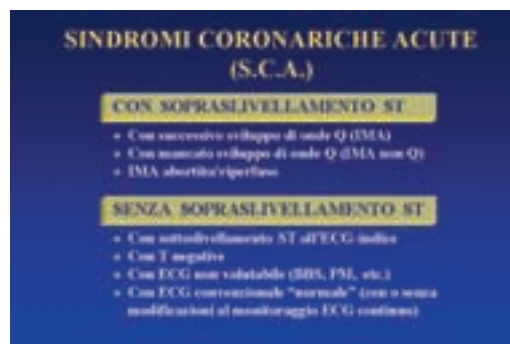


fig. 1

cuni limiti, appare valida anche in campo cardiocirurgico per le implicazioni cliniche, eziopatogenetiche, prognostiche e per le

mento). In centri ben organizzati per il trattamento delle urgenze ed emergenze, sia a livello interventistico che chirurgico, con approccio aggressivo ma equilibrato nella selezione dei pazienti da trattare con PTCA e quelli da trattare con chirurgia, circa il 40% degli interventi di BPAC isolati sono costituiti da S.C.A.

La corretta interpretazione dei trials (PUR-SUIT, ARTS, SOS, etc.) è necessaria per evitare momenti di possibile confusione nella scelta del tipo di rivascularizzazione (PTCA vs Chirurgia).

LA CHIRURGIA NELLE S.C.A. SENZA SOPRASLIVELLAMENTO ST

Le indicazioni non possono prescindere da una corretta stratificazione del rischio. Sono a rischio elevato i pazienti :

- 1) Con angina resistente alla terapia medica;
- 2) Con segni o sintomi di insufficienza ventricolare sinistra;
- 3) Stabilizzati con terapia medica ma con indicatori di alto rischio quali:
 - a) ECG con ST sottoslivellato > 1,5 mm in più derivazioni;
 - b) ECG con T negative anteriori;
 - c) ischemia transitoria silente al monitoraggio ECG;
 - d) disfunzione V.S. all'ecocardiografia .

La positività della troponina associata ad ognuna delle precedenti condizioni, costituisce un indicatore aggiuntivo di rischio. La coronarografia, "obbligatoria" in queste condizioni, seleziona i pazienti da avviare alla terapia medica, alla PTCA o alla chirurgia (fig. 2). La chirurgia allo stato attuale attuale risulta appropriata nelle condizioni riportate nella fig. 3.

LA CHIRURGIA NELLE S.C.A. CON SOPRASLIVELLAMENTO ST

La rivascularizzazione chirurgica ha un ruolo ben definito in queste condizioni, le stesse li-

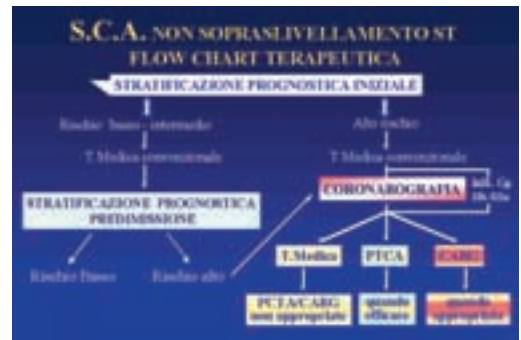


fig. 2

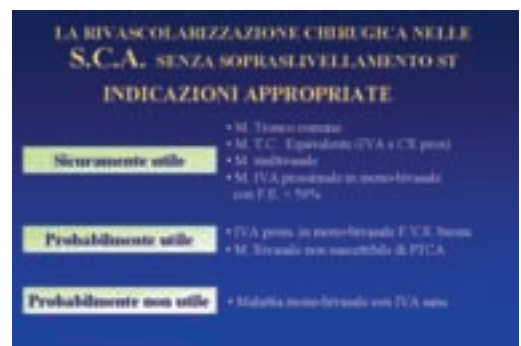


fig. 3

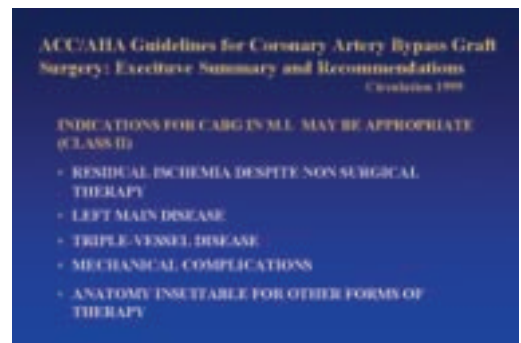


fig. 4



fig. 5

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/html/attivita/aree/archir.htm

nee guida ACC/AHA la ritengono appropriata nelle condizioni riportate nella fig. 4. Una proposta di percorso diagnostico terapeutico che tenga conto di una organizzazione del Dipartimento cardiologico di riferimento e delle esigenze del bacino territoriale di riferimento è schematizzata nella fig. 5.

L'applicazione di una strategia ibrida rtPA (1/2 dose) + IGP II/b/IIIa con emivita breve può essere un giusto compromesso tra le esigenze del cardiologo, dell'interventista e del chirurgo.

I punti da definire (fig. 6) sono: la gestione dei pazienti con malattia multi-vasale in cui sia stata ottenuta una rivasco-



fig. 6

larizzazione "parziale" con PTCA primaria o di salvataggio e l'impiego appropriato di trombolitici e inibitori IGP II/b/IIIa in vista del successivo percorso terapeutico che non deve mai escludere la chirurgia.

Area EMERGENZA-URGENZA

di Francesco Chiarella

PROGRAMMA DELL'AREA EMERGENZA-URGENZA



Gli studi epidemiologici e le stime basate sui dati dello studio MONICA e dell'ISTAT dimostrano la rilevanza della **cardiopatía ischemica** e dell'**arresto cardiaco** nel nostro Paese. Ad essi viene attribuita la maggior parte dei decessi: delle 160.000 persone che ogni anno sono colpite da attacco cardiaco, una su quattro non sopravvive e, in oltre la metà dei casi la morte avviene prima di raggiungere l'Ospedale. Alla riduzione della mortalità ospedaliera per attacco cardiaco, conseguita nel corso degli ultimi anni, non ha corrisposto una significativa riduzione della mor-

talità pre-ospedaliera, che persiste elevatissima. Per il paziente con infarto miocardico acuto le ore più critiche sono quelle successive all'esordio dei sintomi, sia per il **ritardo evitabile** - ma non evitato - con cui giunge all'UTIC, sia per le difficoltà organizzative che ancora impediscono l'accesso in tempo utile ad una sala di emodinamica. Nonostante il continuo affinamento degli strumenti terapeutici le **sindromi coronariche acute** continuano ad essere una delle cause più importanti di morbidità e mortalità e sono tutt'ora gravate da una prognosi sfavorevole. Negli ultimi

anni si è affermato l'impiego di **nuovi markers biomorali**, il trattamento della cardiopatia ischemica acuta è stato modificato dall'avvento di nuove classi di farmaci, al momento sono in fase di verifica **nuove strategie ripersive** farmacologiche, meccaniche e combinate. La stessa **definizione di infarto miocardico acuto** è oggetto di revisione. La presa di posizione congiunta dei massimi esperti dell'American College (ACC) e della Società Europea (ESC) pubblicata nell'agosto 2000 ha creato non poche perplessità. La recente approvazione della **Legge 7684 sull'impiego dei defibrillatori semiautomatici** ha riproposto alla opinione pubblica la drammaticità dell'arresto cardiaco, di cui in Italia sono vittime ogni anno circa 40.000 persone. La nuova Legge, che disciplina la defibrillazione fuori dalle mura ospedaliere, sembra dare per acquisito un efficiente soccorso al paziente con arresto cardiaco all'interno degli Ospedali, ove in realtà sono carenti sia l'addestramento che i defibrillatori.

L'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO, nel corso del biennio 2001-2002, intende entrare nel vivo dei problemi sopra delineati, rinnovando l'impegno a svolgere un ruolo culturale di elevato profilo, sulla traccia di una tradizione che ha visto l'ANMCO portare a termine, nel settore della cardiopatia ischemica acuta, importanti indagini epidemiologiche e grandi studi clinici quali i GISSI.

I principali interessi dell'Area vengono identificati nella **Cardiopatia Ischemica Acuta** e nell'**Arresto Cardiaco**. Quale efficace strumento di comunicazione, l'Area sta allestendo un **sito WEB** che permetterà un vivace rapporto non solo con gli iscritti all'Area e con i Soci ANMCO ma, più ampiamente, con il complesso mondo della sanità e dell'industria.

CARDIOPATIA ISCHEMICA ACUTA

Alla terapia dell'infarto è stato dedicato un Corso di Aggiornamento tenutosi l'8 marzo al Learning Center. L'importanza del Corso è stata riconosciuta dal Ministero, che ha accordato un elevato punteggio in crediti formativi. In via sperimentale è stata effettuata la connessione via Internet con la sala del Learning Center per permettere a chi lo desiderasse di prendervi parte da postazioni periferiche; l'intera sessione dei lavori è stata registrata e potrà essere partecipata in differita visitando il sito ANMCO dell'Area. La ridefinizione dell'Infarto Miocardico Acuto è al centro di iniziative di discussione e di approfondimento e sarà argomento di un nuovo Corso di Aggiornamento; al tema è dedicata una puntualizzazione da parte del Board, che verrà inviata ad Italian Heart Journal Supplement.

L'Area si occuperà di una indagine conoscitiva sui percorsi intra ed extraospedalieri dei pazienti con infarto miocardico acuto nell'ambito di un programma collaborativo che si propone di conoscere le attuali condizioni di gestione della fase precoronarica, l'impiego di trombolitici in fase preospedaliere, i percorsi e le scelte relative alla ricanalizzazione ed all'impiego delle nuove terapie.

L'attenzione verso il paziente con dolore toracico troverà espressione in Corso di Aggiornamento sulle Chest Pain Unit, in programma presso il Learning Center, e nella partecipazione allo studio PREMIER, di cui è imminente il decollo della fase pilota.

Le nuove strategie terapeutiche nelle sindromi ischemiche acute sono oggetto di valutazione ed è in allestimento un importante studio multicentrico, il cui protocollo è in fase di discussione.

L'Area intende sostenere l'implementazione e l'utilizzazione del Registro delle UTIC e mantiene a tema la gestione del ricovero del paziente con infarto miocardico acuto e la

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/htm/attivita/aree/aremur.htm

durata della degenza. La scelta del momento della dimissione è di attualità, il protocollo EARLY verrà riproposto in sede di Congresso Nazionale.

ARRESTO CARDIACO

Nel corso degli ultimi anni nei Paesi Occidentali è maturata una nuova coscienza riguardo alla importanza dell'arresto cardiaco. Ne è prova il successo conseguito dalla American Heart Association che, ricorrendo a pressioni scientifiche ed a petizioni popolari, ha favorito una nuova legislazione e provocato il decreto Clinton sulla collocazione di defibrillatori semiautomatici in tutti gli edifici pubblici federali.

Il forte interesse si è esteso a molte nazioni europee, la recente approvazione della Legge 7684 ha riproposto il problema alla comunità italiana richiedendo alle Regioni di regolamentare la distribuzione e l'addestramento sul territorio ma implicitamente obbligando a che non sia da meno la disponibilità di defibrillatori e l'addestramento all'interno degli Ospedali e dei presidi sanitari.

Allo scopo di fornire il proprio contributo l'Area Emergenza ha attivato la costituzione di un Centro Permanente di Formazione alla Rianimazione Cardiopolmonare cui hanno aderito numerosi provetti Istruttori Certificati. Tali Istruttori, nel corso di cinque giornate di approfondita discussione, hanno revisionato le Linee Guida ILCOR pubblicate nell'agosto 2000 e partendo da esse hanno prodotto materiale didattico originale (diapositive e manuali) da impiegare nei prossimi Corsi ANMCO BLS ed ACLS.

Il team educativo è composto da Istruttori di larga esperienza, prevalentemente ma non esclusivamente cardiologi ospedalieri: tra essi vi sono cardiologi universitari e del CNR, rianimatori, operatori del ILS, infermieri di area critica, internisti, neurologi ecc., ed è previsto che ad essi si possano affiancare Istruttori "in progress" che ne faranno

richiesta alla Segreteria dell'Area.

L'ufficiale riconoscimento di Istruttori ANMCO avverrà similmente a quanto accade per la Fellowship ANMCO: un apposito Comitato Scientifico esaminerà i curricula dei candidati e l'idoneità alle due fasce di Istruttori riconosciuti e di Istruttori in progress. Sono previsti per l'autunno un Corso Istruttori BLS ed un Corso Istruttori ACLS. Dopo la attuale fase di avvio, si prevede di tenere mensilmente Corsi intra ed extramurali per Provider, in risposta alle richieste già pervenute ed a quelle che verranno effettuate, secondo una programmazione che consenta di fruire dei crediti formativi.

L'iniziativa educativa dell'Area Emergenza-Urgenza in tema di arresto cardiaco costituisce un primo tassello nell'ambito di un programma di più ampio respiro, che necessariamente coinvolgerà l'Area Aritmie, l'Area Nursing e l'Area Prevenzione ed i Delegati Regionali e che si raccorderà con la Federazione Italiana di Cardiologia.

SITO WEB DELL'AREA

Raccogliendo l'invito del Consiglio Nazionale di realizzare un rapporto più diretto con gli iscritti e in generale con tutti gli operatori sanitari interessati alle problematiche dell'Area, è stato identificato come obiettivo programmatico la realizzazione di un sito WEB interattivo all'interno del sito ANMCO che rappresenti un luogo di contatto e di discussione permanente on-line. Il Comitato Editoriale del sito sarà composto dal Board dell'Area e da alcuni specialisti per specifici argomenti. Gli editori del sito sceglieranno e redigeranno i contenuti principali, che verranno affiancati e chiaramente distinti dal materiale informativo e promozionale delle industrie. Negli intendimenti del progetto il sito dovrà contenere le seguenti rubriche:

1. **Board dell'Area.** Elenco dei membri del Board e relativi link di e-mail.
2. **Iscritti all'Area.** Elenco degli iscritti che

- all'Area e relativi dati (previo consenso).
3. **Forum.** Forum interattivo, dove gli iscritti potranno fare e ricevere domande su quesiti specifici, inviare messaggi, segnalare casi clinici, problemi organizzativi e sindacali ecc. L'intento è di creare una comunità on-line.
 4. **Notizie dalle industrie.** Materiale informativo e promozionale che le industrie riterranno utile diffondere presso gli iscritti dell'Area. Questa rubrica sarà chiaramente contrassegnata ed esprimerà la posizione delle rispettive industrie e non quella del comitato editoriale.
 5. **Heartwire.** Notizie aggiornate sugli argomenti di interesse dell'Area a carattere culturale, sindacale ed organizzativo provenienti dalla letteratura, dalle società scientifiche, organismi di controllo (OMS, Ministero della Sanità, FDA), sindacati di categoria ecc.
 6. **Trials clinici.** Esposizione e commento da parte del Board o di esperti invitati dal Board dei principali studi randomizzati su argomenti di interesse dell'Area.
 7. **Studi clinici dell'Area.** Stato di aggiornamento degli studi in corso, proposte di nuovi studi, da parte di singoli o gruppi di studio, che potranno essere gestiti dall'Area.
 8. **Slides on line.** Possibilità di scaricare dal sito diapositive di interesse per gli iscritti che potranno essere utilizzate dagli stessi a scopo didattico, per riunioni regionali o altro.
 9. **Poll.** Sondaggio fra gli iscritti su argomenti controversi o di utilità gestionale.
 10. **Articoli di interesse.** Elenco costantemente aggiornato degli articoli apparsi in letteratura di interesse per l'Area, commentati dal comitato editoriale. Sarà valutata la possibilità da parte degli utenti di scaricare questi articoli in formato pdf.
 11. **Position papers.** Rassegne ed articoli da parte del Board su argomenti con-

troverci e da parte di esperti invitati.

12. **Cyber sessions (CME).** Conferenze e seminari virtuali con crediti professionali, perfezionando l'esperienza del Corso sull'Infarto Miocardico tenutosi al Learning Center ANMCO l'8 marzo.

Infine, in aggiunta al Supplemento dell'Area del Bollettino Cardiologia negli Ospedali, è previsto l'invio agli iscritti di una newsletter via e-mail o fax che contenga l'aggiornamento dell'attività dell'Area, la segnalazione degli articoli di maggiore interesse con link ai commenti presenti nelle pagine WEB dell'Area e gli avvisi di forum di discussione.

COLLABORATORI DEL COMITATO DI COORDINAMENTO

Per conseguire gli ambiziosi obiettivi individuati, il Comitato di Coordinamento dell'Area verrà affiancato da un Comitato di Esperti di cui fanno parte Ezio Giovannini per i rapporti con le Società scientifiche (SIC e FIC) e per i problemi sindacali, Giuseppe Di Pasquale e Marcello Galvani, in qualità di esperti per "dolore toracico e marcatori miocardici", Luigi Oltrona Visconti, in riferimento all'esperienza delle Chest Pain Unit, Caterina Clercy, consulente per i problemi di ordine statistico, Giuseppe Steffenino per i trial clinici, Marco Tubaro per Registro delle UTIC ed informatica.

I principali collaboratori in tema di Arresto Cardiaco sono Rossano Vergassola, Maurizio Burattini, Roberto Ricci, Fabrizio Bandini, Danilo Neglia, Sergio Lombroso e Domenico Schirripa. Il Bollettino "Cardiologia negli Ospedali on line" è affidato all'impegno di Guido Belli, Antonio Della Valle e Cesare Baldi. Fanno inoltre riferimento all'Area il Gruppo di Studio Intersocietario ANMCO, SIBIOC, SIMEL "Marcatori di Necrosi" coordinato da Marcello Galvani, Filippo Ottani, e Marco Tubaro ed il Gruppo di Studio "Imaging e Cardiopatia Ischemica" coordinato da Francesco Prati.

Lo STUDIO PROCARDIS

Il progetto PROCARDIS – a family-based study to investigate the genetic basis of Precocious Coronary Artery Diseases – dopo l'incontro del 14 febbraio scorso a Milano, che ha visto la partecipazione di Cardiologi di 130 Centri tra UCC, Cardiologie e Centri di Riabilitazione, è ormai entrato nella sua fase attiva. Il progetto si colloca nella continuità della tradizione del GISSI per quanto riguarda la logica di collaborazione tra l'ANMCO e l'Istituto Mario Negri, ed è nello stesso tempo profondamente innovativo in quanto coincide con la prima grande iniziativa nel campo della epidemiologia genetica cardiovascolare a livello internazionale. Come dovrebbe essere ormai noto più o meno a tutti, il PROCARDIS è infatti un

consorzio di ricerca tra il GISSI, l'Università di Oxford, l'Università di Munster e il Karolinska Hospital di Stoccolma, il cui obiettivo è l'identificazione di nuovi geni correlati alla malattia coronarica attraverso un'analisi di tutto il genoma di almeno 2000 famiglie con una struttura informativa al riguardo. Lo Studio adotta la tecnica degli ASPs (Affected Sibling Pairs), una strategia di linkage non parametrica che utilizza coppie di fratelli/sorelle affette e confronta la percentuale di condivisione allelica esistente tra i fratelli

ad un determinato locus rispetto alla percentuale attesa per il solo effetto del caso. La flow-chart riassuntiva dello studio viene qui riportata come pro-memoria degli aspetti pratici dello studio e come riproposta dell'invito a tutti i centri ANMCO a partecipare attivamente al progetto, cui già si è avuta una prima risposta assolutamente positiva. Può essere utile riprendere qui alcuni dei punti più sottolineati in occasione dell'incontro del 14 febbraio.

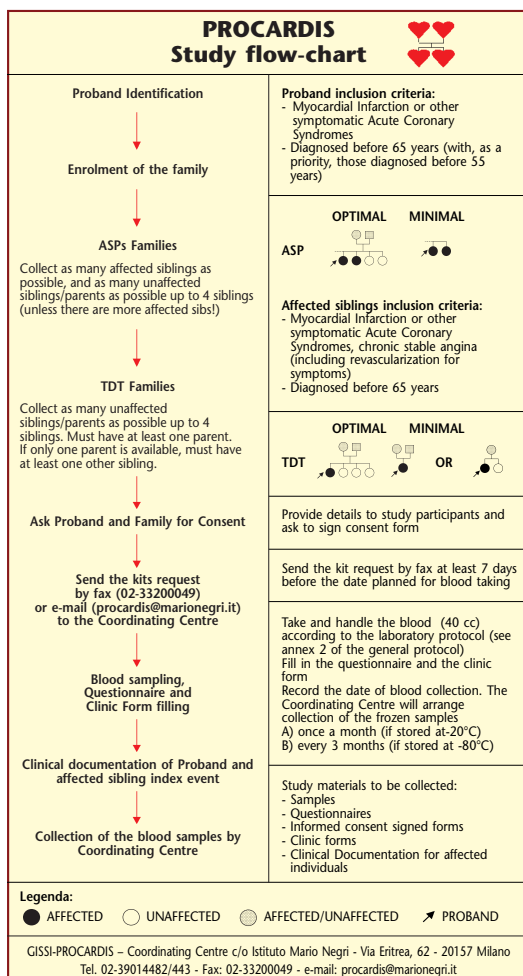
1. È importante riconoscere nel GISSI-PROCARDIS la duplice funzione che era stata il punto di forza degli studi clinici GISSI:

- a) rappresentare un progetto di ricerca molto preciso e concreto, esteso ad una rete fortemente rappresentativa della collettività cardiologica ed assistenziale;
- b) fare della partecipazione al progetto lo strumento efficiente per la formazione di una prima massa critica culturale in un settore di cui si incominciano solo ora ad intravedere le potenzialità, i problemi, le implicazioni.

2. Per favorire un'entrata nel settore al livello più qualificato, il GISSI-PROCARDIS si presenta con altre due caratteristiche particolarmente importanti:

- a) è un "consorzio" dove i partner che collaborano rappresentano il meglio delle diverse competenze metodologiche, tecnologiche, scientifiche oggi disponibili a livello internazionale;
- b) adotta una strategia di ricerca (i cui termini principali sono definiti nel riquadro) originale e complementare rispetto agli approcci più classici che sono stati adottati finora nell'universo di ricerca italiana.

3. Il contributo di partecipazione che si richiede – mettendo a disposizione sia i casi disponibili attraverso le basi di dati degli studi clinici GISSI, sia quelli reclutati prospetticamente – è molto semplice; ed



CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/hm/attivita/aree/argen.htm

apparentemente limitato ad una "fornitura di dati". Questo aspetto "operativo" è tuttavia solo un aggancio ed un punto di partenza, per generare un coinvolgimento più specifico di proposte di esplorazione ed elaborazione dei dati da parte di tutti coloro che scelgono di formarsi-facendo, non appena le conoscenze minime per un coinvolgimento intellettuale originale sono acquisite.

4. Il GISSI-PROCARDIS si propone di fatto, al di là dei suoi contenuti tecnici specifici, come un quadro di riferimento per un progetto di informazione e formazione permanente, che sarà offerto a tutti i Soci ANMCO (certamente con una priorità per coloro che partecipano in modo più attivo al progetto) attraverso due strumenti principali:

- a) seminari residenziali di approfondimento sulla metodologia e le implicazioni della epidemiologia genetica nei diversi ambiti della Cardiologia;
- b) una newsletter di aggiornamento critico su quanto la letteratura produce di più interessante sui differenti ambiti della epidemiologia genetica cardiovascolare.

5. Il GISSI-PROCARDIS, che prevede un tempo di realizzazione esteso fino al 2002, si propone in questo senso anche come un progetto ponte, sul quale investire per poter far partire altri progetti ancor più direttamente programmati dalla Cardiologia Italiana, in una logica di integrazione tra la genetica "post-genomica" e l'epidemiologia più classica dei fenotipi e dei profili di rischio.

CORSO EXTRAMURALE DEL LEARNING CENTER CARDIOPATIA ISCHEMICA E FATTORI DI RISCHIO GENETICI

Il corso, volto a un'istruzione di base nel campo della genetica clinica dell'aterosclerosi e della trombosi, si svolgerà a Roma, indicativamente alla fine di settembre-primi di ottobre 2001 e avrà la durata di un giorno e mezzo.

Saranno disponibili 30 posti per Cardiologi fuori dall'Area di Roma, grazie a un generoso contributo della Merck Sharp & Dohme Italia. Il numero totale dei discenti al corso non sarà superiore a 50, per garantire il necessario approfondimento culturale e un'adeguata interazione con la faculty. Al Congresso dell'ANMCO saranno disponibili il programma definitivo e le schede di richiesta di partecipazione: entrambi questi documenti saranno altresì consultabili e scaricabili nello spazio dell'Area Genetica nel sito dell'ANMCO in Internet (www.anmco.it).

I SESSIONE

- Introduzione: l'identificazione della predisposizione genetica alla malattia
- La cardiopatia ischemica e la sua eziopatogenesi: certezze, insufficienza delle conoscenze e "irrequietezza scientifica"
- Riflessioni sulla familiarità evidence-based

II SESSIONE

- L'epidemiologia genetica e lo studio delle popolazioni:
 - variabilità genetica nell'uomo normale e patologica: metodi di studio qualitativi e quantitativi
 - transmission disequilibrium test (TDT) e linkage disequilibrium (LD)

III SESSIONE

- Le tecniche di indagine molecolare: verso l'automatizzazione e la "globalizzazione"
 - Denaturing High-Performance Liquid Chromatography (DHPCL)
 - discriminazione allelica automatizzata con Taqman 7700
 - microchip

IV SESSIONE

- Fattori di rischio genetici
 - emostasi e trombosi
 - metabolismo lipidico
 - metabolismo glucidico
 - pressione - ipertensione
 - citochine
 - iperomocisteinemia

V SESSIONE

- Dalla malattia vascolare arteriosa alle sindromi cliniche: cosa chiedere alla nuova programmazione della ricerca in ambito genetico
 - dall'aterosclerosi all'infarto
 - dall'aterosclerosi allo scompenso
 - il rimodellamento positivo e negativo.

Alla fine di ogni sessione è prevista una fase di lavoro interattivo con quiz e schede, alberi genealogici e verifica della comprensione dei temi proposti.

Direttore del corso: Prof.ssa Eloisa Arbustini (e.arbustini@matteo.pv.it)
Segreteria scientifica: Dott. Marco Tubaro (marco.tubaro@tin.it)



PROGETTO G8 CARDIO-ANMCO

Il progetto G8 Cardio-ANMCO è finalmente arrivato, in occasione del XXXII Congresso Nazionale ANMCO, a una tappa importante del suo sviluppo. L'Area Informatica, infatti, presenterà al Congresso, nello stand G8 Cardio-ANMCO, la prima release completa del **software (SW) cardiologico dell'ANMCO**.

Anche su invito del Presidente Nicolosi, penso che sia opportuno, a questo punto, fare in dettaglio il punto della situazione.

Cos'è il progetto G8 Cardio-ANMCO?

Quando il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, presieduto da Massimo Santini, decise di istituire una Commissione per le Tecnologie dell'Informazione (**CTI**), l'obiettivo individuato fu quello di creare un database cardiologico informatico, che avesse due finalità principali:

- **la gestione dei dati clinici cardiologici a livello locale (cioè dei singoli centri cardiologici, di qualsiasi grandezza e complessità siano), anche attraverso l'impiego di una card cardiologica;**
- la raccolta e l'analisi degli stessi dati a livello nazionale, utilizzando Internet come rete tra le cardiologie italiane per trasmettere i dati a un computer centrale (Server) dell'ANMCO.

Per meglio sviluppare questo progetto e per inserirlo, fin dall'inizio, in un contesto internazionale, venne deciso di formalizzare un rapporto di collaborazione scientifica con il **G8 Cardio**. Quest'ultimo è un progetto di collaborazione internazionale, all'interno degli otto Paesi più industrializzati, volto all'identificazione di un nucleo comune di dati cardiologici, condiviso in tutti i Paesi partecipanti, che consenta l'in-

terscambio di informazioni scientifiche e cliniche in campo cardiologico. Questa collaborazione è stata facilitata dal fatto che il progetto **G8 Cardio** ha il suo coordinamento internazionale in Italia (A. Maseri, D. Cianflone – Università Cattolica di Roma) e questo ha consentito di istituire un progetto comune, chiamato appunto **Progetto G8 Cardio-ANMCO**. Poiché il progetto internazionale aveva come partner tecnologico la Hewlett Packard (ora Agilent Technologies), venne deciso di utilizzare la stessa partnership anche in Italia, sia per la notorietà dell'Azienda californiana, sia per la sua capillare presenza nelle cardiologie italiane, nel settore elettromedicale.

Da allora è stato svolto un lavoro lungo, lento e difficile di definizione delle **specifiche del SW**.

Fin dall'inizio è sembrato a tutti indispensabile, per creare un SW cardiologico di rilevanza nazionale, il coinvolgimento delle Società Scientifiche e delle Aree dell'ANMCO interessate ai vari aspetti della Cardiologia. Questo processo ha quindi coinvolto una serie di gruppi di lavoro intersocietari, dell'ANMCO e delle Società Scientifiche:

- SW Registro delle UTIC: CTI ANMCO (A. Caselli, G. Carini, D. Cianflone, F. Fonda, A. Marchesini, C. Pristipino, P.F. Ravizza, M. Tubaro)
- SW Ecocardiografia: ANMCO-SIEC (L. Badano, A. Mantero, A. Marchesini, A. Pizzuti)
- SW Emodinamica: ANMCO-GISE (G.B. Danzi, C. Pristipino, R. Violini)
- SW Aritmologia: ANMCO-AIAC (G. Inama, C. Pandozi, P.F. Ravizza, R. Ricci, M. Santomauro, M. Zoni Berisso)
- SW Ipertensione Arteriosa e Cardiologia

- Preventiva (IACP): Area Prevenzione ANMCO (S. Pede, D. Vanuzzo)
 - SW Cardiologia Nucleare e RMN: ANMCO-AIM-GICN (G. Carini, R. Giubbini, C. Marcassa)
 - SW Ergometria e Riabilitazione: ANMCO-SICR (C. Chieffo, A. Falcone, P. Giannuzzi, L. Sala)
 - SW Patologia Cardiovascolare: ANMCO-GSIPC (E. Arbustini)
 - SW Nursing: Area Nursing ANMCO (S. Marchei, S. Pangher, R. Salidu)
 - SW Cardiocirurgia (G. Di Eusanio, M. Pierri)
 - Progetto RUTA: ANMCO Triveneto (A. Di Chiara, P. Fioretti, P. Zonzin)
- oltre al team di Agilent (P. Brambilla, P. Caira, G. Costa, E. Frini, E. Neri, A. Oggioni).

Tutto il progetto ha avuto la generosa sponsorizzazione della **Merck Sharp & Dohme Italia**, che ha consentito non solo lo sviluppo del SW, ma la distribuzione di una fornitura importante di materiale informatico (personal computer, modem, lettore di card, card elettroniche, Personal Oracle); lo sviluppo del SW IACP e il progetto sull'ipertensione arteriosa sono stati invece sponsorizzati dalla **Recordati**.

Il duplice utilizzo di questo SW, che potremmo definire da una parte "**gestionale**" (cioè utile alla creazione di un database cardiologico informatizzato a livello dei singoli centri) e dall'altra "**epidemiologico**" (cioè utile alla raccolta di dati clinici a livello nazionale), ha comportato la necessità di una scelta strategica importante, tra il disegno di un SW flessibile e con scarsi controlli e campi obbligati (più utile per fornire a ogni centro il livello di accuratezza desiderato) e quello di un SW più rigido e preciso, ricco di campi obbligati e controlli incrociati sui dati (necessario per un'analisi accurata di dati affidabili).

Vista la scarsa diffusione, ancora purtroppo esistente nelle cardiologie italiane, di database informatici, la scelta effettuata è stata quella di privilegiare, in un primo tempo, la

facilità di impiego e la flessibilità d'uso, per passare poi, in un secondo tempo, a versioni di SW con maggiori controlli e vincoli operativi.

Per questo motivo, la release che si vedrà al Congresso e quella già operativa per il Registro delle UTIC sono disegnate in maniera flessibile, quasi prive di campi obbligatori e con un numero limitato di controlli.

Parziale eccezione a questa scelta è il SW IACP, dell'Area Prevenzione che, volendo privilegiare da subito l'opzione di un utilizzo prevalentemente "epidemiologico", ha sviluppato un SW più ricco di controlli sui dati.

Il progetto RUTA, sviluppato dal Triveneto, affianca il Registro delle UTIC con un SW compatibile con quest'ultimo ma in versione semplificata, volto soprattutto a gestire le informazioni relative all'infarto miocardico nelle UTIC aderenti.

REGISTRO DELLE UTIC E G8 CARDIO-ANMCO

Il nucleo clinico di questo SW è rappresentato dal **SW del Registro delle UTIC**, distribuito a 128 UTIC al Congresso dello scorso anno: questo SW consente di gestire, oltre ai dati clinici, strumentali e terapeutici, le funzioni più comuni in ambito ospedaliero (ammissione, trasferimenti, dimissione, lettera di dimissione), la gestione della card cardiologica (sia elettronica sia cartacea) e l'invio dei dati al database centrale dell'ANMCO, attraverso la linea telefonica e Internet.

Nel SW del Registro delle UTIC i dati degli esami strumentali e delle procedure possono essere registrati in forma semplificata, pensata per l'utilizzo di un Personal Computer (PC) singolo.

Nella release del SW completo G8 Cardio-ANMCO (che potremmo chiamare, in forma abbreviata, **SW G8**), invece, gli esami strumentali, le procedure terapeutiche interventistiche e la cardiocirurgia, oltre alla patologia cardiovascolare e al Nursing, potranno trovare ciascuno il proprio SW di

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/htm/attivita/aree/arinform.htm

refertazione completo, utile sia per l'attività ambulatoriale sia per quella in regime di ricovero.

Il SW G8 è pensato soprattutto per l'utilizzo con una rete di PC, per ottimizzarne la facilità di utilizzo e la distribuzione delle informazioni, anche se è sempre possibile utilizzarlo con un PC singolo.

Il database centrale dell'ANMCO risiede in un Server localizzato a Milano e gestito da Agilent Technologies.

Tutto il SW sviluppato all'interno del progetto è di proprietà intellettuale della joint venture "G8 Cardio-ANMCO" e di proprietà materiale della ECO s.r.l.; i dati raccolti nell'ambito del progetto sono di proprietà dei ricercatori partecipanti e dello Steering Committee del progetto G8 Cardio-ANMCO.

CARD

L'impiego di una card cardiologica è strettamente connesso allo sviluppo di questo progetto.

Esiste un progetto sempre del gruppo G8 che si chiama G8 Cards e un analogo progetto europeo; inoltre, il Ministero della Sanità italiano, come è noto, sta sperimentando l'impiego di una card sanitaria in alcune province italiane.

È stato quindi naturale per l'ANMCO inserire l'impiego di una carta elettronica cardiologica (**Card**) nel proprio progetto informatico.

Vi sono diversi tipi di Card all'interno del progetto:

- la Card del Registro delle UTIC: è una Card elettronica, nella quale vengono trascritti, in forma codificata, oltre ai dati anagrafici del paziente e a quelli sulle emergenze, anche tutti i dati clinici e strumentali relativi alle degenze cliniche; infine, sulla Card viene riportato il codice identificativo del paziente, generato dal computer, che accompagna i dati dei pazienti quando vengono inviati, in forma anonima e formato criptato, al database

centrale dell'ANMCO;

- la Card del SW G8: è una card elettronica sulla quale vengono trascritti i dati anagrafici del paziente, quelli relativi alle emergenze cardiologiche e il codice identificativo;
- la Card cartacea del SW G8: è una card che viene stampata su carta da una normale stampante, che contiene il codice identificativo del paziente. È stata creata per svincolare i centri cardiologici che vogliono utilizzare il SW dall'obbligo di acquistare i lettori di card e le Card (il cui costo non è marginale).

ORACLE

Il database Oracle rappresenta a oggi lo standard nell'ambito dei database relazionali.

È uno strumento flessibile e nello stesso momento potente, mantiene l'integrità dei dati, consente di lavorare in presenza di grosse moli di dati con tempi di accesso relativamente brevi e permette la facile integrazione con altri database presenti sul mercato (MS Access, DB III o sup, MS SQL Server, ecc.).

Essendo uno strumento professionale e pensato per lavorare in architettura client-server si è dimostrato la miglior scelta sia per la gestione del Database Centralizzato (DB in rete e con molteplici accessi contemporanei) sia per gli sviluppi futuri del software e delle architetture hardware.

QUERY TOOL

Qualsiasi database informatico ha la necessità di avere un sistema per l'analisi dei dati inseriti e il reperimento delle informazioni.

Non essendo proponibile, per i Cardiologi, l'impiego di sistemi professionali di interrogazione dei database in Oracle, è stato necessario sviluppare uno strumento originale di interrogazione del database, chiamato appunto Query Tool (QT), che consente di analizzare i propri dati e reperire le informazioni necessarie.

MONOUTENZA E RETE

Il SW del Registro delle UTIC è previsto per l'impiego in monoutenza e quello del G8 soprattutto per l'utilizzo con una rete informatica di PC (generalmente definita client-server).

L'ANMCO ha fornito, alla maggior parte delle 128 UTIC del Registro, anche il PC sul quale lavorare, oltre agli altri strumenti informatici.

È evidente, peraltro, che la realizzazione delle reti informatiche locali dovrà avvenire con la copertura economica delle Aziende Ospedaliere o di sponsor industriali; l'Area Informatica è a disposizione di tutti i Soci dell'ANMCO per aiutarli a definire le caratteristiche migliori della propria rete.

COMPATIBILITÀ CON SW OSPEDALIERI

La maggioranza dei SW di gestione ospedaliera dei dati clinici è basata su Oracle e questo garantisce un'ottima compatibilità tra SW G8 e dati della singola Azienda Ospedaliera.

Allo stand G8 Cardio-ANMCO verrà presentata, tra l'altro, l'esperienza pilota di Bologna (P.C. Pavesi) nell'integrazione del SW G8 con la gestione informatizzata dei dati amministrativi e delle procedure di prenotazione degli esami strumentali in ospedale.

CONVERSIONE DI DB ESISTENTI

L'utilizzo di un database come Oracle consente, con minimo dispendio sia di risorse tecniche sia di risorse economiche, l'integrazione con altri archivi.

La conversione è da studiare caso per caso ma è possibile identificare tre classi:

- tramite passaggio diretto: DB to DB;
- tramite l'utilizzo di file di testo di appoggio: import di file di testo con struttura dei dati predefinita (ad esempio testo separato da tabulatori, ecc.);
- tramite l'utilizzo di ODBC, questi ultimi sono delle interfacce software che con-

sentono alle varie applicazioni di gestione delle informazioni l'accesso diretto ai dati di un Database Management System che utilizza come accesso standard ai dati stessi il linguaggio SQL (Structured Query Language).

Il passaggio dall'utilizzo di SW locali di database al SW G8 è ovviamente fortemente incoraggiato dall'ANMCO che, peraltro, non ha le risorse necessarie per fornire la copertura economica a queste operazioni, a livello locale.

COMUNICAZIONE CON I CENTRI PARTECIPANTI

La comunicazione dell'Area Informatica con i centri cardiologici partecipanti al Registro delle UTIC e al progetto G8 Cardio-ANMCO avviene con due modalità principali:

- sul sito ANMCO in Internet (www.anmco.it), nello spazio dedicato all'Area Informatica, sono elencati i centri partecipanti, con gli indirizzi di e-mail e il codice (System Handle) per l'assistenza on line e vengono descritte la composizione dell'Area Informatica e quella del Centro di Coordinamento del Registro delle UTIC; nello stesso spazio sono inserite le nuove release del SW o le modifiche che ad esso vengono apportate, scaricabili facilmente dai centri partecipanti;
- le comunicazioni alle UTIC partecipanti al Registro avvengono principalmente per e-mail: una calda raccomandazione a consultare la posta elettronica routinariamente.

Per vedere il SW in funzione, avere qualsiasi tipo di informazione, fare richieste o domande di partecipazione, iscriversi all'Area Informatica o semplicemente fare due chiacchiere sulle applicazioni informatiche e telematiche in Cardiologia

**ARRIVEDERCI ALLO STAND
G8 CARDIO-ANMCO
al CONGRESSO!**

DUE RECENTI INIZIATIVE EDITORIALI

La necessità di una integrazione fra la competenza tecnico-professionale e quella organizzativa - gestionale è ormai una esigenza accettata e condivisa da tutta la comunità medica e dunque anche da quella cardiologica: fornire prestazioni sanitarie che percorrono la strada dell'appropriatezza per coniugare equità e qualità in un contesto sanitario dalla organizzazione complessa e articolata deve essere oggi l'obiettivo del medico, attore principale del sistema.

Il volume "Qualità, Accredimento e Gestione delle Unità Operative in Cardiologia", pensato ed elaborato dall'Area Management & Qualità ed edito dal Centro Scientifico Editore di Torino, è la prova che la comunità cardiologica, e più specificamente l'ANMCO, riconosce la necessità di mostrarsi preparata al "cambiamento" e alla cura della qualità del rapporto medico - paziente mediante l'adozione delle Linee Guida e dei criteri di appropriatezza e sostenendo il ruolo fondamentale dell'Accreditamento e della certificazione di qualità delle prestazioni.

Il libro si compone di una prima parte sull'aziendalizzazione, il problema dell'analisi costo-beneficio delle cure e i DRG in Cardiologia ed alcune considerazioni sul rapporto medico-paziente all'interno del "mercato imperfetto" della sanità.

Segue una parte dedicata all'Organizzazione con un capitolo sulle nuove modalità concorsuali per i Dirigenti Medici e una dedicata all'organizzazione interna delle Divisioni e dei Dipartimenti di Cardiologia.

La terza parte fa più esplicito riferimento alle articolazioni interne di una Unità cardiologica con capitoli dedicati all'UTIC, alla Degenza, ai Laboratori di Ecocardiografia, Ergometria, Emodinamica, Elettrofisiologia, Day-Hospital, Riabilitazione e Prevenzione, soprattutto nei riguardi dei requisiti strutturali ed organizzativi.

La quarta parte è dedicata all'Accreditamento Istituzionale e di Eccellenza e alla Qualità. È un testo scritto quasi esclusivamente da cardiologi per cardiologi, pertanto non ha la

pretesa di essere esaustivo su tutti gli aspetti strettamente tecnico-amministrativi, ma ha il vantaggio di utilizzare un linguaggio comprensibile ai clinici, ed ha l'ambizione di divenire un utile strumento di lavoro per tutti i cardiologi italiani.

Un'altra iniziativa editoriale, anche questa edita dal Centro Scientifico Editore di Torino e frutto della collaborazione fra l'Area Management & Qualità e l'Area Nursing, è il volume "Management e Qualità in Cardiologia: il ruolo dell'infermiere".

Un libro pensato per gli infermieri e scritto in stretta collaborazione per sottolineare la or-

mai necessaria e riconosciuta integrazione dei ruoli fra la figura professionale del medico e quella dell'infermiere, professionista qualificato e attore co-protagonista di un sistema sanitario in evoluzio-

ne verso il miglioramento della qualità delle cure. Dopo una prima parte generale sugli aspetti normativi della professione infermieristica anche alla luce dei nuovi provvedimenti che, segnatamente con l'abolizione del "mansionario", hanno delineato una nuova figura dotata di maggiore specificità, autonomia e capacità di assunzione diretta di precise responsabilità, segue una parte specificamente dedicata al ruolo e ai compiti nelle varie articolazioni di una moderna unità operativa di cardiologia (ambulatori "dedicati", ergometria, ecocardiografia, emodinamica, elettrofisiologia, riabilitazione).

Si tratta di un testo concepito per consultazione con funzione di stimolo alla ricerca della necessaria adesione ai principi dell'Evidence Based Nursing tesa all'appropriatezza nella pratica professionale quotidiana.



NOTIZIE

È stabilito di puntare in maniera prioritaria su iniziative volte a migliorare e incrementare la formazione culturale e professionale degli infermieri

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing per il biennio 2001-2002 si è insediato da poco più di due mesi e le iniziative messe in cantiere sono già numerose.

In primis, si è resa necessaria la sostituzione di un membro del Coordinamento dell'Area rappresentativo degli infermieri: Angela Brandi dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze sarà sostituita da Bruna Predotti Capo Sala dei reparti di Cardiologia dell'Ospedale di Rovereto.

Tale sostituzione si è resa necessaria per il moltiplicarsi degli impegni lavorativi della Brandi, che svolgendo il gravoso ruolo di direzione dei Servizi infermieristici dell'Ospedale

di Careggi, dispone di poco tempo per ulteriori impegni, anch'essi peraltro gravosi, come quelli che si prefigge di affrontare l'Area Nursing dell'ANMCO.

La competenza in materia e la disponibilità manifestata da Angela Brandi la rendono comunque preziosa nel ruolo di consulenza che continuerà a fornire all'Area. Il nuovo membro del Coordinamento dell'Area, Bruna Predotti, ha già vissuto in prima persona alcune iniziative dell'Area Nursing localmente

e a livello nazionale e conosce bene i programmi dell'Area Nursing.

Per rendere più ricco il contributo degli infermieri all'Area, il Comitato di Coordinamento ha anche deciso di avvalersi della esperienza di Pasqua Muso responsabile della Terapia intensiva post-chirurgica della Cardiocirurgia dell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma. Ciò in virtù del suo curriculum professionale che l'ha vista impegnata in svariati ruoli all'interno del dipartimento delle malattie Cardiovascolari dell'Ospedale romano con particolare interesse e impegno per le attività culturali e didattiche rivolte agli infermieri.

Il definitivo assetto del Direttivo è, pertanto, il seguente: F. Ammirati (Chairman) (Roma), D. Miceli (Co-Chairman) (Napoli), G. Mazzotta (Genova), Q. Tozzi (Roma), B. Predotti (Rovereto), P. Di Giulio (Milano). Consulente: A. Brandi (Firenze), P. Muso (Roma).

Nella riunione del Coordinamento dell'Area tenutasi in sede ANMCO il 10 marzo u.s. si è stabilito di puntare in maniera prioritaria su

iniziative volte a migliorare e incrementare la formazione culturale e professionale degli infermieri. Queste iniziative saranno rese più agevoli e più pertinenti grazie a una continua cooperazione con i vertici nazionali della Federazione dei Collegi degli Infermieri con cui il Coordinamento dell'Area Nursing ha preso saldi contatti e intende costantemente rapportarsi.

Le prime iniziative riguarderanno due temi che ci sembrano essere di interesse prioritario:

- **La gestione infermieristica del paziente con scompenso cardiaco (referente di area D. Miceli - P. Di Giulio) in collaborazione con l'Area Scompenso**
- **La valutazione e l'implementazione della qualità dell'assistenza infermieristica (referente Q. Tozzi) in collaborazione con Area Scompenso e Area Management & Qualità).**

Sono stati formulati, inoltre, programmi di collaborazione per progetti formativi e culturali comuni con:

- Area Prevenzione, per un coinvolgimento attivo degli Infermieri negli ambulatori dedicati (referente F. Ammirati - B. Predotti)
- Area Informatica: realizzazione della Scheda Paziente Informatica (un nuovo modello di Cartella Infermieristica), pubblicazione sul Web del materiale didattico prodotto dal Learning Center (referente G. Mazzotta)
- Area Aritmie per realizzazione di materiale per Corsi Learning di Elettrostimolazione (referente F. Ammirati).

Il Responsabile dell'Area per il programma dei Corsi di aggiornamento dell'Area è ovviamente Gianfranco Mazzotta, scelto per la sua nota competenza in merito. Inoltre, la sua partecipazione al Comitato di Coordinamento dell'Area informatica renderà più facile la pubblicazione del materiale didattico inerente i Corsi sul sito Web.

Sono stati già attivati i primi due corsi del Learning Center, entrambi extramurali:

- 1) 31 marzo 2001, Ospedale S. Giovanni Roma: "Corso di formazione teorico-pratico per l'Infermiere sul cateterismo cardiaco diagnostico e sulle procedure interventistiche transluminari coronariche e valvolari"
- 2) 10 aprile 2001, Ospedale S. Giovanni Ro-

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/htm/attivita/aree/arnurs.htm

ma: "Il ruolo del Nursing nell'ambulatorio dedicato allo Scopenso Cardiaco"

È stata avviata, inoltre, la realizzazione di tre proposte editoriali con il Centro Scientifico Editore:

- 1) "La gestione infermieristica del paziente con scompenso cardiaco" (in collaborazione con Area Scopenso e Area Management & Qualità – referente D. Miceli)
- 2) "La Medicina Basata sulle Evidenze in Cardiologia: nuovi strumenti per gli Infermieri" (in collaborazione con Area Informatica – referenti G. Mazzotta - Q. Tozzi)
- 3) "La formazione dell'Infermiere come strumento di gestione e miglioramento della qualità" (referente Q. Tozzi).

Il 9 marzo 2001 si è tenuta presso la Sede Nazionale dell'ANMCO una riunione tra il Comitato di Coordinamento dell'Area e i moderatori e relatori designati per le Giornate dedicate agli infermieri che si terranno nell'ambito del Congresso Nazionale ANMCO

2001.

Come consuetudine, anche quest'anno sono previste due giornate dedicate al Nursing in cui si discuterà sia di temi clinici che di management sanitario.

Di particolare interesse, sarà la presentazione delle esperienze relative a ruoli innovativi svolti dagli infermieri in diversi ambiti del percorso assistenziale e che rappresentano, in un certo senso, le nuove frontiere della professione dell'infermiere dopo l'abolizione del mansionario. Inoltre, si terrà una tavola rotonda tra i membri del Coordinamento dell'Area, i rappresentanti Nazionali dell'IPASVI e alcuni docenti universitari del Corso di Laurea Infermieristica per fare il punto sulla "nuova" figura professionale dell'Infermiere alla luce dei recenti provvedimenti legislativi.

A tale proposito, il Comitato di Coordinamento dell'Area auspica una numerosa ed entusiastica partecipazione degli infermieri operanti nei reparti di Cardiologia.

Area

PREVENZIONE

di Sergio Pede

L'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELL'AREA PREVENZIONE PER IL BIENNIO 2001-2002

La presentazione degli organi direttivi dell'Area come elemento di conoscenza della vita associativa e come strumento di interazione tra i Soci

La struttura organizzativa dell'Area Prevenzione, così come si è andata definendo nel tempo, si articola come segue:

Soci aderenti

Comitato di Coordinamento

Comitato di Redazione di Cardiologia negli Ospedali on line

Collegio degli Esperti

Coordinatori dei Gruppi di Lavoro.

SOCI ADERENTI

Come è noto, l'adesione all'Area è un atto

volontaristico e consiste in una semplice comunicazione alla Segreteria delle Aree.

L'Area Prevenzione registra, attualmente, **643 aderenti.**

A sottolineare l'importanza di aderire all'Area, si ricorda che la mancata adesione non preclude la partecipazione alle specifiche iniziative ma non consente l'immediatezza di interazione che, invece, è essenziale per una forma di aggregazione culturale e operativa, quale appunto è l'Area.

COMITATO DI COORDINAMENTO NAZIONALE

Nominato dal Consiglio Direttivo, il Comitato di Coordinamento (CC) è composto da 1 Chairman, da 1 Co-Chairman e da 4 Membri.

Per il biennio 2001-2002 la composizione del

CC dell'Area Prevenzione è la seguente:

Chairman: Sergio PEDE - S. Pietro Vernotico (BR)

Co-Chairman: Massimo UGUCCIONI - Roma

Membri: Pompilio FAGGIANO - Brescia, Gianfrancesco MUREDDU - Roma, Andrea POZZATI - Bentivoglio (BO), Carmine RICCIO - Caserta.

Sergio PEDE

50 anni, si è laureato presso l'Università di Perugia nel 1975, si è specializzato in Endocrinologia e Malattie del Ricambio nel 1978 presso la stessa Università ed in Cardiologia nel 1982 presso la Facoltà dell'Università di Napoli. Volontario presso l'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Perugia nel 1975/1976, ha successivamente svolto la propria attività presso il Servizio di Cardiologia dell'Ospedale "N. Melli" di S. Pietro Vernotico (BR), dove attualmente svolge le funzioni di Dirigente Responsabile.

I suoi campi di maggior interesse sono:



Iperensione Arteriosa, Cardiologia Preventiva, Ecocardiografia. Nel biennio 1994-1996 è stato membro del Consiglio Direttivo Nazionale dell'ANMCO e dal 1996 al 1998 è stato Segretario Generale Nazionale dell'Associazione. È stato componente delle Commissioni: "Linee Guida - Iperensione Arteriosa e Patologia Cardiaca", "Criteri di accreditamento delle Strutture Cardiologiche", "Dipartimenti Cardiovascolari", "Fellowship ANMCO".

È responsabile dei Corsi di formazione del Learning Center nel campo dell'iperensione Arteriosa e della Cardiologia Preventiva. È coordinatore del Gruppo di

Lavoro (già Progetto) sull'iperensione Arteriosa. È componente del Comitato Scientifico degli Studi IMPRESSIVE, SPS, HEART Survey.

Dal 1977 è membro del Comitato Scientifico del Congresso annuale della European Society of Cardiology; dalla stessa data è revisore di abstract per i Congressi annuali ANMCO ed ESC. È Fellow ANMCO.

Autore e co-autore di circa 80 pubblicazioni e di 8 capitoli di libri/trattati, guest-editor di 2 monografie, ha svolto di recente le funzioni di Segretario del Comitato di Redazione del Trattato di Cardiologia e, da quest'anno, è membro del Consiglio Editoriale del Giornale di Riabilitazione.

Massimo UGUCCIONI

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

Responsabile dal 1987 del Centro per la cura dell'iperensione Arteriosa dell'Ospedale C.T.O. - "A. Alesini" della ASL Roma C; dal 1994 dirige l'U.O.C. di Cardiologia della stessa struttura ospedaliera.

Ha privilegiato come Aree di interesse l'iperensione Arteriosa e la Prevenzione Primaria e Secondaria delle malattie cardiovascolari.

Responsabile scientifico per la ASL RM C del progetto pilota di prevenzione primaria per le malattie cardiovascolari



(PRECARDIO.VA) in collaborazione con l'Istituto superiore di Sanità e con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

Referente per le attività di formazione della ASL RM C per l'Ospedale C.T.O. - "A. Alesini".

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

Responsabile scientifico dell'Unità Operativa ASL RM C per il "Programma Speciale" nazionale del Ministero della Sanità: Registro per gli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori.

Ha partecipato con il proprio centro a numerose iniziative dell'Area Prevenzio-

ne, quali l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, lo studio MAVI e lo studio HEART Survey.

Ha collaborato al progetto editoriale per una monografia sul tabagismo ed ha coordinato il Comitato Scientifico per i corsi di formazione per diabetologi e cardiologi in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi (AMD).

Collabora con Heart Care Foundation nella elaborazione dei programmi e nella docenza per i corsi di Prevenzione Cardiovascolare rivolti agli insegnanti delle Scuole Medie Superiori.

Relatore e moderatore in numerosi corsi, convegni e congressi regionali e nazionali.

Ha pubblicato oltre 60 articoli su riviste nazionali ed internazionali.

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/hm/attivita/aree/arpre.htm

Pompilio FAGGIANO

45 anni, si è laureato nel 1981 presso l'Università di Parma, dove ha conseguito la Specializzazione in Cardiologia (1985) ed in Medicina Interna (1990). Medico volontario presso la Cattedra di Cardiologia dell'Università di Brescia dal 1982 al 1984, ha successivamente svolto l'attività di Cardiologo presso l'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale S. Orsola-Fatebenefratelli di



Brescia, e dal 1° gennaio 2000 è Responsabile del settore di Riabilitazione Cardiologica all'interno della stessa struttura. Nel 1994 ha trascorso un periodo di 6 mesi presso l'Unità Scempenso Cardiaco Avanzato e Trapianto Cardiaco del Brigham and Women's Hospital di Boston. I settori di principale interesse sono: insufficienza cardiaca, diagnostica noninvasiva, riabilitazione cardiologica. Dal 1997 è membro del Comita-

to Scientifico del Congresso annuale della Società Europea di Cardiologia, in qualità di Revisor di abstract e Chairman di sessione di comunicazioni. Dal 1999 è Fellow ANMCO e revisore di abstract per il Congresso Annuale. Nel biennio 1998-2000 è stato membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Scempenso dell'ANMCO; è componente dello Steering Committee del Bring-Up 2. Autore e coautore di circa 90 pubblicazioni su riviste cardiologiche nazionali ed internazionali, 150 abstract ed una monografia.

Gianfrancesco MUREDDU

40 anni, si è laureato presso l'Università Federico II di Napoli nel 1987 e si è specializzato in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare nel 1990 nella stessa Università. Dal 1993 al 1997 ha lavorato con compiti organizzativi, di supervisione e formazione ecocardiografica presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università Federico II di Napoli, diretto dal Dott. Giovanni de Simone divenendo un esperto nella determinazione ecocardiografica della massa e della funzione ventricolare sinistra. Dal 1997 al 1998



è dirigente medico di primo livello presso la Divisione di Cardiologia Ospedale San Lazzaro di Alba (CN) e dal novembre 1998 ad oggi lavora presso la Cardiologia dell'Ospedale San Giovanni-Addolorata di Roma dove dal 1999 è responsabile dell'Ambulatorio di Ipertensione e Cardiologia Preventiva. I suoi campi di interesse sono l'Ipertensione arteriosa, la Prevenzione Cardiovascolare e lo studio della funzione ventricolare sinistra sistolica e diastolica mediante ecocardiografia applicato su modelli differenti fisiopatologici, dall'anoressia all'obesità, dall'ipertensio-

ne arteriosa allo scompenso cardiaco. Attualmente lavora allo sviluppo della metodica tridimensionale nello studio della massa e della funzione ventricolare sinistra. Autore e co-autore di oltre 30 lavori scientifici pubblicati su riviste internazionali (di cui alcuni a primo nome su riviste come Hypertension, American Journal of Cardiology e Journal of Hypertension) e di circa 100 tra comunicazioni scientifiche a congressi nazionali ed internazionali. È co-autore del capitolo sulla fisiopatologia dello scompenso cardiaco del Trattato di Cardiologia dell'ANMCO. Da quest'anno è membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione.

Andrea POZZATI

42 anni, laureato all'Università degli Studi di Bologna nel 1984, specializzato in Cardiologia nel 1988 presso la Scuola di Specializzazione dell'Università di Bologna. Nel giugno 1992 consegue il Dottorato di ricerca in "Scienze Cardiologiche" presso l'Università "La Sapienza" di Roma. Assistente incaricato in Cardiologia nel 1989 presso l'Ospedale Infermi di Rimini; dal 1991 al 1992 è assistente medico in Clinica Medica III del Policlinico S. Orsola di Bologna e assistente cardiologo presso la Geriatria I e UTIC dell'Ospedale Malpi-



ghi. Dall'agosto 1992 è dirigente cardiologo di I livello presso l'Unità Operativa di Cardiologia del Dipartimento di Medicina dell'Ospedale di Bentivoglio (ASL Bologna Nord). I campi di maggiore impegno professionale sono: la Cardiologia Clinica e Preventiva e la Diagnostica Strumentale non invasiva della cardiopatia ischemica. Relatore e moderatore in numerosi congressi e corsi di rilevanza nazionale ed internazionale, è autore di 180 pubblicazioni scientifiche (di cui 37 lavori originali) edite su riviste nazionali ed internazionali, e di 40 presentazioni di co-

municazioni originali su temi di fisiopatologia della cardiopatia ischemica (il lavoro originale: "Abnorme risposta coronarica a stimoli vasomotori: analogie fra angina variante e sindrome X" ha vinto il I premio "Giovani ricercatori" della SIC nel 1987), di stratificazione prognostica nell'angina instabile e di valutazione del sistema nervoso autonomo nella morte improvvisa coronarica. È inoltre autore di 3 monografie. Dal 1994 è membro del Working Group "Microcirculation" istituito dalla ESC; dal 1997 Fellow della European Society of Cardiology (FESC) e dal 1998 è Fellow ANMCO nel campo scientifico-didattico-editoriale ed organizzativo-sindacale.

Carmine RICCIO

Nato a Napoli 41 anni fa. Laureato presso l'Università Federico II di Napoli nel 1985, si è specializzato in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare nel 1988 presso la stessa facoltà.



Dal 1985 ha frequentato il Dipartimento di Medicina Interna dell'Ospedale Civile di Caserta, dapprima in Medicina Interna e successivamente in Cardiologia. Dal 1993 è in organico presso la U.O. di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva dell'A.O. di Caserta, dove attualmente ri-

veste il ruolo di dirigente medico, responsabile dell'Unità di Epidemiologia e Cardiologia Preventiva. È tra gli sperimentatori dello studio GISSI Prevenzione.

Dal 1994 al 1998 ha fatto parte del Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO in qualità di Segretario Regionale.

Dal 1998 al 2000 è stato membro del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing e Delegato Regionale del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa (GICR). Attualmente riveste l'incarico di

segretario del GICR. È tutor per l'insegnamento della Cardiologia nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia del Secondo Ateneo di Napoli.

Autore e co-autore di circa 50 pubblicazioni, tra cui il capitolo "Il ruolo dell'infermiere professionale nella prevenzione delle malattie cardiovascolari" del libro "Management e qualità in cardiologia: il ruolo dell'infermiere", pubblicato dall'ANMCO.

I campi di maggiore interesse professionale sono: Riabilitazione Cardiologica, Cardiologia Preventiva, Aritmologia, Scompensamento Cardiaco.

COMITATO DI REDAZIONE DI CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI ON LINE

Di nuova istituzione, viene nominato dal Comitato di Coordinamento e ha il compito di produrre periodicamente un Supplemento che viene inviato solo agli aderenti all'Area per fax o e-mail e ha come contenuti: Rassegna Bibliografica dedicata, Hot Line Studi Clinici in corso, last Minute Message.

Per il biennio 2001-2002 il Comitato risulta così composto:

- *Editor*: Giuseppe SCHILLACI - Perugia
- *Membri*: Marinella GATTONE - Veruno;
David MOCINI - Roma

COLLEGIO DEGLI ESPERTI

Ogni Comitato d'Area ha la possibilità di farsi affiancare nella propria operatività da figure particolarmente esperte in specifici campi di pertinenza dell'Area.

Per il biennio 2001-2002 gli Esperti dell'Area Prevenzione sono:

Simona Giampaoli, Gabriella Greco, Pantaleo Giannuzzi, Roberto Marchioli, Gianpaolo Reboldi, Lorenza Pilotto, Diego Vanuzzo, Franco Valagusa, Paolo Verdecchia.

COORDINATORI DEI GRUPPI DI LAVORO

Il Comitato di Coordinamento ha deciso di introdurre nell'organizzazione dell'Area que-

ste nuove figure, che hanno il compito di coordinare l'attività dei Gruppi di lavoro, intesi come forme di aggregazione operativa o di Soci particolarmente interessati a specifiche problematiche.

Per il biennio 2001-2002 i Gruppi di Lavoro (**G.L.**) e i Coordinatori attualmente individuati sono i seguenti:

- **G.L. Ipertensione Arteriosa** - *Coordinatori*: S. Pede, GF. Mureddu
- **G.L. Ipertensione Arteriosa in età pediatrica e giovanile** - *Coordinatrice*: I. Pollini
- **G.L. Tabagismo** - *Coordinatrici*: G. Greco, M. Gattone
- **G.L. Esercizio Fisico** - *Coordinatori*: C. Riccio, C. Chieffo
- **G.L. Nuovi fattori di rischio coronarico** - *Coordinatore*: P. Faggiano
- **G.L. Diagnosi precoce di Aterosclerosi e Coronaropatia** - *Coordinatori*: A. Pozzati, GF. Mureddu.

Nuovi **G.L.** potranno essere attivati sulla base di indicazioni che possono essere formulate da tutti gli aderenti all'Area. È nei programmi del Comitato di Coordinamento una intensa divulgazione dell'iniziativa nella convinzione che si tratti di una concreta forma di partecipazione alla vita dell'Area.

L'INCOMPLETEZZA DEI DATI DI FOLLOW-UP DEL DATABASE IN-CHF: UN LIMITE REALE ALLE GRANDI POTENZIALITÀ SCIENTIFICHE

Nonostante l'ampio utilizzo clinico attesti il gradimento del software, i dati di follow-up rimangono ancora molto incompleti. È indispensabile uno sforzo collettivo per ovviare a questo problema.

Le quasi 60.000 visite registrate indicano che il database dell'IN-CHF è entrato nell'uso quotidiano dei Centri cardiologici ospedalieri

Con 147 Centri in attività, 16 in fase di attivazione e 15.108 pazienti arruolati il database dell'Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF) rappresenta uno dei registri di maggiore rilevanza epidemiologica nel campo dello scompenso cardiaco. Grazie ai preziosi suggerimenti pervenuti nel corso degli anni da parte degli utenti, il software è stato a più riprese perfezionato per poter essere utilizzato come strumento di referenziazione immediata nella pratica di tutti i giorni.

Le quasi 60.000 visite registrate indicano che questo strumento informatico è entrato nell'uso quotidiano dei Centri cardiologici ospedalieri impegnati nella gestione clinica del paziente con scompenso. I dati di far-

macoepidemiologia dimostrano che i comportamenti prescrittivi della classe cardiologica ospedaliera italiana sono sempre più in sintonia con quanto consigliato dalle Linee Guida nazionali ed internazionali. Le costanti iniziative di aggiornamento sullo scompenso messe in atto dall'ANMCO nel corso degli

anni precedenti hanno senza dubbio contribuito al raggiungimento di un adeguato livello culturale e professionale, che si traduce in corretti comportamenti clinici. Oltreché un indicatore degli atteggiamenti clinici, il database IN-CHF si conferma un serbatoio prezioso di informazioni utilizzabi-

li a fini scientifici. La grande mole di dati immessi, raccolta ed analizzata dal Centro Studi, ha fornito elementi di grande utilità nella fase di progettazione sia di trial clinici randomizzati della portata del Val-HeFT, che di studi osservazionali quali il BRING-UP e BRING-UP 2.

In base alle proposte inoltrate da diversi Centri aderenti alla rete è stato possibile produrre 42 abstract, presentati a congressi di grande rilevanza nazionale ed internazionale. Iniziano anche ad essere prodotti lavori scientifici per esteso, attraverso i quali il modello organizzativo-educativo-scientifico dell'IN-CHF potrà avere la giusta risonanza internazionale.

Tuttavia la possibilità di espandere la potenzialità scientifica del database è limitata dalla incompletezza dei dati di follow-up, dal momento che solo il 70% dei pazienti arruolati ha un controllo ad un anno.

Qualunque analisi prospettica verrà inficiata dalla mancanza di notizie su un numero così grande di pazienti, dei quali non conosciamo neanche lo stato vitale.

Nel recente passato il Centro Studi ha sollecitato i Centri della rete ad effettuare controlli di follow-up quanto più completi possibili sui pazienti arruolati. In mancanza di altre notizie veniva chiesto di indicare almeno lo stato vitale e la terapia in corso, o la data e le cause del decesso.

La risposta è stata comunque inferiore alle aspettative e sono in fase di studio iniziative per cercare di ovviare a questo problema. Chiediamo a tutti un ulteriore sforzo per rintracciare quanto prima i pazienti persi al follow-up, sulla base delle liste fornite lo scorso anno dal Centro Studi.

I dati di farmacoepidemiologia dell'IN-CHF dimostrano che i comportamenti prescrittivi del cardiologo ospedaliero sono sempre più in sintonia con le Linee Guida

AREA IN-CHF: ANTI REMODELING EFFECT OF ALDOSTERONE RECEPTORS BLOCKADE WITH CANRENONE IN CHRONIC MILD HEART FAILURE

Nuove prospettive sull'utilità degli antialdosteronici nella terapia dello scompenso cardiaco cronico alla luce dei risultati dello studio RALES

Trial randomizzato, multicentrico, in doppio cieco

Criteria di inclusione: diagnosi di scompenso cardiaco cronico in classe NYHA I-II; frazione d'eiezione < 40%; terapia standard, stabile; se il paziente assume beta-bloccanti, tale terapia deve essere stata intrapresa almeno tre mesi prima dell'arruolamento; creatininemia < 2,5 mg/dl; potassiemia < 5,0 mmol/L

Lo studio RALES ha dimostrato che lo spironolactone nello scompenso cardiaco severo riduce la morbilità e la mortalità sia per scompenso progressivo che per morte improvvisa. Lo spironolactone antagonizza numerose azioni dell'aldosterone:

la ritenzione del sodio, la perdita di magnesio e potassio, l'attivazione simpatica, le alterazioni della funzione barorecettoriale e della compliance vascolare. Lo spironolactone inoltre antagonizza la fibrosi cardiaca indotta dall'aldosterone. In un sottoprogetto del RALES i livelli serici basali del PIIINP hanno mostrato una correlazione negativa ed indipendente con la sopravvivenza e con l'ospedalizzazione per scompenso nel gruppo placebo. A 6 mesi i marker del turnover della matrice extracellulare risultavano diminuiti nel gruppo dei pazienti trattati, mentre erano invariati nel gruppo placebo. Lo studio **AREA IN-CHF**, già approvato dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO e sostenuto dalla GiEnne Pharma, si svolgerà con il coordinamento della U.O.D. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma e del Centro Studi ANMCO. Il trial si propone di studiare, **con eco-Doppler,**

le variazioni dei volumi ventricolari sinistri, della frazione d'eiezione e della funzione diastolica, indotte dal trattamento con canrenone per 12 mesi in una popolazione di 700 pazienti con

scompenso cardiaco di grado lieve.

Obiettivi secondari sono le variazioni della classe NYHA, la mortalità cardiaca, l'ospedalizzazione per cause cardiache e la combinazione di questi due end-point. Lo studio prevede la somministrazione del canrenone, 25-50 mg/die, versus placebo in pazienti in classe NYHA I-II. Le visite di follow-up avverranno ogni mese per i primi 3 mesi e successivamente ogni 3 mesi. Il dosaggio del canrenone, verrà aumentato da 25 a 50 mg dopo il primo mese, in assenza di iperkaliemia ($K^+ \leq 5,5$ mmol/L) e di deterioramento della funzione renale, mentre verrà ridotto a 25 mg in caso di iperkaliemia. **Un esame ecocardiografico** verrà eseguito ogni tre mesi. La lettura degli esami ecocardiografici avverrà centralmente.

La valutazione dell'assetto neuroormonale, con la collaborazione dell'Istituto Mario Negri prevede il dosaggio basale dell'aldosteronemia, del BNP e dei livelli serici del PIIINP. Questi ultimi due parametri verranno rivalutati a 6 mesi. Per quanto riguarda **la numerosità del campione**, in una popolazione di oltre 4000 pazienti con scompenso cardiaco in classe funzionale NYHA I-II, seguiti dal Registro Italiano IN-CHF, il volume telediastolico medio del ventricolo sinistro è risultato essere di 200 ± 79 ml. Assumendo che un trattamento attivo con antagonisti recettoriali dell'aldosterone possa portare ad una riduzione clinicamente significativa, quantificabile nel 10%, 350 pazienti per braccio di trattamento saranno necessari per dimostrare tale differenza (potenza del 90%, valore di α 0.05). L'inizio dello studio avverrà quanto prima e confidiamo in un'ampia partecipazione dei centri della rete.



IL TEMISTOCLE DAY

Il 3 maggio 2001 sono stati presentati in TeleVideoConferenza i Risultati dello Studio TEMISTOCLE collegando 10 città via satellite. È stato un successo! Hanno partecipato circa 700 colleghi Cardiologi ed Internisti che hanno discusso vivacemente i risultati dello Studio in ogni sede.

Lo Studio TEMISTOCLE dimostra che:

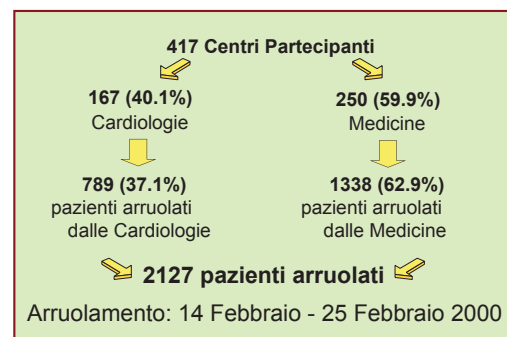
- I pazienti con Scompenso Cardiaco hanno una ridotta quantità-qualità della vita:
 - il 5% muore in Ospedale
 - il 15% muore entro 6 mesi dalla dimissione
 - il 45% ritorna in ospedale almeno una volta entro 6 mesi dalla dimissione.
- I Cardiologi e gli Internisti ospedalieri hanno una buona performance nella cura del paziente con Scompenso Cardiaco:
 - Non vi sono sostanziali differenze nel corretto impiego delle terapie farmacologiche raccomandate dalle Linee Guida nazionali ed internazionali sia durante il ricovero che alla dimissione ad esclusione dei farmaci beta-bloccanti, più usati dai Cardiologi.
 - La mortalità intraospedaliera ed a distanza e le riammissioni ospedaliere sono analoghe sia per i pazienti curati dai Cardiologi che per quelli gestiti dagli Internisti, nonostante che i primi si occupino di pazienti più gravi ed i secondi di soggetti più anziani con più comorbidità (diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva).
- Il Sistema Sanitario Nazionale attualmente offre una scarsa continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'Ospedale con diagnosi di Scompenso Cardiaco:
 - solo il 56% dei pazienti è inserito in un programma di controllo clinico a distanza.

Avendo questi dati in mente le Società Scientifiche, ANMCO e FADOI, si faranno carico di elaborare una appropriata proposta da sottoporre al Decisore Pubblico per una più efficace organizzazione del sistema di cura per i pazienti con Scompenso Cardiaco che preveda adeguati raccordi tra Ospedale e Territorio.



TEMISTOCLE

(heart failure epidemiological Study FADOI-ANMCO in Italian people)



SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

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

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 alla rivista "Italian Heart Journal".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (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: _____

firma: _____

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA

DELEGATI REGIONALI ANMCO 2000-2002

ABRUZZO

Dott. ANTONIO MOBILIJ - Tel. 085/98981
Ospedale Civile SS. Trinità - Via Saffi - 65026 POPOLI (PE)

P. A. BOLZANO

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

BASILICATA

Dott.ssa LUCIA PALUMBO - Tel. 0971/612357
Osp. Regionale S. Carlo - Contrada Macchia Romana - 85100 POTENZA

CALABRIA

Dott. PASQUALE MONEA - Tel. 0965/397160
Ospedali Riuniti G. Melacrino - F. Bianchi
Via G. Melacrino - 89100 REGGIO CALABRIA

CAMPANIA

Dott. CARMELO CHIEFFO - Tel. 0823/232396
Ospedale Civile - Via Tescione - 81100 CASERTA

EMILIA ROMAGNA

Dott. PAOLO ALBONI - Tel. 051/6838111
Stabilimento Ospedaliero - Viale Vicini, 2 - 44042 CENTO (FE)

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LAZIO

Prof. MASSIMO SANTINI - Tel. 06/33061
Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinotti, 20 - 00135 ROMA

LIGURIA

Dott. STEFANO DOMENICUCCI - Tel. 010/34461
Ospedale Civile - Via Missolungi, 14 - 16167 GENOVA-NERVI

LOMBARDIA

Dott. CARLO SCHWEIGER - Tel. 02/9323471
Osp. Civile - Via Settembrini, 1 - 20017 Passirana Rho (MI)

MARCHE

Dott. PAOLO BOCCONCELLI - Tel. 0721/3611
Ospedale S. Salvatore - Piazzale Cinelli, 4 - 61100 PESARO

MOLISE

Dott.ssa VANDA MAZZA - Tel. 0865/442285
Ospedale F. Veneziale - Via S. Ippolito - 86170 ISERNIA

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

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

PUGLIA

Dott. FRANCESCO BOVENZI - Tel. 080/5591111
Ospedale Consorziale Policlinico - P.le Giulio Cesare - 70100 BARI

SARDEGNA

Dott. PAOLO BONOMO - Tel. 070/6091
Ospedale SS. Trinità - Via Is. Mirrionis, 92 - 09100 CAGLIARI

SICILIA

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

TOSCANA

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

P. A. TRENTO

Dott. GIAN BATTISTA DURANTE - Tel. 0461/903111
Ospedale Santa Chiara - Largo Medaglie d'Oro - 38100 TRENTO

UMBRIA

Dott. GIORGIO MARAGONI - Tel. 0743/2101
Osp. San Matteo degli Infermi - Via Loreto, 3 - 06049 SPOLETO (PG)

VENETO

Dott. CARLO MARTINES - Tel. 049/9718152
Ospedale Civile Immacolata Concezione
Via S. Rocco, 14 - 35028 PIOVE DI SACCO (PD)



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Non compilare

Codice Unico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

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 Privata
 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 * _____
* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**): SI NO

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:

Non di ruolo:

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Genetica - AG | <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione - AP | <input type="checkbox"/> Area Scopenso - 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 _____

PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ DELL'ANMCO ABRUZZO PER L'ANNO 2001

Diverse le iniziative scientifico-culturali e le proposte per una riorganizzazione funzionale delle Unità Operative esistenti

di Giacomo Levantesi, Antonio Mobilij

- Elaborazione, presso l'Assessorato alla Sanità, di un documento sull'**appropriatezza delle richieste di prestazioni strumentali cardiologiche da utilizzare in ambito regionale**. Il Gruppo di Lavoro, costituito dal Delegato Regionale ANMCO, da un rappresentante universitario, dai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e degli Specialisti Cardiologi Extra-ospedalieri e dai Direttori Sanitari delle diverse ASL della Regione, ha utilizzato quale base di partenza le Linee Guida ANMCO già pubblicate sull'Italian Heart Journal, alle quali ha apportato le modifiche dettate dalla particolare conformazione orografica della nostra Regione. Già previsto un monitoraggio dei tempi di attesa di ECG, Test ergometrico, ECG dinamico ed Ecocardiogramma per una valutazione dei risultati.
- Stesura di un progetto, da presentare al Direttore Generale ed all'Assessore Regionale alla Sanità, relativo alla **istituzione di un Dipartimento Cardiologico intra-aziendale per la ASL di Pescara**. Tale Dipartimento nascerebbe dalla partecipazione delle 3 unità operative cardiologiche attualmente esistenti di Pescara, Popoli e Penne con l'obiettivo di razionalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili sia concentrando le terapie intensive e le attività interventistiche nell'U.O. centrale, che dando una configurazione professionale specifica alle U.O. periferiche, ad es. di tipo preventivo, riabilitativo e/o di unità per lo scompenso. Ciò renderà inoltre possibile realizzare sia un interscambio fra gli operatori sanitari dei 3 Presidi che, soprattutto, una reale continuità assistenziale del paziente.
- Copertura delle carenze degli organici dei medici delle strutture cardiologiche con l'**assunzione in tempi brevi di almeno 8 Cardiologi**: già pubblicati i bandi di concorso e di incarico per l'assunzione di 4 unità per la ASL di Pescara e di 4 unità per la ASL di Lanciano-Vasto.
- Nell'ambito dell'attività di prevenzione è prevista la **creazione di 6 Centri contro il fumo** diffusi sul territorio regionale che dopo un iniziale screening basale effettuerà programmi di disassuefazione. Tali centri a direzione pneumologica si avvarranno dell'attiva collaborazione dei Cardiologi.
- **Realizzazione di pagine Web ANMCO Abruzzo** rivolte a tutti gli utenti ed ai medici. Il comune cittadino potrà trovare informazioni pratiche circa l'ubicazione delle strutture cardiologiche locali, le prestazioni effettuabili e le modalità di accesso alle stesse. Per quanto riguarda i medici, cardiologi e non, saranno disponibili una serie di rubriche quali ad esempio quelle di discussione di casi clinici e quella di "domande agli esperti".
- **Convegni**

6 aprile - Pescara
AIAC - ANMCO
Terapia della Fibrillazione Atriale oggi
Sporting Hotel Villa Maria
Francavilla a Mare
Organizzatore: R. Luise

9 giugno - Tagliacozzo
Le grandi sfide della cardiologia moderna
Presidenti: L. Guarracini, N. Gallotti

21-23 Giugno - Giulianova
ANCE - SIC - ANMCO
Giornate Adriatiche di Cardiologia
Sala Convegni G.H. Don Juan
Presidenti: V. Romano, G.F. Gensini

14 settembre - Pescara
SIC - ANMCO
Sala Congressi, Presidio Ospedaliero
"Spirito Santo" Pescara
Direttori: G. D'Orazio, S. Gallina,
A. Mobilij, M. Penco

16-17 novembre - Avezzano
ANMCO - SIC
Lo Scompenso cardiaco
Cardiologia, Ospedale "SS. Filippo e Nicola" Avezzano
Organizzatore: E. Laconi

23-24 novembre - Loreto Aprutino
SIEC - ANMCO
Nuove tecnologie in Ecocardiografia
Cardiologia, Presidio Ospedaliero
"dell'Annunziata" Sulmona
Organizzatore: G. Tonti

DIPARTIMENTO CARDIOLOGICO REGIONALE

di Lucia Palumbo

Sono consapevole del fatto che parte dei miei colleghi consideri un'utopia il discutere di Dipartimento Cardiologico Regionale in un momento in cui inizia faticosamente a muovere i primi passi il Dipartimento Alta Specialità del Cuore dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza, che è, peraltro, a tutt'oggi l'unico Dipartimento Cardiologico istituzionale esistente in Regione.

Il Dipartimento Cardiologico Regionale è quindi, al momento, un obiettivo non facilmente raggiungibile, ma anche una sfida culturale che sarebbe bello vincere tutti insieme.

Ma perché proporre un modello di Dipartimento Regionale? Evidentemente l'attuale realtà sanitaria regionale non soddisfa del tutto le esigenze tanto degli

attori che dell'utenza, soprattutto sul piano organizzativo.

Tale malessere riflette una situazione largamente diffusa a livello nazionale motivata essenzialmente dal fatto che la normativa sanitaria attualmente vigente fornisce risposte talora generiche e insoddisfacenti alle necessità locali.

È noto che l'attuale Normativa va verso una sempre maggiore regionalizzazione e questo ha fatto sì che Regioni anche geograficamente vicine adottassero strategie differenti e con obiettivi non univoci, talora addirittura contrastanti tra di loro, ma purtroppo spesso accomunati dall'essere rispondenti a criteri di tipo prevalentemente economico e non assistenziale e ancora meno di qualità e/o efficienza.

In alcune Regioni le strutture cardiologiche a minore complessità, soprattutto quelle prive di letti di degenza inten-

siva e/o post-intensiva, collocate in ospedali di rete, sono state inglobate nel contesto di Dipartimenti a varia caratterizzazione (medici, di emergenza-urgenza, riabilitativi) con una progressiva perdita della specificità cardiologica ed una sempre maggiore difficoltà di connessione con le strutture cardiologiche di riferimento.

La connessione tra U.O. di Cardiologia di differente complessità è resa più difficile anche dal fatto che nell'ambito delle strutture ospedaliere più grandi, il Cardiologo tende spesso ad isolarsi sul piano culturale per effetto delle superspecializzazioni, queste ultime determinate dallo sviluppo sempre più rapido delle conoscenze in settori cardiologici diversificati: il pericolo di una tale evoluzione professionale è rappresentato dalla **frammentazione delle competenze** (per cui l'ammalato non viene più gestito nella sua globalità) e dalla spinta all'individualismo, o personale o di settore di interesse.

Questo tipo di "isolamento", purtroppo sempre più diffuso nella realtà cardiologica comporta il rischio della mancanza di comunicazione tra Cardiologi che operano all'interno della stessa struttura o in strutture geograficamente vicine e ancor più tra Cardiologi ospedalieri e Medici di Medicina Generale, che pure sono i depositari della storia clinica globale del paziente, di cui conoscono bisogni, realtà familiare e sociale.

La connessione tra U.O. di Cardiologia di differente complessità è resa più difficile anche dal fatto che nell'ambito delle strutture ospedaliere più grandi, il Cardiologo tende spesso ad isolarsi sul piano culturale per effetto delle superspecializzazioni

È evidente che una Sanità così organizzata non è in grado di soddisfare le necessità né degli operatori, né dell'utenza. Bisogna pertanto formulare nuovi modelli organizzativi che consentano ad un tempo di recuperare il ruolo essenziale del Medico di Medicina Generale, di migliorare i rapporti Territorio-Ospedale, di favorire la comunicazione professionale, di garantire il ruolo delle piccole e medie Cardiologie degli Ospedali di rete, di assicurare al paziente la continuità assistenziale con accesso facilitato alle strutture di III livello sia per il paziente utente sia per gli operatori del settore. In altri termini bisogna ideare un modello organizzativo che abbia come obiettivi la **“centralità” del paziente** e la continuità assistenziale e non più la “centralità” della prestazione.

Un siffatto modello potrebbe essere realizzato attraverso la costituzione di un Dipartimento Cardiologico interaziendale, che di per sé è espressione di una sanità capace di superare, sul piano organizzativo, i confini della singola specializzazione per avviare un dialogo costruttivo tra figure professionali che si trovano a dover gestire le medesime problematiche sanitarie. **Il Dipartimento Cardiologico Regionale offrirebbe inoltre il vantaggio di rispondere efficacemente ai bisogni di un determinato bacino di utenza,**

bisogni che ovviamente possono essere profondamente diversi da Regione a Regione a seconda della realtà geografica, sociale ed economica, sempre che vengano correttamente identificati in ciascuna sede obiettivi concreti, aggreganti, praticabili, ma soprattutto condivisi.

Abbiamo detto in precedenza che un siffatto modello organizzativo dovrebbe porre come priorità assoluta la centralità del paziente: questo presuppone la ricerca e la realizzazione di collegamenti organizzativi e percorsi assistenziali che senza soluzione alcuna di continuità, conducano il paziente dal primo approccio con il medico di famiglia alle strutture cardiologiche di differente specificità e complessità e, una volta risolto il problema, lo riconsegnino al

curante. È indispensabile dare al paziente la certezza che i medici che gestiscono la sua salute, pur prestando servizio in strutture differenti, operano in piena sintonia: tutto ciò è realizzabile se si supera la sterile competizione e si riconosce il ruolo vincente della collaborazione.

Sul piano strettamente operativo come si può giungere alla realizzazione di un Dipartimento Cardiologico Regionale? È evidente che il Dipartimento non può nascere a livello istituzionale: una soluzione di questo tipo sarebbe inevitabilmente vissuta come imposizione.

L'attuazione di un nuovo modello organizzativo deve invece essere la risposta logica e consequenziale ad un processo culturale di confronto e di collaborazione che abbia coinvolto di volta in volta tutti gli attori della Sanità Regionale. È necessario migliorare la comunicazione professionale attraverso l'utilizzo di un linguaggio comune: in altri termini la scelta di una determinata strategia diagnostico-terapeutica deve essere condivisa e ciò è possibile solo se la scelta è stata fatta sulla scorta di dati obiettivi ed inoppugnabili e non sulla base di opinioni personali non suffragate da studi multicentrici o dalla letteratura internazionale. La condivisione è possibile solo se si opera in maniera conforme a quanto stabilito dalle Linee Guida nazionali e internazionali per le differenti patologie. Ricordiamo brevemente per i non addetti ai lavori che le Linee Gui-

Bisogna formulare nuovi modelli organizzativi che consentano ad un tempo di recuperare il ruolo essenziale del Medico di Medicina Generale, di migliorare i rapporti Territorio-Ospedale, di favorire la comunicazione professionale

da sono “Raccomandazioni di comportamento clinico volte a indirizzare le scelte dei medici e dei pazienti verso le metodologie assistenziali più appropriate a seconda della specifica condizione clinica considerata”. Ovviamente esplicitare delle raccomandazioni non è sufficiente, è invece necessario operare la loro implementazione, processo inteso come capacità di diffusione organizzata di conoscenze e come capacità di modificare i comportamenti degli operatori.

La semplice trasmissione di informazioni scientifiche corrette non consente da sola di modificare un atteggiamento professionale inappropriato: bisogna quindi prevedere incontri, dibattiti e confronti tra le diverse figure professionali coinvolte nella gestione dei medesimi problemi.

Una volta raggiunta la condivisione di una determinata strategia diagnostico-terapeutica è possibile passare alla fase operativa con la formulazione di protocolli operativi regionali.

Una tale metodologia può essere ad esempio applicata nella gestione delle sindromi coronariche acute: in primo luogo vanno formulate, sulla scorta dei dati

della letteratura, Linee Guida regionali in cui venga esplicitato, sulla base della nostra realtà geografica, sociale e sanitaria, quali pazienti e secondo quali modalità possono ricevere PTCA primaria o Rescue.

Una volta raggiunta la condivisione sul piano culturale si può delineare un percorso operativo che, partendo dalla fase extra-ospedaliera, attraverso il cosiddetto “trasporto protetto” (ovvero un sistema di trasporto che sia in grado di fronteggiare tanto l’arresto cardiaco quanto il ritardo evitabile) conduca l’ammalato dalle UTIC periferiche ai Centri di riferimento di III livello utilizzando un protocollo assistenziale univoco, specifico, ma soprattutto condiviso.

Ovviamente queste progettualità devono essere negoziate a livello istituzionale poiché comportano l’impiego di risorse

umane ed economiche.

La nostra Regione, data la modesta estensione in senso geografico e il numero contenuto di U.O. di Cardiologia, si presta alla costituzione di un dipartimento Cardiologico Regionale in quanto sarebbe possibile risolvere anche il problema di una orografia non proprio felice.

Da qualche anno è nata una iniziativa aggregativa nota come “Nucleo di coordinamento regionale per la Cardiologia e Cardiochirurgia” che in passato ha prodotto delle Linee Guida regionali per le procedure invasive ed un secondo manuale di Linee Guida cardiologiche per i Medici di Medicina generale.

Tale nucleo è costituito da rappresentanti dei medici di medicina generale, da rappresentanti dei cardiologi ospedalieri nominati dai rispettivi Direttori Generali e dal primario dell’unica cardiocirurgia della Regione e si propone di ideare, in collaborazione di volta in volta con i Direttori delle differenti unità operative e degli esperti del settore, nuovi modelli organizzativi da sottoporre all’attenzione degli organi istituzionali (Direttori Generali e Assessorato alla Sanità).

Nel momento in cui le progettualità passeranno dalla fase culturale a quella operativo-istituzionale potremo a ragione affermare che prende vita il Dipartimento Cardiologico Regionale.

L’attuazione di un nuovo modello organizzativo deve essere la risposta logica e consequenziale ad un processo culturale di confronto e di collaborazione che abbia coinvolto di volta in volta tutti gli attori della Sanità Regionale

LA “CONTINUITÀ ASSISTENZIALE” NELLA CARDIOLOGIA CALABRESE

La realtà nella Provincia di Cosenza vista dai Cardiologi ospedalieri

di Marilena Matta

Il problema della “continuità assistenziale” e del rapporto tra Divisioni ospedaliere e territorio è oggi un nodo cruciale della Sanità italiana e come tale viene visto dall’ANMCO calabrese.

Per tale motivo l’ANMCO calabrese ha intrapreso una serie di iniziative atte a comprendere quale sia la situazione attuale e quali iniziative possano essere attuate al fine di rendere più efficace e continuo il trattamento dei pazienti cardiologici, in particolare di quelli cronici.

Nell’ambito delle iniziative concrete su tale problematica si inserisce la “**Confe-**

renza Provinciale sull’attività Ambulatoriale Ospedaliera” e che si è svolta presso l’Ospedale Civile del capoluogo silano. La collaborazione fattiva della Divisione di Cardiologia dell’Ospedale Civile di Cosenza, diretta dal Dott. Franco Plastina, ed in particolare l’impegno del Dott. Francesco Boncompagni, ha fatto sì che fossero presenti i rappresentanti di tutte le Divisioni e Servizi di Cardiologia della Provincia di Cosenza che per estensione geografica è al secondo posto in Italia.

È stato svolto un intenso lavoro preparatorio attraverso l’invio di un questionario che ha permesso un’attività concreta di monitoraggio sugli aspetti formativi e organizzativi

dell’attività cardiologica ambulatoriale e sui problemi particolari delle varie realtà cardiologiche interessate. Al questionario hanno risposto i rappresentanti di tutti i ventinove Centri di Cardiologia delle Aziende Sanitarie della Provincia.

I relatori hanno fornito dati sull’attività ambulatoriale dei presidi ospedalieri di appartenenza, sulle liste d’attesa, sul personale addetto, sui modelli organizzativi adottati e sui rapporti con l’attività cardiologica interna ed esterna. È stata anche valutata l’attività di Ambulatori specifici come Centri per la cura dell’Ipertensione arteriosa, delle Dislipidemie, di Riabilitazione Cardiologica e di Cardiologia Pediatrica.

Di seguito sono sinteticamente esposti i risultati di questo lavoro di indagine. Nel primo gruppo di domande bisognava rispondere circa l’**appropriatezza** delle prescrizioni:

- La richiesta di esami cardiologici è *appropriata* per il 55%
- La richiesta di esami cardiologici *non è appropriata* per il 34%
- La richiesta di esami cardiologici *a volte è appropriata* per il 13%
- La richiesta di esami cardiologici è *sempre appropriata* per il 3,4%

Esami cardiologici **inappropriati**:

- Ecocardiogramma 89%
- Test da Sforzo 24%
- Monitoraggio ambulatoriale P.A. 20%.

Dati sull’attività ambulatoriale dei presidi ospedalieri, sulle liste d’attesa, sui modelli organizzativi adottati e sui rapporti con l’attività interna ed esterna

Nel secondo gruppo di domande è stata valutata l'utilizzazione delle Linee Guida per implementare l'*appropriatezza* delle prestazioni:

- Nel 89% l'uso delle Linee Guida è condiviso e tuttavia:
 - Nel 41% dei casi le raccomandazioni delle Linee Guida sono *sempre applicate*
 - Nel 44% le raccomandazioni delle Linee Guida *non sono sempre applicate*
 - Nel 6% le raccomandazioni delle Linee Guida *non sono mai applicate*.

Alla domanda sul "rapporto di collaborazione" con i Medici di Medicina generale e i Cardiologi Extraospedalieri per l'applicazione della Linee Guida:

- Il rapporto di collaborazione è *continuo* nel 34% e 24% rispettivamente
- Il rapporto di collaborazione è *occasionale* nel 62% e 54% rispettivamente
- Il rapporto di collaborazione è *inesistente* nel 17%.

Alla domanda "esistono motivi di *insoddisfazione* nella tua utenza e quali sono?" le risposte sono:

- Sì il 65%
- No il 31%.

Le cause dell'*insoddisfazione* sono:

- lunghezza liste d'attesa nel 55%
- carenze ambientali 21%
- generico atteggiamento negativo verso il Servizio Sanitario pubblico 13%

Proposte per l'abbattimento delle liste d'attesa:

- Miglioramento qualitativo e/o quantitativo delle risorse umane 34%
- Maggiore collaborazione tra sanitari e tra aziende 34%
- Attività intramoenia nelle ore pomeridiane 27%.

L'attività intramoenia è stata avviata in quasi tutti i Centri ospedalieri (89%), ma solo in parte è riuscita ad abbattere le liste d'attesa (55%).

Un dato interessante che emerge dal questionario è che per il 65% degli intervistati *esiste un rapporto inversamente proporzionale tra liste d'attesa ed esami realmente eseguiti*. Il rimedio suggerito è stato quello di esigere l'impegnativa o telefonare per conferma al paziente la settimana precedente l'esame (51%).

L'attività cardiologica ambulatoriale ospedaliera dovrebbe essere rivolta a *tutti i pazienti* e non prevalentemente a quelli dimessi dalle Strutture ospedaliere, secondo quanto ha risposto la maggior parte degli intervistati (79%) e, per il 75% dei Cardiologi presenti, è opportuno attivare ambulatori dedicati (scompenso, ipertensione, dislipidemie, aritmie).

La stragrande maggioranza dei Cardiologi presenti (89%) si è espressa chiedendo la diversificazione dell'attività diagnostica e valutativa per complessità. E per l'esecuzione di esami complessi, la maggior parte dei Cardiologi (82%) propone una preventiva valutazione del sanitario esecutore dell'esame.

Confortante è il dato inerente alla informatizzazione delle prestazioni: il 68% degli intervistati risulta provvisto di database cardiologico, il 31% ne è sprovvisto.

In conclusione i risultati che sono stati analizzati per la provincia di Cosenza, configurano una realtà cardiologica disomogenea ed in molti casi sono state evidenziate carenze di personale e strumentazione inadeguata alle esigenze dell'utenza. Rimane alta la professionalità e l'impegno degli operatori che mantengono i livelli standard di prestazioni, di organizzazione e di attività svolte, alle medie nazionali.

Valutazione dei motivi di insoddisfazione degli utenti e degli operatori

LE STRUTTURE CARDIOLOGICHE NON DEVONO ESSERE SMEMBRATE

Nel mese di novembre un Convegno ANMCO a Bologna su problematiche organizzativo-gestionali, in collaborazione con l'Assessorato regionale alla Sanità

di Paolo Alboni



Si è riunito il Consiglio Direttivo della Sezione Emilia Romagna, allargato ai responsabili di tutte le strutture cardiologiche della Regione, ospedaliere ed universitarie. In tale riunione sono emerse forti preoccupazioni in merito alla possibilità che l'adozione dell'atto aziendale, di cui alla direttiva dell'Assessorato nel-

l'agosto 2000, possa comportare uno smembramento delle strutture cardiologiche. È stata ribadita l'importanza della unitarietà della Cardiologia espressa dai singoli settori di competenza (UTIC, degenza cardiologica, emodinamica, elettrofisiologia, ecc.) all'interno del Dipartimento e del Presidio ospedaliero.

Tutto questo allo scopo di garantire l'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico e la continuità assistenziale del paziente cardiopatico. Si è convenuto di scrivere a tale riguardo una lettera ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna ed all'Assessorato alla Sanità, che ha preso successivamente l'impegno a confrontarsi con la nostra Associazione su quegli atti aziendali che potrebbero comportare una spaccatura delle strutture cardiologiche.

Nella medesima riunione è stata ribadita anche la difficoltà in cui versano le Sezioni Regionali dell'ANMCO dopo il processo di aziendalizzazione della Sanità; infatti negli anni precedenti il Piano Sanitario Regionale attuativo veniva elaborato presso l'Assessorato alla Sanità, che rappresentava il punto di riferimento dell'ANMCO per un confronto costruttivo. Dopo il passaggio della programmazione cardiologica alle singole Aziende, le Sezioni Regionali si sono trovate in difficoltà in quanto non attrezzate per confrontarsi con i vari Direttori Generali.

Si è poi convenuto di istituire le seguenti Commissioni di Lavoro con la volontà di offrirsi come strumento di consulenza tecnica per la programmazione regionale:

- 1) il ruolo della Unità Operativa Cardiologica nell'ambito dell'Ospedale;
- 2) la rete di emodinamica nella Regione Emilia Romagna;
- 3) la rete di aritmologia interventistica nella Regione Emilia Romagna;
- 4) l'assistenza cardiologica sul territorio.

Gli elaborati delle Commissioni verranno presentati e discussi nel Convegno ANMCO "Nuove realtà gestionali in campo cardiologico nella Regione Emilia Romagna", che si svolgerà a Bologna il 23 novembre 2001, in collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Sanità.

ATTIVITÀ DELL'ANMCO LAZIALE

Linee programmatiche e proposte

di Massimo Santini, Massimo Ugucioni

Il 2 giugno scorso si è insediato il nuovo Consiglio Direttivo Regionale che ha nominato come Delegato Massimo Santini ed ha proceduto a stilare un piano di attività per il prossimo biennio.

CENSIMENTO DELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE E DEI SOCI

Una delle priorità è stata quella di “contarci” quanti siamo? Dove e come lavoriamo? Siamo in contatto tra di noi e condividiamo gli stessi modelli organizzativi e di diagnosi e terapia?

A tal fine si è creato un Ufficio Soci: è attualmente in corso di completamento un censimento dei Cardiologi appartenenti alle strutture ospedaliere pubbliche o accreditate della Regione, suddivisi per struttura di appartenenza con relativa tipologia (Servizi, Divisioni, Dipartimenti), dotazione di attrezzature e *facilities* varie (emodinamica, elettrofisiologia, elettrostimolazione).

Per avviare una collaborazione di tipo organizzativo è nato il progetto di creare un **Network Operativo tra le strutture cardiologiche** della Regione; in questa prospettiva nel settembre scorso si è tenuta una riunione del Direttivo con i Responsabili delle Unità di Cardiologia di Roma e del Lazio dedicata alla elaborazione di un piano regionale per la gestione della **Emergenza-Urgenza Cardiologica**; è stata istituita una Commissione dedicata al progetto **Angioplastica Primaria** ed è attualmente in corso di definizione la strategia operativa – turni, ospedali di riferimento – da applicare sul campo.

RICERCA SCIENTIFICA

Un altro impegno importante è quello dello sviluppo di una forte attività di ricerca scientifica; sono stati elaborati quattro protocolli di studio multicentrici, presentati il 23 gennaio u.s. e qui riportati:

Protocollo 3 D (Diagnosi del Dolore toracico nella Donna), coordinatrice Lidia Boccardi dell'Ospedale S. Camillo di Roma.

Scopo dello studio è verificare la dimensione del problema, sapere quante donne vengono al PS con dolore toracico e come viene valutato attualmente il dolore toracico della donna nei PS degli Ospedali del Lazio. A tal fine è stata effettuata una raccolta dei dati nei DEA dei nostri Ospedali, per acquisire il numero di donne di età compresa tra 40 e 75 anni che, nell'arco di un mese, giungono al PS con diagnosi di “dolore toracico” e quale iter viene seguito nella diagnosi.

Protocollo Ambulatorio infermieristico a gestione integrata per lo Scompenso Cardiaco, coordinatori Irma Bisceglia e Fabrizio Ammirati (Ospedali S. Camillo e S. Filippo di Roma).

Lo studio osservazionale, multicentrico si propone i seguenti obiettivi:

- valutazione di fattibilità della strategia di una gestione ambulatoriale integrata;
- monitoraggio dei seguenti indicatori: n° ospedalizzazioni, mortalità totale, n° ospedalizzazioni per peggioramento dello scompenso, n° delle giornate di degenza;
- valutazione della qualità della vita dei pazienti e dell'aderenza alle raccomandazioni di self care;
- valutazione dell'utilizzo di risorse (visite mediche, accessi al PS).

Protocollo Autovalutazione e miglioramento della Qualità delle strutture cardiologiche del Lazio, coordinatore Quinto Tozzi dell'Ospedale S. Eugenio di Roma.

Lo studio prevede una prima fase di Autovalutazione per determinare tramite score numerico il livello di qualità di ogni singolo centro, e delle sue componenti operative.

La seconda fase è imperniata sulla progettazione e l'attuazione assistita di un progetto di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) finalizzato all'implementazione delle Linee Guida dell'Infarto Miocardico Acuto ed all'acquisizione di specifiche competenze progettuali di MCQ

Protocollo MPI sull'andamento temporale e sul significato prognostico della flussimetria doppler mitralica del ventricolo destro e sinistro nell'infarto miocardico acuto; coordinatore Alfonso Galati di Villa Betania di Roma.

Lo scopo dello studio è descrivere l'andamento temporale del MPI (ventricolo destro e sinistro) in soggetti con infarto miocardico acuto e valutarne il significato prognostico in confronto con altri indici tradizionali di funzione sistolica o diastolica (LVEF, DT).

Sono in fase di avviamento altri studi che saranno presentati il **15 maggio 2001** a Roma presso l'Ospedale Pertini. Anche questi protocolli riguardano patologie di comune riscontro e possono essere attuati in un ampio numero di strutture.

- 1) *Valutazione dell'effetto sulla profilassi delle recidive di fibrillazione atriale di tre diverse modalità di impiego dell'amiodarone.* Coordinatore: Claudio Pandozi
- 2) *Studio prospettico osservazionale in pazienti con infarto miocardico ad alto rischio avviati o meno ad angioplastica d'urgenza.* Coordinatore: Christian Pristipino
- 3) *Studio di outcome nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento di ST (NSTEMI): confronto tra strategia aggressiva precoce e "usual care" – studio PRESTO.* Coordinatore: Marco Tubaro. Sono previsti tre sottoprogetti sulla regolazione genica della risposta infiammatoria in pazienti con malattia coronarica instabile, sullo stress ossidativo nei pazienti con NSTEMI, e sulle variabili clinico-anamnestiche nelle sindromi coronariche acute senza ST sopraslivellato.

È in fase di lancio un ulteriore studio multicentrico ideato da Giovanni Minardi denominato CO.RI.S.S., "*CO*ronary *R*isk *S*tratifification study in *S*urgery" che prevede una prima fase osservazionale ed una seconda prospettica.

ATTIVITÀ CULTURALE DELLA SEZIONE LAZIALE

Il Direttivo ha programmato per l'anno in corso quattro **Simposi** monotematici ed un **Panel** che si svolgeranno a Roma secondo il seguente calendario:

- **6 aprile 2001, Grand Hotel Parco dei Principi:**
“La prevenzione del rischio cardiovascolare”
- **15 giugno 2001, Hotel Cavalieri Hilton:**
“La terapia della fibrillazione atriale”
- **14 settembre 2001, Hotel Cavalieri Hilton:**
“Linee guida cardiologiche”
- **30 ottobre 2001, Hotel Cavalieri Hilton:**
“Fisiopatologia e terapia dell'insufficienza cardiaca”
- **30 novembre 2001, Hotel Cavalieri Hilton:**
“Sindromi coronariche acute: fisiopatologia, clinica e terapia”.

PAGINA WEB ANMCO LAZIALE

In linea con le indicazioni dell'ANMCO Nazionale, anche la nostra Regione sta allestendo una home page regionale (l'indirizzo sarà web.anmcolazio.it, il dominio è in via di registrazione) curata da Giorgio Scaffidi, al fine di rispondere, tra le altre, ad alcune esigenze di base:

1. Fornire informazioni sull'attività, le iniziative e le proposte del Direttivo Regionale.
2. Fornire informazioni su: tipologia e localizzazione delle strutture cardiologiche regionali, link con siti istituzionali (Assessorato, Agenzia Sanitaria Regionale, BUR).
3. Fornire un servizio di consulenza on-line sia per i medici (cardiologi, medici d'emergenza, medici di base) che per i cittadini.

ATTIVITÀ EDUCAZIONALE

Per ultimo, abbiamo voluto creare una collana educativa in Cardiologia, coordinata da Francesco Rulli, dedicata a tutti i pazienti ricoverati e dimessi dalle Divisioni e dai Dipartimenti cardiologici del Lazio. Gli opuscoli, di cui 16 tematici ed uno generale sulle malattie del cuore, in corso di stampa, presentano un linguaggio semplice e familiare e spiegano, con foto e disegni, tutto il percorso diagnostico/terapeutico nelle varie situazioni patologiche: dall'angina al ricovero in UTIC, dalla coronarografia all'impianto di pacemaker, dall'ecostress al bypass, alla riabilitazione.

Naturalmente, l'attuazione ed il successo del programma dipenderanno dalla volontà e dalla partecipazione di tutti i Soci e dei Centri Cardiologici della Regione.

Ci auguriamo che questa traccia sia di stimolo per il più ampio e ricco coinvolgimento.

LIGURIA "IN FIBRILLAZIONE"

Tappe preliminari del programma

di Stefano Domenicucci



Vogliamo condividere con i Soci delle altre Regioni, anche al fine di riceverne spunti e suggerimenti, il cammino fatto in Liguria nell'ambito della gestione dei percorsi dell'emergenza, che rappresenta uno dei punti principali del programma di attività 2000-2002. Il Consiglio Regionale, sentito il parere dei Soci e dei re-

sponsabili delle unità operative di cardiologia liguri, ha ritenuto prioritario ed urgente formalizzare una partecipazione più attiva della Cardiologia Regionale alla gestione della catena della sopravvivenza.

È in via avanzata di attuazione il percorso di formazione per i Soci liguri, che hanno partecipato gratuitamente a corsi di Basic Life Support – BLS e

Early Defibrillation – ed organizzati dall'ANMCO Ligure in collaborazione con la sezione regionale dell'Italian Resuscitation Council. Fino ad oggi, nell'ambito di tali corsi, si sono formati oltre 25 Soci provenienti da 16 strutture cardiologiche regionali. Entro giugno 2001 è previsto il completamento della prima fase del progetto, con l'attuazione del corso per istruttori BLS. In autunno, partiranno le fasi più avanzate della formazione (corsi ACLS, ACLS istruttori). Questo consentirà all'ANMCO Ligure di poter gestire autonomamente la successiva formazione di altri Soci e del personale sanitario delle strutture di appartenenza, ma anche di collaborare ad un eventuale analogo progetto nazionale

ANMCO e di aderire al registro degli istruttori dei corsi per l'emergenza promosso dall'Area Emergenza-Urgenza.

In data 3 marzo 2001, si è svolto a Genova il 1° Congresso Regionale Ligure sulla Defibrillazione Precoce Intra ed Extra Ospedaliera, con una partecipazione numerosa (375 presenti) di cardiologi, anestesisti, responsabili del sistema 118, medici di medicina generale, infermieri, organi istituzionali, forze dell'ordine, pubbliche assistenze. Franco Valagussa e Alessandro Capucci hanno trattato in modo esemplare gli aspetti formativi e gestionali rispettivamente della defibrillazione precoce intra ospedaliera ed extra ospedaliera, aprendo la strada agli altri relatori liguri che hanno esaminato, insieme con i partecipanti coinvolti nella discussione, le criticità dell'emergenza e la fattibilità di implementazione della defibrillazione precoce in Liguria. Questo Congresso aveva anche lo scopo di fornire un

È stato raggiunto l'obiettivo di fornire un "segnale forte" sul ruolo primario che la Cardiologia Ospedaliera deve avere nella programmazione e nella gestione della catena della sopravvivenza

“segnale forte” sul ruolo primario che la Cardiologia Ospedaliera deve avere nella programmazione e nella gestione dell'emergenza, e più in particolare della defibrillazione precoce, e certamente questo obiettivo è stato raggiunto. Oltre alla necessità di un diretto coinvolgimento dei Cardiologi nella organizzazione e gestione della catena della sopravvivenza, è emerso il ruolo peculiare che l'ANMCO può avere a livello educativo nei confronti di alcune categorie coinvolte nell'attivazione e attuazione della catena della sopravvivenza (medici di medicina generale, familiari dei pazienti a rischio, studenti, operatori dei servizi pubblici e forze dell'ordine abilitati ad eseguire la defibrillazione). La recente approvazione della legge

La recente approvazione della legge che delega personale non medico, adeguatamente addestrato, ad eseguire la defibrillazione consente di aprire orizzonti di intervento molto ampi in ambito regionale

che delega personale non medico, adeguatamente addestrato, ad eseguire la defibrillazione consente di aprire orizzonti di intervento molto ampi in ambito regionale.

Un indicatore positivo del fermento che l'attività dell'ANMCO Ligure ha prodotto nell'ambito della defibrillazione precoce è rappresentato dalla richiesta fatta all'ANMCO dall'Assessorato alla Sanità della Regione di partecipare alla stesura di una legge regionale che regoli le modalità di organizzazione della defibrillazione precoce nelle realtà locali e coordini la gestione e trattamento dei dati secondo quanto suggerito dalle relative LineeGuida (Utstein style). Il testo preliminare di tale legge – che attende la definitiva approvazione della

Giunta Regionale ed alla cui stesura hanno partecipato il Delegato Regionale ANMCO, il referente regionale dell'Italian Resuscitation Council, il responsabile di una sede provinciale del sistema 118 ed un dirigente dell'Assessorato alla Sanità – prevede la costante partecipazione dei Cardiologi alla organizzazione e valutazione dei risultati dei programmi di defibrillazione precoce che si svilupperanno in Liguria.

A nome del Consiglio Regionale e dei Soci liguri, desidero esprimere un particolare ringraziamento a Franco Valagussa e ad Alessandro Capucci che hanno accettato ritmi di viaggio da globetrotter per venire a Genova e portare il loro personale importante contributo ad una Regione che inizia oggi il cammino della defibrillazione precoce e della attivazione sistematica della catena della sopravvivenza. Un mio grazie personale anche ai componenti del Consiglio Regionale ANMCO, ai co-relatori del 1° Congresso Regionale sulla Defibrillazione Precoce, Sergio Chierchia, Massimo Zoni Berisso e Paolo Cremonesi (referente Italian Resuscitation Council per la Liguria), ai colleghi Cardiologi che hanno intrapreso con entusiasmo il cammino di accreditamento per la formazione all'emergenza e sui quali l'ANMCO Ligure conta in modo particolare per la futura attività educativa e di formazione in ambito regionale.

NOTIZIE DALL'ANMCO PIEMONTE

di Enzo Commodo, Alfredo Pizzuti, Alessandra Chinaglia

PRESENTAZIONE DEL DIRETTIVO

Il 13 maggio 2000, a Rivoli, è stato rinnovato il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO. Sono stati eletti: Giuliano Brocchi (Torino), Alessandra Chinaglia (Torino), Enzo Commodo (Torino), Marco Demarchi (Aosta), Alfredo

Pizzuti (Torino), Roberto Pozzi (Torino), Mariagrazia Scavo (Torino).

Enzo Commodo è stato confermato Delegato Regionale.

L'organizzazione di una rete per l'attuazione dell'angioplastica primaria nell'IMA nella realtà urbana di Torino

Il Direttivo si riunisce periodicamente (circa ogni mese) presso la sede di Corso Galileo Ferraris 103. La prima riunione del Consiglio Direttivo Regionale si è svolta il 7 giugno 2000. Sono stati affrontati vari argomenti pratici ed è stato delineato il programma per i prossimi due anni:

PROGRAMMA

1. **Rapporto con gli iscritti:** è evidente la discrepanza tra numero di Cardiologi Ospedalieri e quelli iscritti all'ANMCO e tra questi e coloro che effettivamente partecipano. Motivo è forse lo scarso ritorno in termini di arricchimento culturale ed organizzativo; per questo si valutano alcune proposte:
 - programmare incontri su temi pratici sindacali o gestionali;
 - stimolare in qualche modo la produzione di lavori scientifici (premi per i migliori lavori, riunioni regionali con comunicazioni, riunioni regionali monotematiche, borse di studio per lavori);
 - fornire servizi di supporto per la programmazione, elaborazione, stesura di lavori scientifici (metodologia, statistica, epidemiologia, ecc.);
 - individuare in ogni ospedale un referente per l'ANMCO, per effettuare un censimento dei Cardiologi in organico, il numero di iscritti all'ANMCO ed un indirizzo di posta elettronica. A tal riguardo, alcuni Centri hanno segnalato la difficoltà di partecipare alla vita associativa per gravi problemi contingenti di organico e turn over;
 - inviare comunicazione a tutti i Cardiologi (iscritti e non iscritti) per presentare il Direttivo, comunicare i risultati del lavoro degli anni precedenti, pubblicizzare il sito www.anmco-piemonte.org, ecc.;
 - pubblicizzare sul sito (www.anmco-piemonte.org) un sunto dei verbali delle Riunioni del Consiglio Direttivo Regionale.

2. **Attività scientifica:**
 - presentazione e realizzazione di Simposi Regionali al Congresso Nazionale e preparazione di Corsi di aggiornamento del Learning Center;

- organizzazione di una giornata di incontro con tematiche associative e cliniche a tema (comunicazioni, casi clinici, lettura magistrale, premiazione delle comunicazioni inviate al Congresso Nazionale ed Europeo);
- proposta di studi multicentrici oltre a quelli già esistenti (registro regionale della rottura di cuore e dell'endocardite infettiva).

3. **Sito www.anmco-piemonte.org:** potenziare il sito, completare la presentazione sintetica delle Cardiologie piemontesi, creare un elenco aggiornato di Soci, accessibile tramite password.

Nel corso del 2000 hanno preso l'avvio alcune iniziative:

- 1) In risposta all'esigenza, sorta da più parti, di creare una rete organizzativa centralizzata per poter effettuare l'angioplastica primaria nel territorio urbano della città di Torino, si è concordato di affidare ad una commissione ristretta il compito di valutare la situazione attuale, le possibilità, i problemi organizzativi ed i possibili vantaggi. La Commissione dovrà riferire al Consiglio Direttivo e proporre alcune soluzioni e modelli operativi. Sono stati identificati, quali componenti la Commissione i colleghi: G. Borrello, G. Brocchi, M. Casaccia, R. Palmiero, R. Trincherò, M.R. Conte.

- 2) Sono stati effettuati due Corsi del Learning Center: Ecocardiografia (Torino), Valutazione cardiopolmonare (Veruno).

- 3) Per il 2001 sono stati proposti due Corsi di aggiornamento: LA GENETICA E LA TERAPIA GENICA NELLA PRATICA CARDIOLOGICA e la SINDROME DI BRUGADA.

- 4) Il 23-24 febbraio si è tenuta la Riunione Regionale congiunta ANMCO-SIC-ANCE sul tema delle SINDROMI CORONARICHE ACUTE. Sono stati affrontati i seguenti temi:

- l'inquadramento clinico delle sindromi coronariche acute;
- la fase pre-ospedaliera (il paziente con dolore toracico ed il medico di famiglia; la terapia pre-ospedaliera; il ritardo evitabile);
- il paziente con dolore toracico in DEA (il parere del Cardiologo; il parere del medico d'urgenza; problematiche medico legali dei pazienti con dolore toracico);
- la fase ospedaliera (indicatori decisionali e prognostici delle sindromi ischemiche acute; trombolisi e terapia medica - nuovi farmaci per la ri-perfusione; rivascolarizzazione d'urgenza nella fase acuta dell'infarto miocardico; rivascolarizzazione d'urgenza ed anatomia coronarica sfavorevole);
- la fase post-ospedaliera (ruolo del medico di famiglia; ruolo del Cardiologo ambulatoriale).

L'incontro ha riscosso notevole successo e per la prima volta dopo anni vi è stata una notevole partecipazione non solo dei Soci ANMCO-SIC-ANCE, ma anche dei medici di famiglia, sempre più coinvolti nella gestione del paziente cardiopatico.

È stata organizzata una riunione congiunta con le altre Società per affrontare i problemi aperti nel trattamento delle Sindromi Coronariche Acute

ASSEMBLEA REGIONALE ANMCO-PUGLIA

Promosso un incontro con l'Assessore alla Sanità della Puglia e molti Direttori Generali per l'attivazione e l'organizzazione del 118 nella nostra Regione

di Francesco Bovenzi



Sabato 13 gennaio presso l'Hotel Sheraton di Bari si è svolta l'Assemblea Regionale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) della Regione Puglia. Sono state esposte le linee programmatiche per gli anni 2000-2002 ed è stato presentato il nuovo sito Web dell'Associazione pugliese www.anmcoitalia.it

Successivamente si è discusso dell'attivazione ed organizzazione del "Macro Sistema Emergenza Sanitaria 118" della Regione Puglia. Sono intervenuti oltre all'Assessore alla Sanità **S. Mazzaracchio**, il Presidente dell'ANMCO **G.L. Nicolosi**, **C. D'Agostino** in qualità di Consigliere Nazionale ANMCO, il Coordinatore dell'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia **C. Di Cillo**, **I. de Luca** Cardiologo referente del Comitato di Coordinamento Regionale per il 118 ed i seguenti Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Puglia: **M. Pontrelli**, **P. Traversi** e **G. Pentasuglia** di Bari, **F. Orfino** di Foggia, **G. Giuri** e **D. Lagravinese** di Brindisi.

Nella riunione è apparso chiaro che nelle emergenze cardiologiche due inderogabili obiettivi strategici devono essere perseguiti:

- Trasmettere prontamente i segnali di allarme grazie alla rete telematica così da ridurre il ritardo evitabile. (**Momento di allerta - TERRITORIALE**)
- Velocizzare le terapie sempre più sofisticate e costose (**Momento di risposta - OSPEDALIERO**).

Sono emerse inoltre due diverse modalità di gestione che vedono, da un lato la possibilità di potenziare l'esistente e dall'altro, la possibilità di ridistribuire l'attuale rete ospedaliera, chiudendo i reparti sottoutilizzati e facendo sorgere nuovi centri con posti letto di terapia intensiva e di rianimazione

Sono emerse inoltre due diverse modalità di gestione che vedono, da un lato la possibilità di potenziare l'esistente e dall'altro, la possibilità di ridistribuire l'attuale rete ospedaliera, chiudendo i reparti sottoutilizzati e facendo sorgere nuovi Centri con posti letto di terapia intensiva e di rianimazione. La somma inizialmente di 180 miliardi, è stata ridotta dal Governo a 111 miliardi. Al momento il progetto prevede una disponibilità di cassa di 54 miliardi; di questi 10 saranno necessari per le centrali che coordineranno gli interventi. È stato creato un Comitato di Coordinamento Regionale che è già al lavoro e di cui fa parte il Dott. Italo de Luca come referente cardiologo. Sono in corso di aggiudicazione le gare di appalto.

La sensibilità dell'ANMCO alle problematiche delle emergenze territoriali ci porta a non abbassare la guardia, a sollecitare costantemente gli organi istituzionali competenti a destinare risorse economiche aggiuntive per migliorare l'esistente, per creare in zone carenti nuove struttu-

re e per assumere sempre nuovo e competente personale. La nostra spinta non finirà qui, incoraggeremo nuove iniziative ed incontri che mirino a guidare le scelte, per portare anche in Puglia un moderno ed efficiente sistema di controllo e gestione territoriale delle emergenze.

Solo così, con il nostro qualificato ed esperto contributo, l'attivazione del Sistema 118 "Puglia Pronto Soccorso" potrà rappresentare un passaggio qualificante importantissimo e indispensabile per proiettare definitivamente il nostro sistema sanitario regionale nel nuovo millennio.

CRESCENTE È LA RICHIESTA DI CARDIOLOGI

Siamo adeguatamente organizzati per far fronte a questa attuale richiesta non solo di uomini, ma soprattutto di tecnici abili nelle molteplici sub-specializzazioni della moderna Cardiologia?

di Francesco Bovenzi

La Cardiologia rappresenta certamente l'applicazione più dinamica della moderna medicina in termini di ricerca e di risultati clinici. Le nuove tecnologie impongono al Cardiologo un costante aggiornamento teorico, in campo diagnostico, biomedicale, terapeutico e una sempre più pressante domanda di professionisti capaci, tecnicamente abili e competenti nell'ambito delle nuove sub-specializzazioni.

Nella realtà quotidiana assistiamo, in molte regioni italiane, ad una evidente scarsità di Cardiologi nei concorsi pubblici, al punto da non riuscire a soddisfare le richieste

L'ANMCO, sempre attenta ai problemi della formazione ed educazione professionale ed anche per il rilevante ruolo scientifico che essa ricopre in campo nazionale ed europeo, deve prepararsi ad affrontare questa nuova sfida, una delle tante della futura Cardiologia, una sorta di investimento culturale per il futuro della professione.

È d'obbligo incanalare la spinta culturale verso una vera programmazione della formazione in Cardiologia, pianificata territorialmente, che tenga conto dei bisogni del

cittadino-utente in rapporto ad una risposta diagnostica e terapeutica sempre più complessa. Clinico, manager, statistico, informatico, culturalmente cosmopolita e, per passione, abile tecnico del cuore, questo in sintesi il Cardiologo del nuovo millennio. Ma crearlo così, in funzione della domanda, rimarrà un'utopia?

Nella realtà quotidiana assistiamo, in molte regioni italiane, ad una evidente scarsità di Cardiologi nei concorsi pubblici, al punto da non riuscire a soddisfare le richieste.

In Emodinamica il lavoro aumenta in modo esponenziale grazie alle nuove tecniche, ai materiali ed alla crescente esperienza degli operatori. Ma questi ultimi restano ancora pochi, troppo pochi nelle realtà territoriali più periferiche. E così, il cittadino è costretto a fuggire verso i grossi Dipartimenti metropolitani. Ciò vale anche per tutte le branche della Cardiologia ad elevata competenza, quali l'aritmologia, l'emergenza e così via.

Accanto alla temuta e reale perdita della identità cardiologica, rischiamo di vedere realizzarsi anche una vera e propria carenza numerica di Cardiologi

Dove sono i Cardiologi? Le nostre, se pur eccellenti, scuole di specializzazione universitarie evidentemente non riescono ad accogliere l'aumentata domanda proveniente dal territorio di Cardiologi, per cui appare inevitabile dover aprire anche alla complementare didattica cardiologica ospedaliera. L'attuale carenza, probabilmente, non è solo un problema di "diluizione della specificità cardiologica nel contesto di dipartimenti", ma anche il risultato di una programmazione formativa non attenta e non in linea con le richieste della moderna medicina. Insomma, **accanto alla temuta e reale perdita della identità cardiologica, rischiamo di vedere realizzarsi anche una vera e propria carenza numerica di Cardiologi**. D'altra parte qualcosa sembra finalmente muoversi nel settore della formazione continua, per cui è d'obbligo avviare nuovi programmi educazionali che garantiscano un numero adeguato di Cardiologi competenti ed abili, dal momento che, oggi, **alla clinica si affiancano sempre più procedure che richiedono competenza, esperienza e manualità**, irrinunciabili per garantire il diritto alla salute dei cittadini, anche di quelli residenti in realtà territoriali piccole o periferiche.

Sardegna

D A L L E R E G I O N I

L'ATTIVITÀ DELL'ANMCO SARDEGNA

Il miglioramento della COMUNICAZIONE fra i Soci e il coinvolgimento generalizzato dei Centri Cardiologici isolani gli obiettivi di questo biennio

di Paolo Bonomo

Favorire la Comunicazione e il dialogo fra le diverse realtà cardiologiche regionali anche con sistemi informatici

Il primo obiettivo che col Consiglio Direttivo Regionale ci si è proposto, in accordo con le linee programmatiche dettate dal Presidente ANMCO Nicolosi per il biennio in corso, è stato quello di favorire la COMUNICAZIONE tra i vari presidi cardiologici della nostra Regione, dove vi è la necessità di stimolare le occasioni di incontro, anche per innegabili difficoltà di ordine geografico e organizzativo. Pertanto il coinvolgimento del maggior numero possibile di colleghi, la massima diffusione delle varie iniziative culturali e la messa in opera di mezzi anche informatici per favorire la comunicazione, costituiscono le Linee Guida del nostro programma. Lo stesso Consiglio Direttivo Regionale si è formato con la presenza di un rappresentante per ogni UTIC della Regione, integrato con i portavoce delle Emodinamiche e della Cardiochirurgia, onde agevolare la pronta diffusione delle informazioni ai vari Centri ospedalieri.

SITO WEB

Nella stessa ottica si è deciso di istituire un sito WEB dell'ANMCO Sardegna, che do-

vrebbe partire entro questa estate. Tale sito in collegamento con quello nazionale www.anmco.it (ove già esiste la pagina regionale della Sardegna), consentirà una informazione rapida ai Soci sulle varie attività e manifestazioni di interesse cardiologico.

*Incontri di aggiornamento
2001: CONTROVERSIE in
Cardiologia: Cagliari
30.01 - Alghero (SS) 21.04 -
Nuoro 28.09 - Oristano
26.10 - Cagliari 30.11*

ATTIVITÀ CULTURALE

Si è deciso per il 2001 di organizzare incontri con la formula delle Controversie, anziché col consueto modello dei Simposi, sperando che la novità trovi gradimento. Sono previsti incontri in ogni provincia e i diversi Centri cardiologici ospedalieri dell'isola saranno unitariamente impegnati nella realizzazione di queste manifestazioni, con il coinvolgimento di circa 100 colleghi. Una occasione per un confronto ampio e articolato, favorito dalla formula su argomenti stimolanti.

FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA (FIC)

Sulla spinta delle sollecitazioni che dalla Sede Centrale ci vengono per una regionalizzazione dell'attività della Federazione di Cardiologia si è preso contatto con il Presidente Regionale della SIC Prof. Iliceto e insieme abbiamo deciso di programmare la organizzazione di una manifestazione regionale unitaria che veda le organizzazioni cardiologiche regionali (ANMCO, SIC, ARCA e ANCE) riunite insieme, per arrivare ad un incontro unico di tutti i Cardiologi sardi, qualunque sia la loro collocazione operativa, ospedaliera, universitaria o territoriale. Sono in corso i contatti preliminari fra le quattro Società per organizzare il Congresso a fine giugno.

*Fattibilità della
angioplastica primaria
nella realtà territoriale e
organizzativa della
Sardegna*

SINDROMI CORONARICHE ACUTE

Nell'ambito della Riunione Regionale svoltasi a Cagliari il 6 aprile 2001, sulle Sindromi Coronariche Acute, si è tenuta un Forum Organizzativo sulla situazione nella nostra Regione. In preparazione a questo ho inviato un Questionario a tutte le Cardiologie, le Emodinamiche e i reparti di Medicina che negli ospedali senza UTIC ricoverano infarti e angine instabili, per la raccolta dei dati sulla situazione attuale. Da questi dati inizierà la discussione nel Forum Organizzativo per elaborare dei progetti sulla fattibilità della angioplastica primaria in ambito regionale.

*Incontro regionale
unificato con SIC, ARCA e
ANCE per favorire
l'incontro di tutti i
cardiologi, ospedalieri,
universitari e territoriali*

CORSI BLS- ACLS

Visto il limitato numero di Soci presenti in Regione con il patentino BLS e/o ACLS (e solo 2 con il livello di Istruttori BLS) si è deciso di attivare, in collaborazione con l'Area Emergenza-Urgenza, Corsi per il rilascio del patentino BLS (livello basale di inizio) e poi ACLS (livello avanzato), riservati ai Soci ANMCO, da tenersi in Sardegna.

AREA NURSING

Come a livello nazionale, anche da noi vi è grande interesse ed espansione del settore Nursing, e gli infermieri sempre più ci chiedono aggiornamento e occasioni di crescita culturale e professionale. Abbiamo perciò in programma di attivare una rete organizzativa regionale per il Nursing. Sono già in svolgimento, patrocinati dall'ANMCO Regionale, una serie di Corsi di Aggiornamento per Infermieri e Tecnici di Cardiologia, presso le UTIC di Sassari, di Oristano, di Nuoro e di Cagliari. Si pensa di allestire un Simposio Nursing anche nell'ambito dell'organizzando Congresso Regionale unificato.

IMPORTANTE COLLABORAZIONE TRA ANMCO E REGIONE VENETO

Il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO ricevuto dall'Assessore Fabio Gava. Il Direttivo sarà consultato per la Programmazione Ospedaliera della Cardiologia Veneta

di Carlo Martines



Il Consiglio Direttivo Regionale, guidato dal Delegato, è stato ricevuto dall'Assessore Regionale, nonché Vicepresidente della Regione, Avv. Fabio Gava. Presenti all'incontro il Dott. Toniolo e il Dott. Lavezzo. Si è discusso di tutte le problematiche che interessano la Cardiologia Ospedaliera del Veneto e delle innovazioni che potrebbero essere inserite nel prossimo Piano Regionale Ospedaliero.

Il Consiglio, nella sua completezza, quale espressione di una Società Scientifica, è stato nominato organo consultivo per la Regione in materia di Programmazione Ospedaliera Cardiologica.

Sarà mantenuto uno stretto contatto tra Consiglio Direttivo Regionale e Unità Operative

Un plauso all'Assessore per questo riconoscimento che, in passato, non è mai stato preso in considerazione, limitandosi l'Assessorato a consultazioni più personalizzate che realmente rappresentative.

I rappresentanti della Regione nominati dall'Assessore, sono il Dott. Giovanni Gatto, funzionario Regionale, che svolge anche le funzioni di Segretario, e il Dott. Tiziano Martello, Dirigente Regionale. Presidente della Commissione è stato nominato il Delegato Regionale dell'ANMCO. Il Direttivo, nella Riunione del 6 marzo u.s., ha stabilito un programma di lavoro che sarà così articolato.

Il Consiglio Direttivo Regionale si manterrà a stretto contatto con l'Associazione, soprattutto per proporre con il consenso più ampio possibile

In una prima fase, come richiesto dalla Regione, verranno presentate le Linee Guida relative all'organizzazione dell'Emodinamica in generale; verrà "fotografata" la situazione esistente nel Veneto, sia per quanto riguarda la diagnostica che

l'interventistica, verranno evidenziate le casistiche delle strutture operanti, verrà rapportata la richiesta reale a quella teorica, sempre secondo le Linee Guida. Linee Guida che, anche secondo il pensiero attuale dell'ANMCO, emerso durante gli ultimi Consigli Nazionali, proprio dalle considerazioni più volte formulate dal Presidente Nicolosi, devono necessariamente adattarsi alle singole realtà regionali.

Le differenze tra Regione e Regione sono infatti notevoli, sia per numero di strutture che per organizzazione.

In una seconda fase verranno presi in considerazione i requisiti minimi richiesti per stabilire i criteri di identificazione relativi all'accreditamento. Questi criteri si orienteranno essenzialmente sulle caratteristiche delle attrezzature diagnostiche, sulla professionalità del personale impiegato e su altri parametri che saranno individuati e discussi durante i novanta giorni fissati dall'Assessore per giungere a proposte costruttive.

Ascoltare tutti per formulare proposte condivise dalla maggioranza dei Soci

Naturalmente il Consiglio Direttivo Regionale si manterrà a stretto contatto con l'Associazione, soprattutto per avanzare con il consenso più ampio possibile, consapevole di essere rappresentativo di tutta la Cardiologia Veneta e, pertanto, di essere in dovere di ascoltare tutti, per formulare proposte condivise dalla maggioranza dei Soci.

IL DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE: IL PENSIERO DELL'ANMCO

In un articolo scritto in Veneto News del mese di marzo da Giuseppe Catania, Past Delegato Regionale, sono state messe in evidenza le motivazioni per le quali l'ANMCO del Veneto è contraria a soluzioni che inseriscono la Cardiologia in Dipartimenti misti, nei quali è ignorata la specifica competenza che soltanto i Cardiologi possono avere in certi settori della diagnostica e dell'assistenza, soprattutto a livello intensivo.

Stiamo assistendo ad aberrazioni come quella di aver smembrato una Cardiologia e di averla inserita in ben tre Dipartimenti: quello dell'Area Medica per la degenza, quello della Diagnostica per immagini per la diagnostica e quello dell'Area Emergenza per l'UTIC.

A questo punto, più che la Cardiologia sembra "smembrato" il cardiopatico, con buona pace per la cultura e per le competenze specifiche.

IL PROGETTO RUTA È AD UNO SNODO CRUCIALE

Il progetto RUTA (Rete UTIC Trivenete ANMCO) sta entrando nella fase produttiva, cioè in quella in cui si debbono raccogliere i frutti di un intenso lavoro svolto nell'arco di due anni, in particolare dai Colleghi del Gruppo di Studio (Bottero, Buchberger, Bridda, Bruni, Carlon, Cassin, Dei Tos, Di Chiara, Gregori, Milani, Roncon) e del Comitato Scientifico e di Coordinamento (Roncon, Bottero,

Buchberger, Carlon, Di Chiara, Fiorretti. Coordinatore: Zonzin). I punti di forza del progetto in sintesi sono:

1. semplicità del "data base";
2. corrispondenza alle aspettative sull'efficacia di monitorare il paziente con infarto nelle sue varie fasi cliniche;
3. basso costo di realizzazione e di manutenzione del software;

4. possibilità di monitorare la propria casistica - qualunque patologia - in tempo reale;
5. disporre di dati di singolo Centro per contrattazione aziendale e di dati aggregati per contrattazione regionale;
6. "data base" di facile implementazione.

Per informazioni scrivere a: zonzin@tin.it

IL FORUM DEL 9 MARZO A PADOVA

Organizzato dalla Federazione Italiana di Cardiologia, che comprende la SIC e l'ANMCO, si è tenuto allo Sheraton di Padova l'annunciato Forum sull'appropriatezza, fattibilità e costo/utilità delle procedure diagnostiche e dei trattamenti nelle sindromi coronariche acute. Buona la partecipazione della componente ANMCO, anche se l'organizzazione centralizzata non ha tenuto conto di altre componenti regionali, quali, per esempio, una concomitante e importante riunione di aritmologia a Treviso.

Assente la SIC, i componenti del Consiglio dell'ANMCO

hanno dovuto moderare le relazioni e sostituire, all'ultimo momento, alcune assenze di moderatori e relatori.

Ottime le relazioni di Cavallini, Marras, Pitscheider, Ramondo. Moderatori: Martines (in tutte le sessioni), Valfrè, Giommi, Pitscheider.

Il Forum è stato completato da una sessione regionale nella quale sono stati discussi i tre progetti epidemiologici sulla Cardiopatia Ischemica, sulla Fibrillazione Atriale e sullo Scompenso, rispettivamente da Luigi Giommi di Treviso, Loredano Milani di San Donà di Piave e Francesca Zerbo di Mirano.

OSSERVATORIO DI COLLOCAMENTO

È stato istituito, con buoni risultati, l'Osservatorio di Collocamento per facilitare l'assunzione di giovani Cardiologi presso le strutture che hanno necessità. Purtroppo ci mancano Cardiologi da assumere e

proponiamo che il nostro Osservatorio diventi un punto di riferimento per tutte le Regioni.

Per informazioni e per necessità rivolgersi direttamente al Delegato del Veneto.

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

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE VOLONTARIO ALL'ECCELLENZA: la prima esperienza italiana nell'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale S. Eugenio di Roma

Quinto TOZZI, Francesco COLACE

Il concetto di valutazione e di miglioramento continuo della qualità (MCQ) in ambito sanitario nasce nel 1912 negli USA; da allora la diffusione ed i progressi sono stati enormi e costituiscono la base del modello statunitense della qualità organizzativa e professionale che è, dai più, ritenuto per molti aspetti di assoluto riferimento.

Tale modello è stato introdotto, nel 1992 anche in Italia, previo adattamento al nostro contesto organizzativo, legislativo e culturale, ed ha nell'Accreditamento Professionale all'eccellenza o volontario o tra pari la sua espressione più completa ed avanzata. Da allora numerose branche della medicina hanno adottato tale modello di approccio sistemico alla verifica e revisione della qualità con il supporto metodologico della Società Italiana per la Qualità dell'assistenza sanitaria SIQAS (VRQ); nel 1998 è iniziata l'esperienza della Cardiologia anche se non mancavano in precedenza importanti iniziative di valutazione e miglioramento della qualità, circoscritte e settoriali, ad opera dell'ANMCO e di altre associazioni cardiologiche.

Elementi tipici dell'Accreditamento Professionale, a differenza di altri approcci alla qualità in ambito sanitario di derivazione industriale, sono la completa gestione da parte degli stessi operatori sanitari (medici ed infermieri) con finalità no profit, la nascita e lo sviluppo in ambiente sanitario, il ruolo essenziale delle società scientifiche, la volontarietà dell'adesione, il carattere non ispettivo o fiscale della visita bensì consulenziale e di libero scambio di esperienze tra operatori di pari dignità, il costo nullo. Altri elementi caratterizzanti sono la focalizzazione sull'efficacia finale degli interventi passando ovviamente per la correttezza delle procedure, l'attenzione alla qualità percepita dal paziente ma senza che questa condizioni quella professionale, il ruolo attivo e liberamente scelto degli operatori, ecc.

"L'Accreditamento è un processo di autovalutazione e revisione delle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il livello di performance relativamente agli standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo della qualità".

ISQua: International Society for Quality in Health Care. 1998

Lo strumento operativo per l'Accreditamento Professionale è il "Manuale di Accreditamento Professionale all'eccellenza delle strutture cardiologiche" (Q. Tozzi, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000) che contiene i criteri organizzativi e professionali di riferimento di elevata qualità; tali criteri hanno uno score numerico che consente di individuare, in base al grado di adesione, un valore numerico correlato al livello di qualità di ogni tipologia di U.O. di cardiologia o di suoi singoli settori operativi. Il Manuale è suddiviso in una Parte Generale prevalentemente orientata alla qualità organizzativa ed una parte Specifica prevalentemente orientata a quella professionale.

La nostra esperienza inizia nel 1998 dopo un cospicuo programma di formazione sulla qualità ed i suoi strumenti. Il primo importante ostacolo è stato l'assenza del principale strumento operativo: il Manuale di Accreditamento Professionale. Con l'assistenza metodologica, per gli aspetti inerenti la qualità, della SIQAS (VRQ) si è proceduto alla sua prima stesura; parallelamente il Manuale è stato sottoposto al coordinamento dell'Area Management e Qualità dell'ANMCO (1999) che ne ha favorito la pubblicazione. I criteri e gli standard della parte strutturale e delle attrezzature sono stati presi, quando disponibili, dalla letteratura ufficiale pubblicata dalle varie società scientifiche interessate; lo stesso dicasi degli indicatori. Per definizione tali standard, e l'intero Manuale, sono costantemente in evoluzione per numero e livello di qualità.

La prima fase del percorso (Settembre 1999) è stata l'autovalutazione del livello base di qualità della nostra U.O. in riferimento ai criteri del Manuale. Ciò ha consentito di oggettivare e quantizzare documentatamente quelle criticità su cui focalizzare suc-

cessivamente, ove possibile, gli specifici interventi di miglioramento tramite uno specifico Piano di Adeguamento (seconda fase) terminato nel maggio 2000.

Il 26 giugno 2000 è stata effettuata la visita di Accredimento per verificare se il livello di qualità effettivamente raggiunto corrispondeva a quello periodicamente autovalutato. È stata successivamente rilasciata una dettagliata relazione in cui venivano riportati i punteggi riscontrati, con le relative motivazioni, e messi in evidenza sia gli aspetti positivi che i suggerimenti per superare altre criticità e migliorare ulteriormente in un ciclo ricorsivo. Ovviamente in questa prima visita non è stata raggiunta l'eccellenza ma è stato documentato un reale ed oggettivo miglioramento dovuto ad una diffusa e radicata cultura della valutazione e del miglioramento continuo della qualità (MCQ) all'interno dell'organizzazione.

È infatti questo l'elemento motivazionale e strategico determinante ai fini organizzativi e professionali: un "sistema qualità" scelto, promosso, condiviso e messo in atto ormai autonomamente dagli stessi operatori che si traduce in un ciclo ricorsivo automenentesi di valutazione e miglioramento continuo, a costo zero, in cui le uniche inferenze esterne sono le visite, liberamente scelte, tra colleghi di pari dignità.

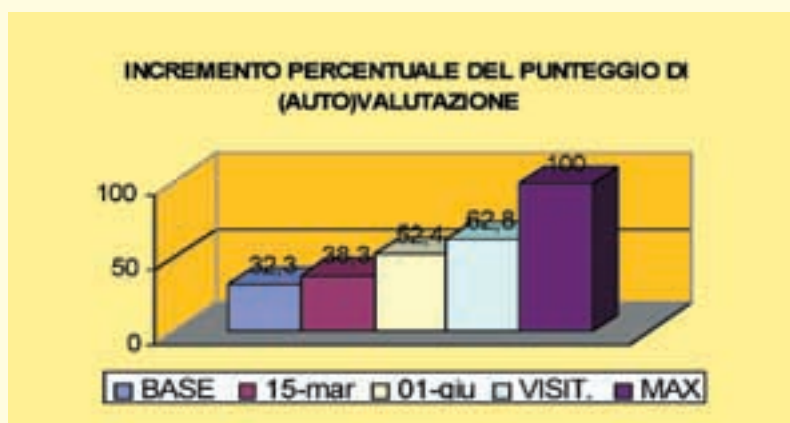


Figura: Istogramma dell'andamento del punteggio di autovalutazione e valutazione esterna nel corso del percorso di Accredimento Professionale tra pari rispetto al massimo teorico.

Elementi documentali sono il graduale incremento dello score di autovalutazione (Figura) nel corso del piano di adeguamento e confermato, in fase di visita, da altri medici esterni all'U.O. Ciò ha portato, ovviamente per ora ad un oggettivo miglioramento dell'organizzazione interna tramite una razionalizzazione di numerose procedure, una evidente maggiore motivazione del personale, il miglioramento del sistema informativo interno ed il riassetto organizzativo consentendo, tra l'altro, una migliore gestione operativa per il primario, i vari responsabili di settore ed ai singoli operatori. Dal punto di vista professionale il miglioramento della qualità è passato, inevitabilmente, attraverso una maggiore adesione ai protocolli ed alle linee guida ufficiali, cliniche e di appropriatezza, basate sulle evidenze scientifiche ed adattate al contesto operativo dell'U.O. L'oggettivazione di tale ultimo elemento è ovviamente estremamente difficile in base ad una sola prima esperienza ma è comunque in corso di attuazione. L'obiettivo primario della nostra esperienza era la dimostrazione di fattibilità anche in ambito cardiologico e riteniamo che sia stato raggiunto.

La nostra attività fa inoltre parte di uno specifico programma dell'Istituto Superiore di Sanità: "Accreditamento Professionale in Cardiologia" che ha visto il coinvolgimento sino alla visita di un'altra U.O. di cardiologia (Camerino-MC) e l'interessamento concreto di diverse altre; ciò a dimostrazione del grande interesse attribuito all'Accreditamento professionale anche da parte delle istituzioni oltre che dagli operatori. Da evidenziare chiaramente che un ruolo determinante in tutto il percorso ha avuto, per i contenuti, l'impegno e l'entusiasmo, la componente infermieristica.

Riteniamo che tutto ciò è avvenuto perché è stato capito, forse prima di altri, che la strada della qualità organizzativa e professionale, con un approccio sistemico sul modello MCQ, a gestione diretta degli stessi operatori e finalizzato agli esiti, è divenuto oggi, e lo sarà sempre di più in futuro, alla luce dei profondi cambiamenti nella Sanità italiana, un elemento determinante e discriminante della nostra attività professionale. A ciò si aggiunga la convinzione che è sicuramente meglio approcciare tali aspetti, ormai ineludibili, all'interno del nostro ambito culturale e professionale prima che altri, con altre finalità ed altri mezzi, lo facciano per nostro conto.

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

A PROPOSITO DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

Torino, 23/02/2001

Gent.mo Dott. Zonin,

nel n° 119 di "Cardiologia negli Ospedali" sono pubblicati due interventi a firma del Dott. Giovannini: "Accreditamento dei Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)" e "Progetto di riorganizzazione del Sistema di Rianimazione Cardiopolmonare (RCP)". Alla fine della lettura di questi articoli rimangono aperti dei temi che meritano un ulteriore approfondimento.

Anzitutto va ricordato che siamo in un'Europa Comunitaria, il cui ruolo va riaffermato non solo a livello politico, ma anche nel ricondurre ad istituzioni Comunitarie – nel caso dell'addestramento alla RCP, l'European Resuscitation Council (ERC) – le iniziative che vogliono uniformare i comportamenti medici in ambiti come quello dell'Emergenza. Nel nostro Paese vi sono ancora singoli e Società Scientifiche che in tale campo fanno riferimento ad un'istituzione extraeuropea, l'American Heart Association (AHA). Nessuno vuol metter in discussione l'autorevolezza di AHA in questo come in altri campi, ma non risulta che una richiesta di corso RCP di un qualsiasi stato USA venga accolta e soddisfatta da istituzioni non americane.

Un secondo ambito di discussione è lo spazio dei Gruppi di Studio nell'accREDITAMENTO dei Corsi RCP.

Pur riconoscendo il lodevole attuale interesse di ANMCO e SIC nel campo dell'addestramento alla RCP, è doveroso ricordare che solo di recente le maggiori Società Scientifiche Cardiologiche si sono occupate del problema. Il GIEC (Gruppo per l'Intervento nelle Emergenze Cardiologiche) da oltre dieci anni nell'addestramento alla RCP un suo precipuo campo di impegno. Vale la pena ricordare i Corsi GIEC BLS e BLS-D che continua a portare avanti il Polo Didattico Nazionale dell'Associazione ed un'iniziativa condotta da due membri del Direttivo GIEC, il sottoscritto ed il Dott. Sicuro,

all'interno di un Ospedale di Insegnamento come l'Azienda Ospedaliera San Giovanni di Torino (Molinette), dove con un Comitato Scientifico (accreditamento) e con un corpo di Istruttori interdisciplinari sono stati addestrati in tre anni oltre 1500 medici ed infermieri al BLS e dove è partita una Cascata Formativa in ACLS con Corsi ACLS diretti e valicati in ospedale direttamente da Direttore ed Istruttori ERC.

Nell'articolo "Progetto di formazione..." il Prof. Giovannini fa riferimento ad una audizione sull'argomento della FIC presso la Sezione II del Consiglio Superiore di Sanità. L'incontro è stato preceduto da una lettera, che si allega, stesa dal sottoscritto ed approvata dall'intero Consiglio Direttivo GIEC, dove si sottolineava il giusto ri-

Al Ministero della Sanità
Torino, 6/10/2000

Risulta essere al vaglio con conseguente ratifica il documento, in allegato, elaborato da una commissione ministeriale ad hoc finalizzato a puntualizzare aspetti riguardanti "linee di indirizzo in formazione, aggiornamento, addestramento permanente del Personale operante nel sistema Emergenza-Urgenza sanitaria".

- Considerando che la materia tratta anche emergenze cardio-circolatorie,
- Constatando che nelle assegnazioni delle Responsabilità Apicali del 118 è pressoché assente la competenza del Cardiologo,
- Trattandosi del "management" sul territorio di una materia così delicata che comprende l'assistenza-diagnosi e terapia dell'infarto miocardio in fase acuta e di tutte le sindromi ischemiche acute,
- Non può essere immaginato l'affidamento della responsabilità come "authority", sia della formazione, che dell'aggiornamento, addestramento e verifica in **Capo esclusivamente** al Dirigente Responsabile della centrale Operativa 118 di competenza.

Tale figura al di là della competenza generica organizzativa non ha alcuna competenza culturale, scientifica specifica cardiologica per poter assolvere un delicato compito di preparazione del Personale Sanitario che deve poi operare "skilled" nel circuito dell'Emergenza.

Si chiede pertanto:

- A) **La revisione del documento** avvalendosi delle Società Scientifiche SIC-ANMCO oggi riunite in Federazione Italiana di Cardiologia **onde evitare il danno** di una mancata-corretta applicazione delle Linee Guida aggiornate internazionali delle Società "American Heart Association" e "European Society of Cardiology" in tema di Emergenza-Urgenza cardiovascolari.
- B) **L'inserimento nella responsabilità** dei processi formativi dei cultori della materia Cardiologica con i Gruppi di studio specifici.

Dott. M. Casaccia

conoscimento del Cardiologo nel Sistema Emergenza Urgenza, paventando la totale scomparsa dello stesso nel documento "Linee di Indirizzo di Formazione...", che vedeva il **118 come unico dominus dello scenario**.

Questa lettera ha ottenuto risultati favorevoli nell'incontro FIC-Consiglio Superiore di Sanità ed in più sedi ministeriali.

Quanto sopra ricordato ha il solo scopo di evidenziare che nella lettera viene espressa la necessità che le Associazioni Cardiologiche debbano avvalersi dei Gruppi di Studio preposti ad hoc. E come potrebbe essere altrimenti, visto che sono i membri stessi dei Gruppi di Studio i veri "esperti" in RCP? Qualcuno dovrà ricordare che o i Gruppi di Studio vengono riconosciuti come bracci operativi della FIC, insieme ad altre forze, o si dovrà altrimenti giustificare l'affiliazione degli stessi alle Associazioni ed alla Federazione Italiana di Cardiologia.

Cordiali saluti,

Michele Casaccia

Caro Zonzin,

ho letto con vivo interesse la lettera inviata dall'amico Casaccia, di cui ho sempre apprezzato la capacità organizzativa e l'impegno mostrato in anni di dedizione al settore dell'Emergenza-Urgenza Cardiologica.

Insieme abbiamo partecipato di recente alla reazione d'orgoglio dei cardiologi italiani di fronte alla ventilata approvazione da parte del Consiglio Superiore di Sanità di un documento relativo al "formazione aggiornamento, addestramento permanente del personale operante nel Sistema Emergenza-Urgenza Sanitaria", fortemente penalizzante per le Società Scientifiche Cardiologiche, che avrebbe visto "il 118 come unico dominus dello scenario".

Non a caso la lettera di Casaccia, spedita al Ministero della Sanità, e di cui è stata chiesta la pubblicazione su questa rivista, è stata concepita insieme nelle sue linee più importanti.

Si ritiene peraltro, vista la mole delle problematiche sviluppate, effettuare necessariamente alcune puntualizzazioni, doverose in quanto chiarificatrici di una strategia della Federazione Cardiologica, forse non sufficientemente trasparente.

La Federazione Italiana di Cardiologia, nel rappresentare le due maggiori Società Scientifiche Cardiologiche Italiane, ha ottenuto l'accreditamento presso la Società Europea di Cardiologia, e come tale può e deve muoversi nei confronti delle autorità istituzionali a tutela dei propri iscritti e con la prospettiva di poter rappresentare un giorno l'intera comunità cardiologica italiana. Uno degli obiettivi che si è posta e sta perseguendo al suo interno è quello di unificare i vari gruppi di studio e di lavoro specifici di diversa estrazione, affinché questi abbiano totale riconoscimento (scientifico-organizzativo) a livello europeo, alla pari degli altri gruppi internazionali già esistenti e pienamente operativi. Tra questi sarebbe auspicabile che il GIEC e l'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO possano un giorno fondersi in un'unica struttura, dal momento che si perseguono identici obiettivi e si effettuano analoghi percorsi.

Nel momento in cui la Federazione Cardiologica tratta una problematica con il Ministero della Sanità, come è stato fatto il 21/10/2000, i cardiologi presenti non hanno parlato a nome delle Società in cui militano, né tantomeno a nome dei cultori della materia cardiologica, quali sono i gruppi di studio specifici, ma soltanto in nome di una Federazione Italiana che, proprio perché tale, rappresenta i cardiologi italiani nel modo più autorevole possibile, oltre che in virtù dell'accreditamento ottenuto a livello europeo. È pressoché intuitivo che una Federazione organizzata e intelligente, nel momento di attuare un piano strategico, si servirà dei suoi bracci operativi, che non potranno che essere gruppi-aree di lavoro e di studio specifici accreditati.

Anche quanto al riferimento alla necessità di ricondursi ad Istituzioni comunitarie, deve essere ribadito che è sempre stato intendimento della nostra Federazione Cardiologica di ottenere il riconoscimento della propria natura e dei propri obiettivi in ambito europeo, sempre nel rispetto della specificità che la caratterizza. Pur non disconoscendo assolutamente il valore dell'European Resuscitation Council, si ritiene che è ormai giunto il momento di svolgere corsi di formazione e di addestramento alla RCP nell'ambito e secondo le necessità del mondo cardiologico. Tutto ciò seguendo i dettami delle Linee Guida comuni ILCOR, ormai accettate da qualsiasi Società Scientifica, compresa l'American Heart Association.

Sperando di aver dissipato ogni dubbio, e anzi sperando di ritrovarci insieme a percorrere la stessa strada, si inviano i più cordiali saluti.

Ezio Giovannini