

## LO SCENARIO IN CUI OPERA IL CENTRO STUDI E' IN EVOLUZIONE?

In questi anni la realtà e la vitalità dell'associazione è in fase di notevole espansione.

E' quindi evidente che non solo vi è stato un mutamento di scenario ed un incremento vertiginoso di richieste e pressioni logistiche, organizzative e operative sul Centro Studi, ma che è giustificato attendersi un ulteriore incremento delle stesse.

Ciò costituisce un motivo di sicura soddisfazione per l'Associazione che vede crescere il suo "investimento" in questo ambito.

E' anche giusto però che l'associazione stessa si interroghi sulle modalità e regole più opportune di accesso e utilizzo del Centro Studi, al fine di garantirne un ulteriore fisiologico e solido sviluppo.

Questa fase di crescita vertiginosa ha messo infatti in luce alcuni pericoli potenziali su cui è necessario meditare.

Uno è quello, temuto in passato, del sotto-utilizzo, che non si è verificato e che anzi sembra poter condizionare una controtendenza al sopra-utilizzo della struttura, nel timore della prima evenienza.

Un altro pericolo è quello dell'utilizzo improprio. L'associazione dovrebbe riconsiderare di volta in volta gli scopi e le finalità del Centro Studi, valutando la congruità dei progetti con

gli scopi stessi, il ritmo e le priorità di accesso e realizzazione.

Emerge quindi, in qualche modo, l'esigenza di definire una programmazione e una struttura organizzativa più matura e responsiva alle cresciute esigenze conquistate sul campo della affidabilità dei risultati e con l'impegno dei suoi operatori.

E' verosimile che anche l'accesso al Centro Studi per i progetti di ricerca debba di volta in volta essere valutato attraverso una regolamentazione che preveda, ad esempio, la produzione da parte dei committenti di protocolli completi e richieste circostanziate e definite (tipo i Grant del NIH americana) che rendano espliciti carichi di lavoro, costi, tempi e risultati attesi.

Questi elaborati dovrebbero ovviamente ricevere un punteggio di priorità, in modo da evitare al Centro Studi il pericolo di "asfissia" da eccesso di progetti.

Emerge infine la domanda, che andrà dibattuta e risolta, se queste necessità fisiologiche di crescita e organizzazione non richiedano in qualche modo una struttura organizzativa per alcuni aspetti autonoma e responsabile o invece un rafforzamento operativo, ma alla totale dipendenza dei direttivi dell'associazione, con implicanze positive, ma anche negative, per ognuna di tali soluzioni.

## Stato di avanzamento del Sottoprogetto Gissi-3 Ecocardiografia bidimensionale

Il Sottoprogetto GISSI-3 Ecocardiografia Bidimensionale sta procedendo con regolarità e partecipazione. L'arruolamento nel sottoprogetto si è concluso il 15 luglio 1993 in concomitanza con la fine della randomizzazione al GISSI-3 generale. Sono pervenuti al Centro Studi ANMCO 1067 casi di cui 925 effettivamente arruolati nel sottoprogetto.

Lo stato di avanzamento è il seguente:

*Follow-up a 6 settimane:*  
attesi 905 casi  
arrivati 905 casi di cui 854

con ECO eseguito  
*Follow-up a 6 mesi:*  
attesi 898 casi  
arrivati 898 casi di cui 803 con ECO eseguito  
*Follow-up a 15-18 mesi:*  
attesi 882 casi  
arrivati 446 casi di cui 395 con ECO eseguito  
*Schede coronarografiche arrivate:* 207

Tali dati confermano la collaborazione e la partecipazione di tutti i Ricercatori e del Centro Studi, anche se è necessario che l'impegno continui fino al compimento dell'"impresa", soprattutto per quanto riguarda i follow-up.

L'Associazione per la Ricerca in Cardiologia (A.R.C.) di Pordenone mette a disposizione una borsa di studio di durata semestrale, rinnovabile, per aggiornamento avanzato e ricerca in Ecocardiografia Clinica.

La borsa di studio è riservata a specialisti o specializzandi in cardiologia o comunque a laureati in medicina con adeguato curriculum cardiologico e buona conoscenza dell'ecocardiografia.

La selezione avverrà sulla base dei titoli ad insindacabile giudizio della Commissione giudicante.

Per gli interessati si prega di contattare il Dott. Domenico Zanuttini primario di Cardiologia Ospedale Civile di Pordenone, o il Dott. Gianluigi Nicolosi:

- tel. 0434-399462 - fax 0434-550115

Sono stati prodotti 4 abstract per il prossimo Congresso Nazionale ANMCO che verranno presentati durante le sessioni poster.

E' stato consegnato nel gennaio scorso ai lettori centrali il software realizzato dalla Freeland per l'analisi degli eco del sottoprogetto, software che consente il trasferimento di sequenze di immagini dalle videocassette ai dischi ottici. Tale software consentirà la preparazione di una banca di immagini su supporto ottico conservata presso il Centro Studi e a futura disposizione dei ricercatori.

Il software prodotto (GISSI Software) è il frutto della collaborazione, che prosegue da un anno e mezzo, fra il Centro Studi, il comitato di coordinamento del sottoprogetto, la Tomtec tedesca e la Freeland americana.

A gennaio è iniziato il trasferimento delle immagini, dei cicli cardiaci selezionati, dalle videocassette al supporto ottico. Tale procedura richiede tempi molto lunghi (circa 4 ore per caso).

Siamo in una fase ancora molto critica per la completezza

della raccolta dei dati. E' infatti indispensabile che giungano puntualmente i follow-up in quanto la ricchezza informativa del sottoprogetto sta da una parte nella sofisticazione del disegno, ma dall'altra lo stesso disegno trova supporto e fondamento principalmente nella completezza dei dati.

G.L. Nicolosi



N. 93 - Giugno 1994

Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Redazione:  
Paolo Salvadé  
Segreteria di Redazione:  
Monica Lorimer  
tel. 055-588972

Segreteria Nazionale:  
ANMCO  
Via La Marmora, 36  
50121 Firenze  
tel. 055-571798  
fax 055-579334

Direttore Responsabile:  
Pier Filippo Fazzini  
Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/1/74

E.C.O. srl  
Edizioni Cardiologiche Ospedaliere

Fotolito e Impianti:  
Saleservice  
Via Voltorno - Firenze

Stampa:  
Nuova Cesat  
Via B. Buozzi 21-23 Firenze

# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

N. 94 Settembre 1994

Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

## Lettera del Presidente

Cari Amici, i rinnovati Consigli Nazionale e Direttivo dell'ANMCO hanno iniziato a lavorare. Il primo atto è stato la stesura e la discussione di un programma, che vedete pubblicato. Si è tentato di cogliere il pensiero di tutti e in particolare le istanze e i suggerimenti emersi dall'Assemblea, sul ruolo che deve rivestire e le iniziative che deve intraprendere una grande Associazione di specialità medica come l'ANMCO, in un mondo sanitario in fase di rapida ristrutturazione.

L'obiettivo centrale è di proporsi alle autorità sanitarie nazionali e, soprattutto, regionali come interlocutore tecnico efficace, dotato di competenza e di informazioni originali, indispensabili per una pianificazione realistica della Sanità. Per svolgere questo ruolo occorre disporre di informazioni di natura scientifica e organizzativa, che dobbiamo raccogliere e strutturare in modo fruibile dalla comunità scientifica e dalla sanità pubblica. In questa prospettiva l'anima scientifica

e l'anima organizzativo-sindacale dell'ANMCO devono trovare la loro sintesi. Alcuni punti specifici sui quali lavorare sono ricordati nel programma. Per discuterne è stato chiesto un incontro col Ministro della Sanità. Sono iniziate riunioni di gruppi di Delegati Regionali, coordinate da Ezio Giovannini, per diffondere le informazioni più importanti riguardanti la nuova normativa sanitaria e le esperienze condotte in alcune Regioni in tema di organizzazione sanitaria. Il fine è di produrre delle proposte di articolazione funzionale dell'area sanitaria cardiovascolare da presentare e discutere con gli Assessorati Regionali.

Si sono avviati contatti con i Gruppi di Studio e altre Società mediche per coordinare meglio la nostra azione insieme. L'idea centrale è che i Gruppi di Studio, in quanto aree di libera aggregazione di cardiologi interessati o operanti in specifiche aree cardiovascolari,

continua a pagina 2

## Consiglio Direttivo 1994-96

In occasione del XXV° Congresso ANMCO si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e sono stati eletti:

**Presidente:** Prof. Luigi Tavazzi (Montescano, PV)  
**Vice Presidente Culturale:** Dott. Franco Valagussa (Monza)  
**Vice Presidente Sindacale:** Dott. Ezio Giovannini (Roma)  
**Segretario:** Dott. Marino Scherillo (Napoli)  
**Tesoriere:** Dott. Giuseppe Gullace (Bosisio Parini, LC)

**Consiglieri:** Dott. Vincenzo Cirrincione (Palermo), Dott. Patrizia Maras (Trieste), Dott. Leonardo Odoguardi (Lucca), Dott. Nelly Paparella (Cento, FE), Dott. Sergio Pede (San Pietro Vernotico, BR), Dott. Giuseppe Pinelli (Bologna), Dott. Giuseppe Vergara (Trento).

## Non solo notiziario..... di G. Vergara

Riceviamo dal Direttivo precedente un Bollettino in piena salute, puntuale e piacevole notiziario di una grande Associazione quale è l'ANMCO.

Faremo ogni sforzo per mantenere lo standard raggiunto. Obiettivo fondamentale di Cardiologia negli Ospedali resterà sempre quello di rendere più vicini Associazione e Associati.

Informaremo sempre puntualmente sulla vita dell'Associazione e sulle sue iniziative: già in questo numero troverete il programma del Direttivo per il prossimo biennio ed i resoconti delle riunioni degli organi "istituzionali" dell'Associazione: più esauriente quello del Consiglio Nazionale, il nostro Parlamento, più succinto quello del Direttivo, il Governo dell'Associazione. Un'Associazione come l'ANMCO che ha nella sua organizzazione regionale uno dei punti di forza, deve restare sempre attenta alla periferia: vorremmo pertanto che, in chiave col nome, il Bollettino possa informare il lettore sulla "Cardiologia

continua a pagina 10

Amici  
dell'  
ANMCO

BAYER ITALIA  
BOEHRINGER INGELHEIM  
BRISTOL-MYERS SQUIBB

GLAXO  
KNOLL FARMACEUTICI  
MERCK SHARP & DOHME

PFIZER ITALIANA  
SCHERING-PLOUGH  
ZAMBON ITALIA

DALLA SEDE CENTRALE

# ANMCO Programma per il biennio 1994-96

## Premessa

Innanzitutto va riconosciuto il grande lavoro riorganizzativo della sede e della struttura operativa dell'ANMCO fatto dal Direttivo precedente. Quello che potremo fare nei due anni a venire si dovrà in larga parte anche a questo.

Benché la stesura formale di un programma da parte degli organi responsabili dell'ANMCO non sia usuale, crediamo sia un punto di riferimento importante sia per gli

Associati che per gli organi di governo dell'Associazione. In particolare, nel movimento in corso verso la regionalizzazione della Sanità, il programma deve essere condiviso e fatto proprio attraverso una libera discussione da parte di ogni Consigliere Regionale.

Il documento di programma è stato discusso dal Consiglio Direttivo il 25 giugno 1994 e dal Consiglio Nazionale il 9 luglio. Viene ora portato a conoscenza di tutti gli Associati.

## 1. Struttura Organizzativa

### 1.1 Ruolo degli organi istituzionali

Lo Statuto assegna al Consiglio Nazionale funzioni deliberanti e al Direttivo funzioni esecutive e organizzative. Nella pratica, chi appare rispondere dell'attività associativa è il Direttivo. I Delegati Regionali riportano discrezionalmente quanto è avvenuto in Consiglio Nazionale e qui cessa il processo conoscitivo degli Associati sull'attività del loro "Parlamento". Nello spirito di una progressiva regionalizzazione e quindi responsabilizzazione dei Delegati Regionali, il loro ruolo dovrebbe essere più impegnato e più visibile. Gli Associati di ogni Regione devono sapere di cosa si è discusso, che posizione ha preso il loro Delegato sulle iniziative più rilevanti e se ha svolto un ruolo propositivo. Le decisioni più importanti potrebbero essere prese a votazione. I resoconti delle riunioni del Consiglio Nazionale e delle riunioni del Consiglio Direttivo saranno pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali".

### 1.2 Regionalizzazione

La Sanità si regionalizza. La conferenza Stato-Regioni (1) per il triennio 94-96 indica con chiarezza i ruoli rispettivi di Stato e Regioni. A queste è

interamente demandata l'organizzazione della Sanità, la distribuzione delle risorse, la definizione delle tariffe delle prestazioni. A questo processo si deve accompagnare una regionalizzazione dell'ANMCO. Interlocutori delle autorità sanitarie regionali potranno essere solo o prevalentemente i cardiologi delle rispettive Regioni. Occorrono quindi delle strutture locali forti. Saranno necessari:

- supporto segretariale;
- costante aggiornamento sulle normative vigenti;
- consulenza legale, specialmente per l'interpretazione della normativa sanitaria;
- informazioni sulla struttura cardiologica regionale e sui bisogni sanitari;
- informazioni su quanto sta avvenendo in altre regioni;
- orientamenti generali dell'Associazione.

Parte di queste funzioni dovranno essere svolte in sede centrale e fornite ai Delegati Regionali. In particolare l'aggiornamento interpretativo della normativa sanitaria. Le principali disposizioni legislative regionali dovrebbero essere trasmesse in sede centrale e, se pertinenti, diffuse alle altre Regioni (ovviamente ogni Delegato Regionale deve seguire la legiferazione locale attraverso la Gazzetta Regionale). Potrebbe essere edito un *notiziario* ad hoc che potrebbe far parte di Cardiologia negli Ospedali. Se acquistasse una consistenza adeguata potrebbe essere messo a disposizione di altre Associazioni mediche

## Lettera... continua dalla prima pagina

siano fondamentali sorgenti di conoscenza e di diffusione della cultura medica.

Essi, insieme alle Associazioni Cardiologiche generali, dovrebbero essere i proponenti degli standard di riferimento per tecniche e procedure utilizzate nella propria area di interesse. Compito delle Associazioni Cardiologiche generali, come l'ANMCO, è l'integrazione e la sintesi dei

prodotti di conoscenza generati al proprio interno e dai Gruppi di Studio, la loro articolazione in percorsi diagnostico-terapeutici da raccomandare alla comunità medica, la verifica della qualità della prassi medica e l'approfondimento di ipotesi di ulteriore sviluppo di conoscenza da esplorare in collaborazione ideativa e operativa con i Gruppi di Studio. Il proporsi

alle autorità Sanitarie come interlocutori tecnici in fase progettuale e attuativa delle iniziative sanitarie richiede una visibile omogeneità e rappresentatività. Per ottenerle è necessaria una continuità di scambi di opinioni e uno sforzo per il raggiungimento del consenso e della collaborazione con altre Società o Associazioni Cardiologiche Nazionali. In particolare con la Socie-

tà Italiana di Cardiologia. Ci auguriamo di trovare (e di offrire) sufficiente sensibilità, flessibilità e determinazione per costituire un polo cardiovascolare competente e efficace a livello nazionale ed europeo.

Le prospettive di lavoro scientifico e l'attività del Centro Studi sono il nucleo vitale dell'ANMCO. Porremo grande attenzione al loro aggiorn-

(l'ovvio ritorno sarebbe una posizione di riferimento dell'ANMCO anche nei loro confronti).

### 1.3 Osservatorio epidemiologico dei bisogni e dei servizi sanitari

L'ANMCO deve costituire sia per gli Associati che per le autorità sanitarie la fonte di informazione dei bisogni sanitari nell'area cardiovascolare (epidemiologia in senso stretto) e della risposta corrente ai bisogni del sistema sanitario (epidemiologia in senso lato, cioè epidemiologia dei servizi sanitari) attraverso l'analisi della "produzione" sanitaria. Il censimento delle strutture e delle procedure cardiologiche fatto recentemente dall'ANMCO è un esempio importante di questa attività. Su versanti diversi lo studio epidemiologico sullo scompenso cardiaco, programmato per l'autunno, il software d'archivio sull'ipertensione e sullo scompenso sono altri esempi.

Una ulteriore iniziativa che potrebbe essere avviata a breve è una indagine epidemiologica sull'"uso delle Unità Coronariche". Le domande sono: quali ammalati vengono ricoverati (e quindi quali bisogni sanitari vengono soddisfatti) oggi nelle Unità Coronariche e nelle Aree Subintensive? Quante risorse vengono usate per i vari bisogni?

Un aspetto importante è la continuità di aggiornamento sugli aspetti "sorvegliati", i dati devono essere rilevati in modo sistematico nel tempo.

### 1.4 Strutturazione in aree

Una continuità di raccolta informativa come quella delineata sopra richiede:

- una diffusione territoriale capillare;
- continuità di attenzione e di operatività sui problemi focalizzati;
- canali efficaci di trasmissione delle informazioni da e verso le strutture sanitarie.

Una soluzione organizzativa in sperimentazione (con l'Area Scompenso) è l'articolazione dell'ANMCO in Aree

Cliniche (2). La logica delle Aree è la dimensione epidemiologica dei problemi (ipertensione, scompenso, cardiopatia ischemica comprendono almeno il 90% della attività cardiologica corrente) e la loro caratterizzazione clinica, cioè il fatto di contenere i percorsi diagnostici e terapeutici che gli ammalati transitano. Questa è la differenza fondamentale con i Gruppi di Studio, che si occupano per lo più di procedure tecniche o di aree specifiche e limitate. Questo assetto organizzativo andrebbe discusso a fondo perché oltre ad avere implicazioni strutturali per l'ANMCO riguarda da vicino i rapporti con i Gruppi di Studio.

## 2. Ruolo di riferimento e di accreditamento (concorsi ospedalieri)

Deve essere riconosciuto all'ANMCO un ruolo di riferimento e di accreditamento nella comunità cardiologica. Vanno impostate una serie di iniziative:

2.1 *Accreditamento* di strutture cardiologiche (ospedaliere o no, pubbliche e private) in rapporto alle loro funzioni. Dovrà essere impostato, per le funzioni competenti, con i Gruppi di Studio.

2.2 Analisi del difficile problema dei *controlli di qualità*.

2.3 Analisi degli attuali DRG (3) e eventuale proposta di DRG più attuali e pertinenti.

2.4 Proposizione di *guidelines*.

2.5 Indagini di *appropriatezza* sull'uso di procedure diagnostiche e terapeutiche.

2.6 Definizione dei criteri di *competenza clinica* in base ai quali definire qualitativamente e quantitativamente la professionalità di un cardiologo (registri delle varie attività).

2.7 Per quanto riguarda i *concorsi ospedalieri*, un modo di porsi, utile alla comunità e non opinabile sotto il profilo della correttezza, è di individuare regole concorsuali basate sulla professionalità (anziché sulla "famiglia di appartenenza", come l'Università) e adoperarsi perché vengano accettate. La "competenza clinica" (e non solo una generica

diagnostica negli Ospedali, in parte già avviati. Vi invito a leggerlo con attenzione. Suggerimenti o critiche saranno molto graditi.

potranno così seguire passo per passo il lavoro degli organi che hanno eletto. Non è solo un atto di trasparenza, ma un invito alla collaborazione. Gli Associati potranno così inserirsi nella dialettica decisionale degli organi di governo dell'ANMCO con pareri o suggerimenti che sollecitiamo.

Un cordiale saluto.

Luigi Tavazzi

diagnostica negli Ospedali, in parte già avviati. Vi invito a leggerlo con attenzione. Suggerimenti o critiche saranno molto graditi.

potranno così seguire passo per passo il lavoro degli organi che hanno eletto. Non è solo un atto di trasparenza, ma un invito alla collaborazione. Gli Associati potranno così inserirsi nella dialettica decisionale degli organi di governo dell'ANMCO con pareri o suggerimenti che sollecitiamo.

Un cordiale saluto.

Luigi Tavazzi

anzianità) dovrebbe essere uno dei criteri fondamentali per l'attribuzione dei ruoli apicali.

Su questi punti è importante trovare consenso e sinergia con le altre Associazioni Cardiologiche generali.

### 3. Formazione e informazione, insegnamento

3.1 Si continueranno le riunioni al *Learning Center*. Dovrebbero essere individuate e sperimentate nuove forme di didattica e di diffusione dell'esperienza clinica.

3.2 Verrà organizzata la distribuzione attraverso gli Ordini dei Medici e altri canali del materiale riguardante il "ritardo evitabile" del soccorso nell'infarto acuto. Si verificherà la possibilità di riunioni regionali nelle quali discutere i dati locali riguardanti gli aspetti decisionali e organizzativi del ritardo del soccorso.

3.3 Verranno individuate e sperimentate formule di diffusione della cultura cardiologica tra gli operatori della medicina di base, oltre che per migliorare la qualità dell'attività medica per ridurre la richiesta di esami superflui.

3.4 Andrà affrontato il problema della *metodologia del ragionamento e della decisione clinica*. Un'occasione sarà il "sottoprogetto prognosi" del GISSI Prevenzione che ha come obiettivo prevalente l'osservazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti postinfartuati e delle motivazioni che li determinano con una verifica in follow-up dell'aderenza tra fatti e attese. È stata segnalata l'opportunità di articolare l'informazione permanente con un coinvolgimento diretto e sistematico delle Regioni.

3.5 È necessario attivarsi in campagne promozionali per la *donazione* degli organi. Questo può essere una importante occasione di collegamento con altre Associazioni Mediche e con il mondo dell'informazione.

3.6 Un punto chiave per la qualificazione degli Ospedali, ma soprattutto dei medici, è l'utilizzo degli Ospedali (qualificati) come *strutture d'insegnamento*, in particolare per le Scuole di Specialità.

### 4. Ricerca-Centro Studi

4.1 La *collaborazione con il Mario Negri* continua efficacemente e va mantenuta. L'arruolamento nel GISSI Prevenzione sta procedendo secondo le attese. Il termine dell'arruolamento dovrebbe avvenire come previsto entro l'estate 1995.

4.2 L'attività di ricerca dell'ANMCO verte inoltre sul *Centro Studi*. È forse necessaria una più precisa identificazione dei suoi compiti: se e quanto deve contribuire all'attività segretariale, se deve produrre software, qual è il grado di autonomia che gli si chiede nella gestione dei dati (quindi, ad esempio, qual è il grado di autonomia nell'elaborazione statistica che si richiede agli addetti), e, più in generale, qual è il suo ruolo: strumento operativo di aggregazioni temporanee di ricercatori attorno a uno

studio (questa è stata la caratterizzazione originaria) o distributore (e quindi contenitore) di cultura? La configurazione più opportuna sembra essere quella di una struttura agile, attiva nella:

- 1) registrazione descrittiva di strutture e procedure cardiovascolari nel Paese;
- 2) sorveglianza epidemiologica;
- 3) esecuzione (non proposta) di studi regionali e nazionali.

È importante realizzare che la distribuzione di software non produce di per sé una rete informatica operativa. Occorre un tessuto organizzativo mantenuto costantemente sotto controllo e vivo. Occorre ad esempio una disponibilità costante da parte del Centro Studi alle richieste di assistenza nella gestione degli strumenti informatici da parte di persone inesperte, utenti occasionali ecc..

4.3 Un'altra iniziativa avviata di recente e che dovrà essere continuata è la formazione di *gruppi che scrivono lavori* insieme utilizzando dati GISSI, avendo a disposizione sul *Giornale Italiano di Cardiologia* uno spazio dedicato. Vuole essere in pratica una scuola di analisi dei dati e di scrittura di lavori scientifici da parte di persone non interamente esperte.

### 5. Rapporti esterni

5.1 Attualmente il rapporto più spinoso sembra essere con i *Gruppi di Studio*. Esistono prossime occasioni di confronto: le prime saranno la produzione di linee guida e il problema dell'accreditamento.

Il rapporto con i Gruppi ha *anche* implicazioni importanti di ordine generale: è probabile che le discipline d'organo o di apparato, le cosiddette specialità, entrino in crisi, in parallelo con il progressivo sviluppo delle sotto specialità. È probabile inoltre che il sistema di pagamento a prestazioni accentui la tendenza centrifuga, in particolare delle sottospecialità remunerative. L'esito finale potrebbe essere una disgregazione dell'Area Cardiologica. Ne potrebbero seguire ulteriori riaggregazioni di parti ex cardiologiche in dipartimenti o in aree funzionali diverse (l'angioplastica non si fa solo sulle coronarie, l'imaging non si fa solo sul cuore, la prevenzione non è solo cardiovascolare ecc...). Questo è una possibilità molto concreta, fortemente accentuabile dall'indebolimento o della rottura dei legami che tengono oggi unite le varie parti della cardiologia.

D'altra parte i Gruppi di Studio sono delle preziose aree di collaborazione tra cardiologi di diversa estrazione o appartenenza e hanno un insostituibile ruolo di stimolo culturale e di aggiornamento clinico. La collaborazione con loro è necessaria.

I punti di raccordo potrebbero essere i seguenti:

- a) i Gruppi di Studio, oltre a produrre conoscenza, definiscono in accordo con le Associazioni Cardiologiche generali, gli standard relativi a attrezzature, laboratori e procedure pertinenti. L'ANMCO, con altre Associazioni Cardiologiche

generali, in accordo con i Gruppi di Studio, rappresenta l'area opportuna per l'integrazione e la sintesi dei prodotti di conoscenza generati al proprio interno e dai Gruppi di Studio, per la loro articolazione in percorsi diagnostico-terapeutici da raccomandare alla comunità medica, per la verifica della qualità della prassi medica e per l'approfondimento di ipotesi di ulteriore sviluppo di conoscenza da esplorare in collaborazione ideativa e operativa con i Gruppi di Studio.

In pratica, delle attività diagnostico-terapeutiche i tecnici dovrebbero definire gli aspetti tecnici e i clinici la loro articolazione in percorsi sanitari;

- b) i Gruppi possono giovare dei servizi e delle informazioni che l'ANMCO possiede o possiederà;
- c) individuazione di spazi durante (o a latere) del nostro Congresso per sessioni gestite da o co-gestite con Gruppi di Studio;
- d) spazio per i Gruppi di Studio sul GIC.

5.2 Anche i rapporti con la *SIC*, pur nel rispetto della identità e della specificità di rappresentanza di ciascuna delle Associazioni, dovranno essere rinsaldati. I prossimi passi potrebbero essere:

- a) concordare alcuni degli atti che ci ripromettiamo di fare riguardanti le guidelines cliniche e le interazioni con le autorità sanitarie;
- b) favorire la formazione di Commissioni regionali SIC-ANMCO che costituiscano il referente tecnico delle autorità sanitarie regionali (come in Toscana);
- c) concordare le posizioni che il Delegato italiano dovrà tenere nel Board della ESC
- d) Ricambiare il Simposio congiunto SIC-ANMCO che attualmente si tiene durante il Congresso SIC.

5.3 Per quanto riguarda l'*ANCE*, sembra si stia configurando una posizione che conterebbe una ipotesi di strutturazione nel territorio di attività cardiologica, clinica e strumentale. Queste funzioni o strutture operative dovrebbero essere accreditate e collegate con gli Ospedali mediante scambi di medici, oltre che attraverso flussi di pazienti, allo scopo di mantenere e promuovere l'omogeneità culturale. È in preparazione un documento, che dovrebbe essere discusso nel Congresso Nazionale ANCE che si terrà in ottobre. Si tratta ovviamente di un problema importante. Ogni proposta verrà esaminata con molta attenzione.

5.4 Per quanto riguarda le *altre specialità mediche*, è già iniziato un rapporto formale con l'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri). Durante il loro Congresso, nel 1995, si terrà un Simposio congiunto AIPO-ANMCO. Due punti su cui convergere subito a livello centrale potrebbero essere gli Ospedali di insegnamento e le campagne per la donazione di organi.

Speciale attenzione merita il rapporto, oggi non stretto, con le Società di Cardiocirurgia e di Cardiologia Pediatrica. Occorre trovare obiettivi o interessi comuni. In particolare, per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica, esiste il delicato problema dei riferimenti territoriali delle Divisioni Cardiologiche e delle liste di attesa.

Un'area con la quale nei fatti esistono interazioni continue è l'internistica. C'è da una parte lo spinoso problema dei "letti monitorizzati" e esistono, d'altra parte,

ruoli complementari come nello scompenso, nell'ipertensione ecc. Una ipotesi discussa nell'ambito dell'Area Scompenso è l'attivazione, in alcuni Ospedali, di iniziative culturali sperimentali fondate sulla discussione di casi clinici di pazienti con scompenso cardiaco insieme a colleghi di altre aree in qualche modo pertinenti al problema.

5.6 Particolare attenzione meritano i rapporti con il GIEC e l'Associazione Italiana di Cardiologia Preventiva e Sociale. Le aree di cui si occupano: emergenza e prevenzione, sono fondamentali nella medicina cardiovascolare e quindi obiettivi centrali per l'ANMCO.

### 6. Congresso

L'organizzazione andrà in parte ripensata in base alle osservazioni esposte sopra. È un tema importante che focalizzeremo separatamente.

### 7. Statuto

Va ricostruito. L'ipotesi è già stata considerata da vari Direttivi. Verrà resa operativa.

### 8. "Cardiologia negli Ospedali" e rapporti col mondo dell'informazione

Il Bollettino è stato rinnovato e ampliato dal Direttivo precedente. È il canale di trasmissione informativa con gli Associati, quindi è di importanza primaria. Andrà fatto un ulteriore sforzo per renderlo efficace e... perché venga letto. Dovrà contenere le informazioni "normative" nazionali e regionali e dovrà essere la voce delle Regioni oltre che dell'ANMCO nazionale.

Per quanto riguarda il mondo dell'informazione, l'ANMCO ha già preso in passato iniziative. Il rapporto costi/efficacia non è sempre stato favorevole. È necessario trovare nuove formule. Il punto centrale comunque non è organizzativo ma di contenuto. Cosa produciamo che sia di interesse per i media? Se produrremo iniziative e informazioni rilevanti i media ci seguiranno.

#### Referenze

1. *Atto di Intesa tra Stato e Regioni per il triennio 1994-96 Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n° 8 del 12.1.1994*
2. *Tavazzi L. Strutturazione dell'ANMCO in "Aree". Fase pilota. Cardiologia negli Ospedali 1993 n° 88*
3. *Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera. Gazzetta Ufficiale n° 107 del 10.5.1994.*