

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

N. 118 - settembre 2000 - Notiziario dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

L'ANMCO OLTRE IL 2000 Linee Programmatiche del Consiglio Direttivo 2000-2002

di Gian Luigi Nicolosi



"Imagination is more important than knowledge"

Albert Einstein
(Science and Religion,
Wisdom and Ignorance)

I Cardiologi: una "specie" in evoluzione!

Le conoscenze in ambito cardiologico stanno crescendo in maniera esponenziale in settori cardiologici sempre più diversificati.

Ciò tende a rafforzare sempre più le subspecializzazioni, anche spinte, per rispondere adeguatamente e in maniera sempre più sofisticata e personalizzata a problemi clinici sempre più complessi. Il pericolo di tale tipo di progresso è quello della frammentazione delle competenze e la spinta all'individualismo o personale o di settore di interesse.

Quello che è più grave è che si rischia di inseguire la centralità della "prestazione" invece che la centralità del "paziente" e la continuità assistenziale.

Le Cardiologie: una organizzazione in evoluzione!

L'organizzazione dipartimentale e i limiti di bilancio delle Aziende portano inesorabilmente ad una ridu-

zione del numero dei primari di Cardiologia, con il rischio di una diluizione della specificità cardiologica nel contesto di dipartimenti a varia caratterizzazione (medici, di emergenza-urgenza, ecc.).

Tale pericolo è ancora più evidente per le Cardiologie a minore complessità e senza letti di degenza intensiva o non intensiva che si collocano all'interno di ospedali di rete o comunque di non grandi dimensioni.

In questa direzione una soluzione può derivare dal Dipartimento cardiologico intra o interaziendale, la cui costituzione a livello nazionale non appare però ancora né agevole né avviata in maniera sistematica, se non nelle strutture più complesse e negli ospedali di maggiori dimensioni, che sono comunque una minoranza (e in qualche modo ne avrebbero meno "bisogno"). Il pericolo maggiore di perdita di identità cardiologica è molto più grave invece proprio

In questo numero:

p. 8 - Il Cardiologo dell'Emergenza

p. 11 - Sindromi Coronariche Acute: FORUM QUESTIONS & ANSWERS

p. 18 - Il MAVI all'American Heart Association

p. 20 - BRING-UP 2: rationale dello studio

p. 21 - Dalle Regioni

continua a pagina 2

**Amici
dell'
ANMCO**

ASTRAZENECA
BAYER ITALIA
BOEHRINGER INGELHEIM
BRISTOL-MYERS SQUIBB
KNOLL FARMACEUTICI

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

SCHERING-PLOUGH
SERVIER ITALIA
SMITHKLINE BEECHAM

segue dalla prima pagina: **L'ANMCO OLTRE IL 2000**

nella maggioranza delle istituzioni cardiologiche (circa il 67%) senza letti di degenza, che trovano tuttora difficoltà alla connessione con le Cardiologie di riferimento. Tali difficoltà rischiano poi di innescare quel pericoloso circolo vizioso che passa attraverso una progressiva inerzia aggregativa con conseguente isolamento e perdita di specificità cardiologica.

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

La normativa: evoluzione verso la regionalizzazione!

Una delle più gravi difficoltà progettuali attuali, in ambito cardiologico, deriva dalla astrattezza e genericità delle soluzioni "a carattere nazionale", che rende spesso le stesse inapplicabili in sede locale.

Le esigenze normative non stanno infatti notevolmente diversificandosi a livello regionale, con strategie spesso diversissime, obiettivi non univoci, metodologie di approccio spesso talmente differenziate da risultare incompatibili, priorità incentrate talora sul pubblico, talora sulla "libera" competizione, talora sull'Azienda ospedaliera, talora su quella territoriale.

I piani e i progetti obiettivi sono talora diversificati fino a livello delle singole province, e non solo fra regioni, e spesso necessitano di processi di negoziazione lunghi e complessi che possono portare a risultati sorprendenti e inattesi, non sempre desiderati.

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

QUALE NUOVO OBIETTIVO PER L'ANMCO OLTRE IL 2000?

Recupero della centralità del paziente cardiologico e della sua continuità assistenziale fra ospedale e territorio attraverso progettualità realizzative calate nelle realtà locali, secondo la strategia della regionalizzazione.

QUALI LE STRATEGIE REALIZZATIVE?

- Progettualità strategica e coordinamento a livello nazionale (Direttivo ANMCO).
- Sviluppo e incentivazione della comunicazione attraverso tutte le modalità possibili.
- Stimolo e coordinamento di progettualità applicative a livello regionale (Consigli ANMCO Regionali) o per aggregazioni di macroregioni contigue.

Scarica le Linee Programmatiche dal Sito ANMCO: www.anmco.it

- Attenzione alle esigenze progettuali provinciali e locali sulla base di obiettivi concreti, aggreganti, praticabili e condivisi.
- Analisi, supporto e rilancio di progetti locali già avviati, disegnati dai residenti per i residenti.
- Coinvolgimento di tutti gli attori della Sanità operanti sul campo (dai Medici di Medicina Generale, ai Distretti, ai Cardiologi Extraospedalieri, agli Internisti, ecc.).
- Facilitazione dei collegamenti e della organizzazione e coordinamento tra cardiologie a diverse complessità che incidono sullo stesso bacino di utenza (passaggio da organizzazioni prevalentemente di tipo autoreferenziale a organizzazioni referenziali distribuite).
- Coordinamento nell'approvvigionamento delle risorse e nel concordare i percorsi assistenziali preferenziali secondo linee guida e protocolli condivisi e partecipati.

QUALI I PROGETTI OBIETTIVI SUL CAMPO?

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

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

QUALE METODOLOGIA?

- Formazione di Gruppi di lavoro regionali (o anche per macroregioni fra regioni contigue) comprendenti le delegazioni regionali o loro rappresentanti. Per migliorare la comunicazione ciascuno dei componenti del Consiglio Direttivo ANMCO agisce da referente per le attività delle differenti regioni all'interno del Direttivo stesso.

- Alle delegazioni regionali vengono richieste:
 - a) un'analisi delle problematiche locali e una ricognizione delle progettualità avviate o che si intendono avviare;
 - b) un'eventuale riconversione e rilancio delle stesse progettualità secondo le linee strategiche indicate nel documento, se condivise, definendone le priorità in relazione anche al grado di fattibilità concreta dei progetti e tenendo conto anche delle esigenze delle unità operative minori o decentrate;
 - c) una comunicazione delle progettualità applicative che si intendono perseguire con obiettivi, tempistica, modalità realizzative, in modo da facilitarne la diffusione e il confronto all'interno dell'organizzazione ANMCO;
 - d) la preparazione di eventuali presentazioni in occasioni scientifiche specifiche e dedicate, oltre che ai Congressi ANMCO 2001 e 2002 (ad esempio Simposi delle Regioni, ecc.).

LE "COSTELLAZIONI" DA RIPENSARE...

L'ANMCO e la ricerca

In questo contesto è essenziale ridefinire quali possano essere gli obiettivi di ricerca dell'Associazione, delineandone la valenza in termini di priorità, anche da un punto di vista strategico prospettico.

Vanno inoltre attentamente perseguiti un nuovo ulteriore rilancio e una accurata riconsiderazione del ruolo essenziale del Centro Studi ANMCO in questo contesto.

L'ANMCO e la formazione

È essenziale procedere a progetti di formazione medica e infermieristica in una visione coordinata con la Federazione Italiana di Cardiologia, con i Gruppi di Studio, le altre Società Scientifiche, le Aree di aggregazione Scientifica, ecc. Ciò potrebbe porre le basi per condividere percorsi di certificazione di livelli di competenza e accreditamento degli specialisti.

In questo contesto vanno riconsiderati il ruolo e le modalità organizzative del Learning Center e delle attività extramurali oltre che la possibilità di produzione di materiali didattici, di autovalutazione, ecc., che possano utilizzare tutte le attuali potenzialità multimediali.

L'ANMCO e i cittadini

È essenziale che l'ANMCO venga riconosciuta come garante della "promozione della salute" (secondo il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000) in ambito cardiologico. Iniziative in tal senso vanno accuratamente disegnate e ripensate, in sinergia con gli obiettivi e le finalità della Heart Care Foundation.

L'ANMCO e le Istituzioni

È essenziale sostenere e stimolare il ruolo rappresentativo dell'ANMCO presso le Istituzioni Centrali Nazionali attraverso la Federazione Italiana di Cardiologia.

Va complementariamente potenziato il ruolo dialettico e rappresentativo dell'ANMCO a livello Istituzionale delle Regioni sulle problematiche di competenza regionale.

La circolazione dell'informazione e delle esperienze anche in questo settore appare assolutamente strategica per il conseguimento di obiettivi a valenza possibilmente "esportabile" in differenti realtà regionali. Va riconsiderata l'opportunità, in questo contesto, di un recupero di valenze "sindacali" fra gli scopi dell'associazione.

L'ANMCO e la Federazione Italiana di Cardiologia

È importante che l'ANMCO sia determinata nelle scelte intraprese, pur nella consapevolezza della necessità di maturazione e condivisione di ogni ulteriore scelta strategica eventualmente proponibile.

La comunicazione capillare, puntuale e completa a tutti i Soci costituisce la base per il superamento di diffidenze e ostacoli tuttora presenti, che sarebbe errato minimizzare o lasciare irrisolti.

Le difficoltà vanno analizzate e chiaramente specificate ed espresse in modo da trovarne, se possibile, soluzioni soddisfacenti e perseguibili.

L'ANMCO e l'Italian Heart Journal

Questa importante iniziativa richiede il sostegno convinto di tutta la Cardiologia italiana.

I Soci ANMCO devono fare la loro parte inviando lavori scientifici, contributi di idee, partecipazione culturale, perché l'iniziativa cresca e risulti sempre più vincente.

L'ANMCO e il suo Congresso Nazionale

Il "meccanismo" della regionalizzazione delle attività dell'ANMCO dovrebbe consentire di ripensare, in direzione ulteriormente migliorativa, il disegno e gli scopi del Congresso.

Ciò potrebbe interessare sia la sua sede di svolgimento, non necessariamente sempre identificabile in Firenze, sia le sue modalità organizzative (quale il ruolo futuro potenziale della Segreteria ANMCO di Firenze e delle Delegazioni e Consigli Regionali?), sia il contenuto scientifico, in cui potrebbero avere ruoli definiti e diretti anche le "macroregioni" nella organizzazione, ad esempio, di "Simposi delle Regioni".

L'ANMCO e la comunicazione

È molto difficoltoso suscitare "partecipazione" senza adeguata informazione e comunicazione. L'ANMCO

vuole investire ancora di più nella comunicazione con i suoi Soci. "Cardiologia negli Ospedali" va probabilmente ripensata e ridisegnata come strumento più agile di comunicazione con i Soci, che deve raggiungere uno scopo fondamentale, attualmente spesso disatteso, farsi leggere!

Vanno potenziate anche le modalità di comunicazione alternative, inclusa Internet, e va probabilmente meglio utilizzata la telefonia a più voci (teleconferenze, ecc.). Anche la comunicazione fra i membri del Consiglio Direttivo e le Delegazioni Regionali deve poter diventare ancora più puntuale, tempestiva e completa.

La "comunicazione" e la "partecipazione" possono diventare strumenti di crescita per l'associazione, contribuendo a superare divisioni e contrapposizioni che certamente non aiutano l'ANMCO ad essere e a diventare sempre più, come le spetta, protagonista oltre il 2000 nella realtà che cambia.

MEMBRI CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO BIENNIO 2000-2002

PRESIDENTE:	Dott. GIAN LUIGI NICOLOSI S. O. S. Maria degli Angeli Via Montereale, 24 - 33170 PORDENONE
PRESIDENTE DESIGNATO:	Dott. ALESSANDRO BOCCANELLI Osp. San Giovanni Via Amba Aradam, 8 - 00184 ROMA
PAST-PRESIDENT:	Prof. NICOLA MININNI Osp. V. Monaldi Via L. Bianchi - 80131 NAPOLI
VICE-PRESIDENTE: Attività culturali	Dott. SALVATORE PIRELLI Istituti Ospitalieri Largo Priori, 1 - 26100 CREMONA
VICE-PRESIDENTE: Attività gestionali e sindacali	Dott. MARINO SCHERILLO Osp. Vincenzo Monaldi Via L. Bianchi - 80131 NAPOLI
SEGRETARIO: Generale	Dott. MARCELLO GALVANI Osp. G.B. Morgagni - L. Pierantoni P.le Solieri - 47100 FORLÌ
TESORIERE:	Dott. FRANCESCO MAZZUOLI Azienda Ospedaliera Careggi V.le Morgagni, 85 - 50139 FIRENZE
CONSIGLIERI:	Dott. GIACOMO CHIARANDÀ Osp. G. di Maria Contrada Chiusa Di Carlo - 96012 AVOLA (SR)
	Dott. CARLO D'AGOSTINO Osp. di Venere Via Osp. di Venere - 70012 BARI-CARBONARA
	Dott. GIUSEPPE D'ORAZIO Osp. Civile dello Spirito Santo Via R. Paolini - 65100 PESCARA
	Dott. ANTONIO MAFRICI Osp. Niguarda Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO
	Dott. MASSIMO ZONI BERISSO Osp. Galliera Via Alessandro Volta, 8 - 16128 GENOVA
	Dott. PIETRO ZONZIN Presidio Ospedaliero Viale Tre Martiri, 140 - 45100 ROVIGO

CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

XXXII DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

FIRENZE - FORTEZZA DA BASSO

20-23 Maggio 2001

SEGRETERIA
PROGRAMMA SCIENTIFICO:

ANMCO

Via A. La Marmora, 36

50121 Firenze

Tel. 055 571798

Fax 055 579334

e-mail: segreteria@anmco.it

ISCRIZIONI

ECO srl

Via A. La Marmora, 36

50121 Firenze, Italy

Tel. 055 580334

Fax 055 579334

e-mail: amministrazione@anmco.it

SEGRETERIA
ORGANIZZATIVA:

OIC

Viale G. Matteotti, 7

50121 Firenze

Tel. 055 50351

Fax 055 5001912 / 055 570227

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

<http://www.oic.it/cnc2001>

Deadline per l'invio: **15 gennaio 2001**

DAL CONGRESSO

di Gianfranco Mazzotta



Congresso ANMCO 2000: alcuni spunti di discussione

Com'è usuale, inizio queste brevi riflessioni con i "numeri" del recente Congresso ANMCO. Il Congresso ha visto realizzarsi 72 Simposi scientifici, di cui 8 satellite e 5 nursing; 5 luncheon panel; 6 minicorsi; una lettura magistrale; una lettura nursing; 453 fra comunicazioni, luncheon comunicazioni e poster.

Un breve commento: la mia impressione, forse soggetta ad un "bias" nel raccogliere personalmente le opinioni, è positiva: i Soci mi sono sembrati anche quest'anno globalmente soddisfatti del "pacchetto" scientifico proposto. C'è stata qualche imperfezione puntualmente e giustamente sottolineata da alcuni:

➔ nei Simposi satellite delle Aziende Farmaceutiche sul tema dell'ipertensione sono stati purtroppo ancora una volta invitati pochi degli esperti ANMCO. Questo problema si è verificato ancora nonostante i miei personali sforzi e gli sforzi del Consiglio Direttivo di convogliare le richieste verso nostri Soci particolarmente esperti. Certamente, il problema si è ridotto rispetto allo scorso anno, ma è ancora presente ed è da ricordare per le prossime edizioni;

ISCRITTI AL XXXI CONGRESSO ANMCO 2000

Medici	2236
Infermieri	421
Totale	2657

➔ il numero dei Simposi è stato, a detta di molti, eccessivo, tale per cui non si potevano seguire manifestazioni talora contemporanee a diverse altre; inoltre le aule non erano "affollate". Nonostante si tratti di una critica che tendenzialmente non condivido, è possibile che si debba forse ridurre il numero dei Simposi nelle prossime edizioni. Come ho già avuto modo di scrivere, non condivido questa critica soprattutto perché interpreto il Congresso come un servizio ai Soci, che possono ascoltare quando maggiormente desiderano, grazie ad un'ampia scelta.

I NUMERI

Sono stati coinvolti nel Congresso a diverso titolo oltre 400 colleghi tra Relatori e Moderatori diversi! Ognuno può dedurre da solo quale sia lo sforzo che si pone in atto nel momento di distribuire i diversi compiti, e l'appartenenza alla Fellowship scientifica in un determinato argomento è stato anche quest'anno il primo dei criteri adottati.

Quest'anno la scelta di riservare aule alle riunioni dei Gruppi di Studio e delle Aree, come pure di offrirle dietro canoni di affitto bassi alle Aziende che ne facessero richiesta ha ottenuto lo scopo di trattenere entro le mura congressuali un numero maggiore di Soci. Si è registrato il record di iscritti di tutti i tempi: 2657 e questo va comunque considerato un grande successo.

Sono stati ricevuti 649 abstract, di cui 415 che hanno ricevuto una votazione sufficiente sono stati accettati (238 comunicazioni orali e 177 poster), più 38 abstract delle giornate Nursing, tutti accettati. I revisori sono stati quest'anno 162 e sono suddivisi in 20 categorie scientifiche, più un raggruppamento di revisori che si occupano di più di una tematica scientifica predeterminata e un altro cui vengono affidate le tematiche "varie".

A tutti loro va un sincero ringraziamento, il loro prezioso contributo è fondamentale per il buon andamento del Congresso. Mi

sembra che quest'anno la qualità del contributo dei revisori sia stata sostanzialmente migliore che nell'anno precedente; grazie, credo, alla sostituzione di alcuni dei revisori precedenti che avevano dato qualche segno di fisiologica "stanchezza" con forze nuove, prese ancora una volta dai Fellow.

ALCUNE RIFLESSIONI...

A queste brevi note sull'andamento del Congresso, vorrei solo aggiungere una considerazione: sono stato avvicinato da almeno 20 persone, nel periodo subito postcongressuale, che hanno riferito le loro impressioni estemporanee, ognuna diversa e spesso di segno opposto rispetto ad altre, tutte non documentate.

Alla mia richiesta di "aiuto", cioè di documentare e di scrivere attestando quanto costruttivamente dovrebbe essere cambiato e come, oppure quanto di buono va mantenuto, non ha fatto seguito nemmeno una riga, a quanto mi consta. Non sono più il Vice-Presidente con delega per le attività culturali; scrivo questa considerazione per attestare che chi decide (il nuovo Consiglio Direttivo, in particolare il Dott. Pirelli che raccoglie il mio testimone) è spesso "lasciato solo" con i suoi dati e le sue opinioni, il suo lavoro risulta difficile e "senza rete".

Si cerca di far bene, a volte si riesce e a volte no, ma sarebbe importante produrre, ricevere un feed back più costruttivo e meno dispersivo: è facile indossare la toga del giudice, evidentemente meno la tuta del muratore, che aiuta a costruire la casa. Forse la responsabilizzazione delle delegazioni regionali che il nuovo Consiglio Direttivo sta promuovendo potrebbe essere lo strumento adeguato a costruire un nuovo Congresso, sempre al servizio dei Soci, ma con contenuti che esprimano maggiormente e in modo forse più condiviso il loro pensiero e le loro aspettative.

AREA ARITMIE

di Massimo Santini



Studio sull'effetto del Verapamil e degli ACE-Inibitori sulla profilassi delle recidive di FA

Dopo avere portato a termine con successo lo studio FIRE, è stato proposto all'interesse dei membri dell'Area Aritmie un secondo studio sulla fibrillazione atriale.

Questo secondo studio multicentrico, al contrario dello studio FIRE (epidemiologico), ha un interesse prevalentemente clinico ed è volto a valutare la reale efficacia del pretrattamento con Verapamil o ACE-inibitori sulle recidive di fibrillazione atriale. La recidiva di fibrillazione atriale dopo cardioversione elettrica supera il 50% entro il primo anno ed è sostanzialmente concentrata nelle prime settimane.

I risultati di uno studio di Tieleman sembrano evidenziare che il trattamento con Ca-antagonisti riduca le recidive aritmiche dopo defibrillazione elettrica. Tali risultati sono stati confermati da un più recente lavoro di De Simone. In quest'ultimo studio, condotto su 107 pazienti con FA persistente tutti in terapia con propafenone ad alto dosaggio (900 mg/die), la somministrazione di verapamil 240 mg/die tre giorni prima della cardioversione e proseguita per due distinti periodi nel follow-up ha determinato una significativa riduzione delle recidive aritmiche ad una settimana, mantenutasi

a tre mesi. Peraltro gli studi clinici al momento condotti presentano alcuni importanti limitazioni.

Essi infatti presentano casistiche limitate; inoltre lo studio di Tieleman è di tipo retrospettivo, include in uno stesso gruppo pazienti trattati con qualsiasi tipo di farmaco che riduca l'ingresso di calcio all'interno della fibrocel-

- È stato proposto
- all'interesse dei membri
- dell'Area Aritmie un
- secondo studio sulla
- fibrillazione atriale volto
- a valutare la reale
- efficacia del
- pretrattamento con
- Verapamil o
- ACE-inibitori sulle
- recidive di fibrillazione
- atriale

lula cardiaca; inoltre il gruppo di controllo di pazienti che non assumevano farmaci con azione calcio-antagonista, era costituito da molti soggetti che assumevano digitale. Lo studio di De Simone presenta il limite di non avere un gruppo di controllo.

Ciò non permette di stabilire se l'effetto positivo sul mantenimento del ritmo sinusale sia dovuto al calcio-antagonista di per sé o alla sua associazione con l'antiaritmico. Inoltre tali studi non hanno verificato quale potesse essere il meccanismo attraverso il quale si esplica l'effetto benefico del farmaco. Non è verosimile che il Verapamil possa prevenire o comunque influenzare il cosiddetto rimodellamento elettrico se somministrato a distanza dall'inizio di una fibrillazione atriale persistente.

Il rimodellamento elettrico dell'atrio può essere definito come la riduzione del suo periodo refrattario dovuto all'alta frequenza durante fibrillazione atriale. Il rimodellamento elettrico dell'atrio sembra essere dovuto ad un accumulo intracellulare di calcio ed il trattamento con Ca-antagonisti riduce sperimentalmente l'entità e la durata del rimodellamento elettrico quando iniziato prima dell'induzione di FA.

- **Lo studio da noi proposto valuterà anche l'effetto del Verapamil sui fattori trigger (extrasistoli atriali), che potrebbe spiegare, in caso di efficacia del farmaco nella profilassi delle recidive, l'apparente contraddizione tra il dato elettrofisiologico e quello clinico**

Al contrario i dati della letteratura (Ramanna, Pandozi, Duytschaever, Sato, Lee) sembrano evidenziare un effetto paradossale del Verapamil allorché la somministrazione del farmaco sia iniziata dopo l'insorgenza dell'aritmia. Infatti, il trattamento con Verapamil in tali studi ha determinato un accorciamento degli intervalli FF, una maggiore durata della FA indotta, ed un accorciamento (o nessuna modificazione) dei periodi refrattari atriali dopo cardioversione.

Tali effetti elettrofisiologici tenderebbero a ipotizzare che il farmaco possa ridurre, piuttosto che aumentare, la probabilità di terminazione spontanea della FA e facilitare, piuttosto che prevenire, le recidive aritmiche dopo cardioversione.

Lo studio da noi proposto valuterà anche l'effetto del Verapamil sui fattori trigger (extrasistoli atriali), che potrebbe spiegare, in caso di efficacia del farmaco nella profilassi delle recidive, l'apparente contraddizione tra il dato elettrofisiologico e quello clinico.

Recentemente è stato ipotizzato che il sistema renina-angiotensina possa determinare lo sviluppo di fibrosi du-

- **Nell'ambito di questo studio verrà anche sviluppato un sottoprogetto, che prevede l'analisi della "heart rate variability" (HRV), attraverso la registrazione Holter durante e subito dopo la cardioversione elettrica**

rante FA, con i noti effetti proaritmici in termini di sviluppo di anisotropia non uniforme. Queste alterazioni, del resto, rappresentano un rimodellamento di tipo strutturale che si ripercuote sull'elettrofisiologia atriale.

Si è visto ad esempio, che nel cane gli antagonisti dell'angiotensina II prevengono il rimodellamento elettrico precoce (180 minuti di pacing a 800/m) e

che nell'uomo l'espressione dei recettori dell'angiotensina II del tipo 1 e 2 subiscono profonde modificazioni nei pazienti con fibrillazione atriale persistente o addirittura di tipo parossistico. È stato pertanto ipotizzato che il pretrattamento con ACE-inibitori possa avere un effetto favorevole sulle recidive di FA.

In sintesi questo nuovo studio si propone 3 obiettivi principali:

- 1) determinare la reale efficacia del pretrattamento con Verapamil sulle recidive aritmiche in uno studio condotto su larga scala;
- 2) stabilire se l'eventuale effetto positivo del suddetto farmaco, vista l'inefficacia del farmaco a livello di substrato, possa essere ascritto ad una riduzione dei trigger (battiti ectopici atriali, coppie, run di tachicardia atriale sostenute e non, episodi di fibrillazione atriale non sostenuta, ecc. ecc.);
- 3) determinare la reale efficacia del pretrattamento con ACE-inibitori o con bloccanti dei recettori dell'angiotensina sulle recidive di fibrillazione atriale.

Nell'ambito di questo studio verrà anche sviluppato un sottoprogetto, proposto dal Prof. F. Lombardi che prevede l'analisi della "heart rate variability" (HRV), attraverso la registrazione Holter durante e subito dopo la cardioversione elettrica.

Infine il Prof. Mugelli ha proposto uno studio che può essere eseguito nell'ambito del protocollo generale. Tale studio intende valutare se esista una relazione tra i livelli plasmatici di serotonina e recidiva di fibrillazione atriale nei pazienti arruolati nello studio. Il presupposto dello studio è che la stimolazione dei recettori serotoninergici 5-HT₄ possa essere implicata nella genesi delle aritmie atriali e della fibrillazione atriale in particolare.

Confidiamo anche questa volta, come già accaduto per il FIRE, che con la volontà e la collaborazione dei Cardiologi Ospedalieri questo nuovo e ambizioso studio possa essere realizzato e portato a termine, dando risposte precise a domande di estrema attualità.

AREA EMERGENZA-URGENZA

“IL CARDIOLOGO DELL’EMERGENZA”

L’ampio sviluppo tumultuoso delle conoscenze e l’incalzante sviluppo tecnologico hanno profondamente mutato negli ultimi anni la figura del Cardiologo. Il Cardiologo del 2000 è diventato per alcuni aspetti un superspecialista all’interno della sua stessa specialità e lavora in équipe insieme ad altri superspecialisti che si occupano di campi di interesse paralleli e diversi dal suo.

Alcune figure sono nettamente delineate: l’emodinamista, l’aritmologo, l’ecocardiografista. All’interno di queste stesse competenze vi sono ulteriori iperspecializzazioni: per esempio non è detto che chi abbia ampia esperienza in elettrofisiologia diagnostica abbia capacità interventistiche/impiantistiche o sappia destreggiarsi nell’estrema complessità tecnologica delle nuove generazioni di pacemaker e defibrillatori.

All’interno di questo panorama di competenze superspecialistiche integrate non è stato finora dato spazio/riconoscimento alla figura del Cardiologo dell’Emergenza. Non ci riferiamo ad un operatore astratto, ma allo specialista in grado di fornire un contributo di alta qualificazione sul terreno dell’Unità di Terapia Intensiva e Pronto Soccorso cardiologico.

Il Cardiologo dell’Emergenza deve saper far fronte in tempi rapidi a tutte le emergenze di natura cardiologica che afferiscono all’ospedale, intervenendo in modo autonomo sul fronte diagnostico e terapeutico.

Premesso che vi è un livello di competenza e di esperienza che tutti i Cardiologi debbono avere e che sarebbe devastante favorire una frammentazione sul piano della clinica cardiologica, va riconosciuto che poco ci si è curati di qualificare e di riconoscere le specifiche competenze del settore Emergenza.

Accade così che mentre in Sala di Emodinamica e nel Laboratorio di Ecocardiografia lavori personale dedicato, in Unità Coronarica o nel Pronto Soccorso Cardiologico viene spesso inviato il turnista o chi opera prevalentemente in ambulatorio, che entra in difficoltà quando si debbano riconoscere gli effetti della trombolisi attraverso la lettura di poco frequentati sistemi di monitoraggio dell’ST o quando vi sia da gestire un infarto in shock o sull’impiego di nuovi farmaci antiplastrinici.

Molte Unità di Terapia Intensiva non hanno un responsabile che ne coordini l’attività, si faccia carico della crescita culturale, della ricerca e dell’upgrading dei protocolli.

L’EMERGENZA CARDIOLOGICA

Le emergenze principali cardiologiche che possono afferrare al Pronto Soccorso Cardiologico e/o all’UTIC sono:

- 1) L’arresto cardiaco
- 2) L’infarto miocardico acuto

- 3) L’angina instabile
- 4) L’embolia polmonare
- 5) Lo scompenso cardiaco grave e lo shock cardiogeno
- 6) La dissezione aortica
- 7) Le bradiaritmie
- 8) Le tachiaritmie
- 9) Il tamponamento cardiaco.

In tutte queste situazioni il Cardiologo deve essere in grado di fare rapidamente diagnosi, conoscere la terapia più opportuna, saper allertare i colleghi per quelle terapie che non può eseguire.

È desiderabile che il Cardiologo addetto all’emergenza abbia le conoscenze più ampie possibili, ma è necessario definire un irrinunciabile livello minimo di conoscenze professionali.

IL BAGAGLIO CONOSCITIVO DEL CARDIOLOGO DELL’EMERGENZA

In campo diagnostico il Cardiologo dell’Emergenza deve possedere una solida preparazione clinica e strumentale di base, comprendente la capacità di interpretare correttamente l’ECG e di orientarsi con immediatezza nelle varie aritmie; oltre a ciò deve saper eseguire con perizia i seguenti esami/procedure:

- a. Ecocardiogramma transtoracico
- b. Ecocardiogramma transesofageo (qualora possibile)
- c. Registrazione dell’elettrogramma endoesofageo
- d. Impiego dei programmatori di pacemaker
- e. Impiego dei programmatori dei defibrillatori impiantabili, almeno per quanto riguarda la loro disattivazione nel caso di scariche inappropriate e/o ripetute
- f. Introduzione di cateteri venosi (anche attraverso le vene centrali succlavia e giugulare interna) e arteriosi per la valutazione delle pressioni e della portata cardiaca.

In campo terapeutico il Cardiologo dell’Emergenza, alla luce della fisiopatologia, deve avere approfondito la terapia delle sindromi coronariche acute, dell’embolia polmonare, delle aritmie. Fanno parte dello specifico ambito di competenza del Cardiologo dell’Emergenza le seguenti tecniche/procedure:

1. Rianimazione Cardiopolmonare di base ed avanzata
2. Manovre di introduzione di cateteri venosi (anche attraverso le vene centrali succlavia e giugulare interna) per infusione e introduzione di cateteri
3. Posizionamento di stimolatori intracardiaci provvisori
4. Interruzione in overdrive transesofageo o intraventricolare di aritmie ipercinetiche
5. Applicazione e uso del contropulsatore aortico
6. Pericardiocentesi.

Oltre a ciò il Cardiologo dell’Emergenza dovrebbe avere esperienza diretta di collaborazione con gli Emodinamisti pur non essendogli richiesto di saper effettuare angiografie coronariche e rivascolarizzazioni mediante angioplastica.

FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO

Il Cardiologo dell’Emergenza dovrà avere una idonea certificazione. È da discutere il percorso per ottenere tale certificazione e chi debba certificare (potrebbe essere la FIC; per BLS ed ACLS si terrà conto degli Organismi Competenti – IRC, AHA – cui potrebbe aggiungersi ANMCO).

ATTIVITÀ DIDATTICA DEL CARDIOLOGO DELL'EMERGENZA

Oltre che all'attività clinica il Cardiologo dell'Emergenza dovrà curare l'aggiornamento, la ricerca e l'attività didattica. Siamo dell'idea che al Cardiologo dell'Emergenza si debba richiedere di diventare istruttore almeno per BLS e Defibrillazione Precoce e di mettere a disposizione un mon-

te ore (pari ad almeno tre giornate all'anno) per iniziative educazionali rivolte a personale medico e paramedico del proprio ospedale/dipartimento, ai parenti dei cardiopatici a rischio di morte improvvisa, ai First Responders arruolati nei progetti PAD (Public Access Defibrillation).

Francesco Chiarella

CO-CHAIRMAN AREA EMERGENZA-URGENZA

Ezio Giovannini

CHAIRMAN AREA EMERGENZA-URGENZA

AREA EMERGENZA-URGENZA

Corsi di rianimazione Cardio-Polmonare

L'Area Emergenza è intervenuta ripetutamente in tema di Arresto Cardiaco ed in passato ha attivato iniziative didattico-educazionali concernenti la Catena della Sopravvivenza. Di seguito è pubblicato un breve questionario al quale chiediamo di rispondere e di farci pervenire il Vostro parere sulla necessità/opportunità che si tengano nelle varie Regioni dei Corsi BLS/Defibrillazione e ACLS.

Questionario

Nome / Cognome _____

Città / Regione _____

Ospedale _____

1. Nella tua Regione sono già state intraprese iniziative volte all'attivazione dei corsi di Rianimazione Cardio-Polmonare?

SI NO altro (specificare) _____

2. Sono state create condizioni strutturali e funzionali che abbiano consentito l'istituzione di programmi di formazione?

SI NO altro (specificare) _____

3. Se sì, da quali società scientifiche sono stati accreditati?

a) Italian Resuscitation Council b) American Heart Association c) _____

4. Sono stati già condotti degli iter formativi presso centri di riferimento regionali, formalizzati dalle Direzioni Regionali delle Aziende Ospedaliere?

SI NO altro (specificare) _____

5. Di quanti istruttori accreditati ACLS, DP, BLS sia cardiologi che infermieri dispone la tua Regione?

N° _____ (approssimativo) altro _____

6. Puoi segnalarci i nominativi dei Cardiologi interessati al settore educazionale?

Osservazioni: _____

AREA INFORMATICA

di Marco Tubaro



Il progetto G8 Cardio-ANMCO

Il progetto **G8 Cardio-ANMCO** – e il suo sottoprogetto, **Registro delle UTIC** – hanno registrato un ulteriore importante sviluppo con la trasformazione della Commissione per le Tecnologie dell'Informazione in Area Informatica. La decisione del precedente Direttivo dell'ANMCO di creare un'Area rivolta specificamente alle nuove tecnologie informatiche e telematiche sottolinea l'importanza crescente delle nuove realtà tecnologiche nella pratica clinica quotidiana e nello sviluppo scientifico e organizzativo di un'Associazione importante come l'ANMCO.

Come sanno i nostri Soci, le **128 UTIC** che partecipano al Registro delle UTIC sono state tutte connesse in Internet e dotate di Personal Computer, modem, lettore/scrittore di card e card cardiologiche. Il software relativo è stato completamente sviluppato, presentato ufficialmente al Congresso ANMCO 2000 e reso disponibile nel sito ANMCO nel Web per tutti i centri partecipanti.

L'ANMCO ha creato un **Centro Nazionale di Coordinamento** di questo progetto che, insieme all'assistenza informatica dell'Agilent Technologies Italia, consente alle UTIC partecipanti di avere il massimo supporto nella loro partecipazione al Registro delle UTIC.

Lo sviluppo del progetto prevede, in tempi rapidi, i seguenti passaggi:

- **unificazione dei software** per "Registro delle UTIC" e "G8 Cardio-ANMCO" in un unico software, che consenta sia di partecipare al Registro delle UTIC sia di gestire in modo completo il database clinico dei singoli centri;
- utilizzo della card G8 Cardio-ANMCO, che conterrà solo i dati anagrafici, quelli relativi alle emergenze cardiologiche, al gruppo sanguigno e alle eventuali intolleranze. Questa card funzionerà da chiave di accesso al database e da "puntatore" per l'identificazione dei dati del paziente.

Lo sviluppo della **nuova card** faciliterà notevolmente il lavoro informatico dei Cardiologi, perché consentirà di consegnare la card al paziente e di completare l'in-

serimento dei dati anche in un secondo tempo (mediante un Cardiologo dedicato a turno, borsista, segretaria, personale amministrativo, ecc.);

- fase di beta-test degli applicativi relativi agli **esami strumentali e alle procedure diagnostico-terapeutiche**:
 - ecocardiografia, in collaborazione con la SIEC
 - emodinamica diagnostica e interventistica, in collaborazione con il GISE
 - ipertensione arteriosa e cardiologia preventiva, in collaborazione con l'Area Prevenzione
 - cardiologia nucleare, in collaborazione con il GICN
 - risonanza magnetica, in collaborazione con il Gruppo di Studio RMN
 - ergometria e riabilitazione, in collaborazione con il GIVFRC
 - anatomia patologica, in collaborazione con il GSIPC
 - elettrocardiografia, elettrofisiologia ed elettrostimolazione, in collaborazione con l'AIAC
 - nursing, in collaborazione con l'Area Nursing
 - cardiochirurgia, in collaborazione con l'Area Cardiochirurgica
- mantenimento della compatibilità e complementarietà con **Cardioscreen**
- consegna all'ANMCO del **software G8 Cardio-ANMCO** completo e sua implementazione nelle Cardiologie dell'ANMCO.

Un invito importante è rivolto alle UTIC dell'ANMCO, che vanno ringraziate molto per il loro interessamento e partecipazione al progetto, ma sollecitate a un **maggiore impegno**: sono molto poche le UTIC che al momento lavorano attivamente con il software del Registro delle UTIC e l'ANMCO ha una **"lista di attesa" di 140 UTIC** che hanno chiesto di partecipare e per le quali, al momento, non ci sono le risorse economiche per la connessione (ricordo che la connessione di ciascuna UTIC ha un costo, per l'ANMCO, di L. 6.500.000 + IVA).

È evidente che, pur lasciando a ciascun Centro Cardiologico tutto il tempo necessario per organizzare il proprio lavoro per il Registro delle UTIC, sarà alla fine necessario **ritirare il materiale** alle UTIC che non intendono più partecipare, per fornirlo alle UTIC che invece intendono impegnarsi attivamente.

Tutti i colleghi sono invitati a esporci, ai recapiti indicati in precedenza, i problemi e le difficoltà incontrate nella partecipazione al progetto.

Centro Nazionale di Coordinamento del Registro delle UTIC

Dott. Marco Tubaro tel (fax) 06-30683414

Dott.ssa Marina Mustilli e-mail: utic.coordinamento@anmco.it

Numero verde Agilent Technologies: 800825087

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Sindromi Coronariche Acute: scegliamo insieme un appropriato percorso diagnostico-terapeutico

di Marino Scherillo

L'Area Management & Qualità dell'ANMCO ha varato il progetto educativo itinerante: "FORUM QUESTIONS & ANSWERS - *Appropriatezza, fattibilità e costo/utilità delle procedure diagnostiche e dei trattamenti nelle sindromi coronariche acute*" che si svolgerà in 11 città italiane nel periodo autunno 2000-primavera 2001. Di seguito viene riportato l'outline dell'iniziativa:

OBIETTIVO

Fornire ai Cardiologi un'occasione di discussione e confronto su aspetti gestionali e clinici inerenti la realizzazione di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti con angina instabile ed infarto miocardico acuto.



METODO

- Forum a numero chiuso (80-100 partecipanti) che si terrà in 11 città italiane aggregando i cardiologi che operano in regioni contigue
- Un panel di esperti coinvolti nell'iniziativa in qualità di Moderatori e Relatori selezionerà idonei quesiti per ogni tema da discutere insieme con i partecipanti. Ad esempio:
 - nuovi e vecchi markers di danno miocardico: sappiamo come usarli?
 - tutti gli anti GPIIb/IIIa sono ugualmente efficaci nella terapia dell'Angina Instabile?
 - Angina Instabile e Infarto Miocardico non Q: strategia invasiva precoce per tutti?
 - Le Chest Pain Unit sono la soluzione più appropriata per la gestione dei pazienti con dolore toracico sospetto?

- Il Comitato di Coordinamento è costituito da: Filippo Crea, Enrico Geraci, Nicola Mininni, Marino Scherillo, Corrado Tamburino, Gian Paolo Trevi
- Selezione di 2 Moderatori e 2 Relatori per la sessione "Questions & Answers"
- Individuazione di 2 Moderatori e 2 Relatori per la sessione "Controversie"
- Ogni Relatore avrà a disposizione un tempo massimo di 20 minuti per rispondere al quesito, seguirà una discussione di 40 minuti
- L'Agenzia che si occuperà degli aspetti organizzativi del Forum è: O.I.C. Congressi - Sig.ra Silvia Pasquinelli (Tel. 055/50351 - Fax 055/5001912 E-mail: s.pasquinelli@oic.it)
- Il programma tipo della giornata è riportato nel riquadro
- Per ulteriori informazioni consultare il sito ANMCO: www.anmco.it/ita/htm/attivita/aree/armaqu.htm

REGIONI	CITTÀ	SEDE	DATA
• Lombardia	Brescia	Park Hotel Ca' Nòa	1 Dic. '01
• Sicilia I	Catania	Sheraton Catania Hotel	1 Dic. '01
• Toscana/Umbria	Firenze	Convitto della Calza	12 Genn. '01
• Veneto/Friuli/Trentino	Padova	Sheraton Padova	26 Genn. '01
• Campania/Molise	Napoli	Grand Hotel Parker's	9 Feb. '01
• Lazio/Abruzzo	Roma	Hotel Universo	23 Feb. '01
• Sicilia II	Palermo	Astoria Palace Hotel	9 Mar. '01
• Piemonte/Liguria	Torino	Jolly Hotel Ambasciatori	30 Mar. '01
• Puglia/Basilicata/Calabria	Bari	Sheraton Nicolaus Bari	30 Mar. '01
• Sardegna	Cagliari	Caesar's Hotel	6 Apr. '01
• Emilia Romagna	Bologna	Sheraton Bologna	4 Magg. '01

FORUM Q & A

Appropriatezza, fattibilità e costo/utilità delle procedure diagnostiche e dei trattamenti nelle sindromi coronariche acute

PROGRAMMA TIPO DELLA GIORNATA

09.00 - 09.20 Tema 1: *Stratificazione prognostica*
 09.20 - 10.00 Discussione
 10.00 - 10.20 Tema 2: *Trattamento farmacologico*
 10.20 - 11.00 Discussione
 11.00 - 11.30 Coffee-break
 11.30 - 11.50 Tema 3: *Trattamento di rivascularizzazione*
 11.50 - 12.30 Discussione
 12.30 - 12.50 Tema 4: *Organizzazione*
 12.50 - 13.30 Discussione
 13.30 - 14.30 Lunch
 14.30 - 16.00 Controversie

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

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

Vuoi diventare Socio ANMCO?

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

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

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

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

La quota sociale è comprensiva dell'abbonamento al "Italian Heart Journal".

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

Io sottoscritto:

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare Lit. _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

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

Socio Aggregato

- Lit. 60.000

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza: _____

firma: _____

DELEGATI REGIONALI ANMCO

ABRUZZO	Delegato 2000-2002
Dott. ANTONIO MOBILIJ - Tel. 085/98981 Ospedale Civile SS. Trinità - Via Saffi - 65026 POPOLI (PE)	
P. A. BOLZANO	Delegato 2000-2002
Dott. WALTER PITSCHEIDER - Tel. 0471/909985 Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO	
BASILICATA	Delegato 2000-2002
Dott.ssa LUCIA PALUMBO - Tel. 0971/612357 Osp. Regionale S. Carlo - Contrada Macchia Romana - 85100 POTENZA	
CALABRIA	Delegato 2000-2002
Dott. PASQUALE MONEA - Tel. 0965/397160 Ospedali Riuniti G. Melacrino - F. Bianchi Via G. Melacrino - 89100 REGGIO CALABRIA	
CAMPANIA	Delegato 2000-2002
Dott. CARMELO CHIEFFO - Tel. 0823/232396 Ospedale Civile - Via Tescione - 81100 CASERTA	
EMILIA ROMAGNA	Delegato 2000-2002
Dott. PAOLO ALBONI - Tel. 051/6838111 Stabilimento Ospedaliero - Viale Vicini, 2 - 44042 CENTO (FE)	
FRIULI VENEZIA GIULIA	Delegato 2000-2002
Dott. PAOLO FIORETTI - Tel. 0432/552440-41 Osp. S.M. della Misericordia - Piazzale S. Maria - 33100 UDINE	
LAZIO	Delegato 2000-2002
Prof. MASSIMO SANTINI - Tel. 06/33061 Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinotti, 20 - 00135 ROMA	
LIGURIA	Delegato 2000-2002
Dott. STEFANO DOMENICUCCI - Tel. 010/34461 Ospedale Civile - Via Missolungi, 14 - 16167 GENOVA-NERVI	
LOMBARDIA	Delegato 2000-2002
Dott. CARLO SCHWEIGER - Tel. 02/9323471 Osp. Civile - Via Settembrini, 1 - 20017 PASSIRANA RHO (MI)	
MARCHE	Delegato 2000-2002
Dott. PAOLO BOCCONCELLI - Tel. 0721/3611 Ospedale S. Salvatore - Piazzale Cinelli, 4 - 61100 PESARO	
MOLISE	Delegato 2000-2002
Dott.ssa VANDA MAZZA - Tel. 0865/442285 Ospedale F. Veneziale - Via S. Ippolito - 86170 ISERNIA	
PIEMONTE VALLE D'AOSTA	Delegato 2000-2002
Dott. ENZO COMMODO - Tel. 011/69331 Centro Traumatologico Ortopedico - Via Zuretti, 29 - 10126 TORINO	
PUGLIA	Delegato 2000-2002
Dott. FRANCESCO BOVENZI - Tel. 080/5591111 Ospedale Consorziale Policlinico - P.le Giulio Cesare - 70100 BARI	
SARDEGNA	Delegato 2000-2002
Dott. PAOLO BONOMO - Tel. 070/6091 Ospedale SS. Trinità - Via Is. Mirrionis, 92 - 09100 CAGLIARI	
SICILIA	Delegato 2000-2002
Dott. VINCENZO CIRRINCIONE - Tel. 091/7808098 Presidio Ospedaliero Villa Sofia - P.za Salerno, 1 - 90146 PALERMO	
TOSCANA	Delegato 2000-2002
Dott. ROSSANO VERGASSOLA - Tel. 055/24961 Osp. S.M. Annunziata - Via Antella, 58 - 50011 BAGNO A RIPOLI (FI)	
P. A. TRENTO	Delegato 2000-2002
Dott. GIAN BATTISTA DURANTE - Tel. 0461/903111 Ospedale Santa Chiara - Largo Medaglie d'Oro - 38100 TRENTO	
UMBRIA	Delegato 2000-2002
Dott. GIORGIO MARAGONI - Tel. 0743/2101 Osp. San Matteo degli Infermi - Via Loreto, 3 - 06049 SPOLETO (PG)	
VENETO	Delegato 2000-2002
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

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA

Abitazione: INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA CAP

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

Anno di laurea _____ Specializzato in Cardiologia SI NO Anno di specializzazione _____

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

Il Delegato Regionale ANMCO _____ della Regione

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

Socio Ordinario Socio Aggregato

Data _____

Il Delegato _____

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

Il Segretario _____

Attualmente è possibile consultare l'Annuario sul WEB

Sul sito ANMCO www.anmco.it troverai dati riguardanti le Strutture Cardiologiche Italiane e dei Soci che hanno dato il consenso alla Privacy

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

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

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

RICHIESTA CODICE DI ACCESSO ALL'ELENCO DEI SOCI SUL WEB

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

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____ / _____

Abitazione: INDIRIZZO _____ FAX _____ / _____

CITTÀ _____ Provincia [] [] CAP [] [] [] [] [] [] E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ Provincia [] [] CAP [] [] [] [] [] []

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO _____

Qualifica:

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

In quiescenza:

<p><i>Inviatemi il codice di accesso a mezzo</i></p> <p><input type="checkbox"/> FAX _____</p> <p><input type="checkbox"/> E-MAIL _____</p> <p><input type="checkbox"/> POSTA _____</p> <p>_____</p>	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">Non compilare</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"> _ _ </p> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p style="text-align: center;">Non compilare</p> <p style="text-align: center;">Codice ANMCO _ _ _ _ _ _ _ _ </p> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Non compilare</p> <p style="text-align: center;">Codice Unico _ _ _ _ _ _ _ _ </p> </div>
	<p style="text-align: center;">Codice attribuito</p> <p>Username _____</p> <p>Password _____</p> <p style="text-align: center;">Firma Segreteria ANMCO</p> <p>_____</p>

FELLOWSHIP ANMCO

Il 31 gennaio 2001 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
- 2a. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale,
 - partecipando come autore o coautore a 5 ricerche scientifiche pubblicate su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, *oppure*:
 - documentando la partecipazione attiva a congressi nazionali od internazionali come moderatore, revisore dei contributi scientifici o relatore in 5 occasioni negli ultimi 5 anni, *oppure*:
 - documentando l'attività continuativa di revisore per una rivista cardiologica recensita dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni.
- 2b. Avere dimostrato un impegno costante negli ultimi 5 anni nel campo organizzativo-sindacale,
 - documentando la partecipazione a Direttivi ANMCO, Regionali o Nazionali, a Commissioni ANMCO, a Gruppi di Studio od Aree ANMCO (con funzione di coordinatore), a Committee, Board, o Working Group (come delegato nazionale) della Società Europea di Cardiologia, *oppure*:
 - documentando la partecipazione non episodica in qualità di organizzatore a manifestazioni scientifiche ufficiali di rilevanza nazionale od internazionale, *oppure*:
 - documentando l'attività continuativa negli ultimi 5 anni in commissioni sanitarie regionali o nazionali, *oppure ancora*:
 - dimostrando l'attività di dirigente sindacale medico regionale o nazionale.

Domanda di ammissione alla Fellowship

Nella domanda va dichiarato il campo di interesse (scientifico-didattico-editoriale oppure organizzativo-sindacale, oppure entrambi). La domanda va corredata dai seguenti documenti:

- a - modulo apposito, debitamente compilato;
- b - due fotografie, formato tessera;
- c - curriculum vitae completo;
- d - attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- e - lista completa delle pubblicazioni scientifiche, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri;
- f - lista delle relazioni inviate con segnalazione del convegno relativo;
- g - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);

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

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **31 gennaio** dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Commissione giudicante

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

I membri sono:

1. Il Presidente dell'ANMCO in carica;
2. Uno dei Direttori in carica dell'Italian Heart Journal;
3. Il Vice Presidente culturale dell'ANMCO in carica;
4. Quattro *Fellow* indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO (il Consiglio dovrà nominarne 8, da contattare nell'ordine, in modo da consentire che la Commissione possa riunirsi facilmente).

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

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

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

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

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

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

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

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

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

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

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

AREA PREVENZIONE

IL MAVI ALL'AMERICAN HEART ASSOCIATION

Grande soddisfazione per i ricercatori che hanno partecipato allo studio MAVI (MASSa Ventricolare sinistra nell'Ipertensione). Lo studio è stato accettato come presentazione orale al prossimo meeting dell'*American Heart Association*, che si terrà a New Orleans nel prossimo Novembre. In particolare, lo studio MAVI sarà presentato il giorno 14 novembre nella sessione *Target Organ Damage in Hypertension*, prevista alle ore 14:00. Come è noto, alcuni risultati preliminari dello studio MAVI erano stati anticipati al Congresso Nazionale ANMCO lo scorso Maggio a Firenze.

La prestigiosa occasione dell'*American Heart Association* permetterà ora ai ricercatori MAVI di confrontare e discutere i propri risultati con interlocutori estremamente prestigiosi nel settore del danno d'organo cardiaco in pazienti con ipertensione arteriosa.

In sintesi, lo studio MAVI ha seguito per circa 3 anni 1033 pazienti ipertesi con tracciati ecocardiografici di buona qualità tecnica (lettura centrale in cecità rispetto all'identità del paziente), provenienti da 45 Centri Cardiologici Italiani inclusi nella rete ANMCO - ipertensione arteriosa. Nel corso del periodo di follow-up, durante il quale il trattamento farmacologico è stato individualizzato alle esigenze del singolo paziente, l'incidenza di gravi eventi cardiovascolari è stata del 1,3% per anno nei 739 soggetti con massa ventricolare sinistra normale (< 125 g/m²) e del 3,2% nei rimanenti 294 soggetti con ipertrofia ventricolare sinistra all'ecocardiogramma.

In un'analisi multivariata secondo Cox, l'eccesso di eventi cardiovascolari associato all'ipertrofia ventricolare sinistra ecocardiografica è risultato significativo (RR = 2.08; 95% CI: 1.22-3.57; p = 0,0073) anche dopo aggiustamento per l'influenza concomitante di fattori predittivi indipendenti quali l'età, il diabete mellito, il fumo di sigaretta e la creatinemia plasmatica.

Per ogni incremento di 38 g/m² (1 deviazione standard) della massa ventricolare sinistra è stato notato un aumento indipendente del 40% (95% CI: 14-72%) del rischio di gravi eventi cardiovascolari.

Prima d'ora, il valore prognostico indipendente della massa ventricolare sinistra all'ecocardiogramma e delle sue modificazioni era stato dimostrato in indagini monocentriche eseguite a New York, Brescia e Perugia. Ora, per la prima volta, questi risultati vengono confermati nel contesto di un vasto studio multicentrico Italiano eseguito in pazienti ipertesi inizialmente non complicati, con lettura centralizzata dei tracciati ecocardiografici ed informatizzazione totale nella raccolta dei dati clinici.

Al momento, la rete ANMCO - ipertensione arteriosa è impegnata in uno studio prognostico denominato HEART SURVEY, pianificato allo scopo di valutare, in 80 centri afferenti alla rete, il significato prognostico delle modificazioni, nel tempo, dell'ipertrofia ventricolare sinistra.

Paolo Verdecchia

FORMAZIONE IN EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE. Il parere dei Cardiologi attraverso un questionario

di Massimo Uguccioni

Idati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano (1) e della sezione Italiana dello studio EUROASPIRE (2) dimostrano con forte evidenza come i fattori di rischio modificabili siano, nel nostro Paese, corretti in maniera del tutto insufficiente, sia nella prevenzione primaria che secondaria della cardiopatia ischemica con prevedibili implicazioni sfavorevoli in termini di incidenza e recidive.

Un ulteriore elemento di preoccupazione viene anche dai dati provenienti dalle aree italiane del Progetto MONICA (3), che, se da un lato mostrano un calo della letalità, ascrivibile ad un miglioramento dell'assistenza della fase acuta, dall'altro confermano per il decennio 1984-1993 una sostanziale stabilità di incidenza e recidive di cardiopatia ischemica, anziché l'auspicabile riduzione.

Continua pertanto ad essere di fondamentale rilevanza riuscire ad ottenere una più accurata identificazione ed un migliore trattamento dei soggetti o dei pazienti con fattori di rischio coronarico modificabili. È peraltro convinzione diffusa, che, soltanto attraverso un approfondimento delle competenze specifiche nel campo dell'epidemiologia e della prevenzione, si possano fornire ai cardiologi strumenti operativi concreti nella strategia della lotta alle malattie cardiovascolari.

Va in tal senso l'iniziativa dell'Area Prevenzione di avviare un percorso formativo rivolto ai Cardiologi e specificamente dedicato all'epidemiologia ed alla prevenzione cardiovascolare.

Al fine di predisporre l'iter più adeguato alle esigenze dei Cardiologi e delle strutture sanitarie, si ritiene opportuno raccogliere le opinioni ed i suggerimenti del maggior numero di colleghi attraverso il questionario della pagina seguente.

Voci bibliografiche:

1) Giampaoli S, Vanuzzo D, Gruppo di Ricerca "I fattori di rischio cardiovascolare in Italia: una lettura in riferimento al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000". *G Ital Cardiol* 1999; 29: 1463 - 1471

2) EUROASPIRE Study Group. A European society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease. European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569 - 92

3) Ferrario M, Cesana GC, Vanuzzo D, Pilotto L, Segà R, Giampaoli S "Sorveglianza epidemiologica della occorrenza della cardiopatia ischemica: risultati delle aree MONICA Italiane e proposta di un modello semplificato di stima". *G Ital Cardiol* 1999; 29 (Suppl 2): 161 - 167

DATI ANAGRAFICI (facoltativo)

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA | | | | | | | |

Abitazione: INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA | | | | CAP | | | | | | | |

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE**Ruolo:** Cardiologo Cardiocirurgo Medico**Struttura:** Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro _____**Tipologia:** Divisione di Cardiologia Divisione di Cardiocirurgia
 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 _____**Qualifica:** Dirigente II livello Dirigente I livello Prof. Ordinario Prof. Associato
 Ricercatore - Borsista - Medico in formazione Medico di base Altro _____**QUESTIONARIO SUI BISOGNI DI FORMAZIONE IN EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

SEGNARE IL GRADO DI CONSENSO (DA UN MINIMO DI 1 AD UN MASSIMO DI 4) SULLE AFFERMAZIONI DI SEGUITO RIPORTATE:

- La competenza professionale in **epidemiologia e prevenzione cardiovascolare** all'interno delle strutture sanitarie pubbliche deve essere sviluppata in modo specifico ① ② ③ ④
 - Una formazione specifica in questo campo deve essere sviluppata mediante un importante iter formativo (ad es. un Master) ① ② ③ ④
 - Ai Cardiologi che completano un tale iter formativo va aperto uno spazio professionale specifico all'interno delle strutture sanitarie ① ② ③ ④
 - Uno dei prerequisiti per accedere a un simile iter formativo deve essere il documentato impegno del responsabile della struttura complessa di appartenenza ad un investimento organizzativo e di risorse per l'attivazione di uno spazio operativo dedicato ① ② ③ ④
 - Il discente deve dichiarare alla Scuola e alla sua Azienda la propria disponibilità ad impegnare tempo, risorse intellettuali e professionali per un triennio di formazione e per il medio periodo in questo settore ① ② ③ ④
 - A questo impegno formativo occorre dedicare complessivamente (tra lezioni, studio individuale, e applicazione sul campo, verifica con i docenti) almeno 150 ore annue per un triennio ① ② ③ ④
 - È molto importante, per l'acquisizione delle competenze previste, l'uso dei metodi interattivi e delle tecnologie didattiche multimediali, con assistenza via internet da parte dei docenti ① ② ③ ④
 - È preferibile organizzare una parte rilevante del corso in forma residenziale ① ② ③ ④
 - L'itinerario formativo deve essere scandito da momenti di valutazione (con adeguati strumenti) che devono riguardare il livello individuale di apprendimento, il gradimento e, possibilmente, la ricaduta operativa nei servizi e nella comunità ① ② ③ ④
 - È necessario che questo iter formativo abbia un riconoscimento formale da ① ② ③ ④
 - I docenti di questo corso oltre all'indubbia competenza tecnico-specifica, devono possedere competenze nella metodologia attiva e capacità di comunicazione, adeguate agli obiettivi formativi ① ② ③ ④
- Un tale iter formativo dovrà necessariamente comprendere i seguenti *obiettivi educativi specifici* o **"competenze che i partecipanti devono aver acquisito al termine del corso"** (indicare almeno quattro):
.....
.....

AREA SCOMPENSO CARDIACO

BRING-UP 2: razionale dello studio

Lo scompenso cardiaco cronico sta assumendo una dimensione epidemiologica sempre più rilevante ed è, attualmente, il disordine cardiovascolare a maggior prevalenza, con una incidenza che è prevista in ulteriore crescita nei prossimi anni. Il peso economico di tale patologia è indubbiamente molto rilevante e ciò rende sempre più urgente la necessità di trovare nuove strategie terapeutiche.

Alcuni studi clinici controllati hanno dimostrato che il trattamento con betabloccanti, in pazienti con insufficienza cardiaca, è efficace nel ridurre sia la mortalità che il numero dei ricoveri ospedalieri e sulla base di questi risultati l'uso di betabloccanti nei pazienti scompensati è stato approvato in molti paesi del mondo, in qualche caso con l'esclusione dal trattamento dei pazienti in classe funzionale avanzata (NYHA IV). Lo studio COPERNICUS, che aveva l'obiettivo di valutare il profilo di beneficio/rischio dei betabloccanti nei pazienti con scompenso cardiaco grave è stato recentemente interrotto per una evidenza di beneficio nei pazienti trattati con carvedilolo.

Anche se non ancora pubblicati, è presumibile che questi dati modificheranno le attuali raccomandazioni al trattamento, estendendo l'indicazione all'uso dei betabloccanti ai pazienti con scompenso più gravi. In effetti, nelle popolazioni studiate nei trial clinici, alcuni sottogruppi di pazienti risultano scarsamente rappresentati: oltre ai pazienti in NYHA IV sono, in realtà, poco studiati i pazienti anziani, quelli con funzione sistolica conservata ($FE \geq 40\%$) ed i pazienti diabetici.

Questi pazienti, così poco rappresentati nei trial, sono invece una componente rilevante nel mondo reale della pratica clinica. Un esempio su tutti: la popolazione dei pazienti anziani. Nel primo studio che ha dimostrato, in termini di mortalità, l'efficacia dei betabloccanti nei pazienti con scompenso, lo US Carvedilol Program, l'età media dei pazienti era di

58 anni. Nella pratica clinica l'età media dei pazienti seguiti dai Cardiologi è invece di circa 64 anni, ed ancora più alta (oltre 70 anni) è l'età media dei pazienti seguiti dagli internisti o dai medici di medicina generale.

Da qualche anno in Italia sono state iniziate esperienze di studi osservazionali ed outcome al fine di trasferire quelle che sono le conoscenze ricavate dagli studi randomizzati alla pratica clinica quotidiana. Il più rilevante in questo senso, è stato uno studio osservazionale di implementazione della terapia con betabloccanti nello scompenso; tale studio (BRING-UP) è stato ritenuto il modo più efficace e rapido per introdurre questo tipo di terapia in una situazione clinica, nella quale era addirittura controindicata.

In questo studio il 25% dei pazienti arruolati durante il periodo gennaio-febbraio 1998 è risultato essere già in trattamento con betabloccanti mentre il 27% ha iniziato tale terapia al momento della visita di ingresso nello studio. Alla conclusione della fase di follow-up ad un anno, il 50% dei pazienti era in trattamento con betabloccanti.

Questo risultato può considerarsi straordinario tenendo conto che solo pochi anni prima, nel 1995, la percentuale di pazienti dello stesso tipo, seguiti dagli stessi cardiologi, non era superiore al 7%. Secondo tali dati, quindi, in una buona percentuale di pazienti con scompenso cardiaco viene prescritta una terapia betabloccante, tuttavia rimangono poche le informazioni disponibili per i sottogruppi di pazienti citati precedentemente (in particolare anziani e pazienti con scompenso cardiaco severo) soprattutto per quanto riguarda l'applicabilità, l'efficacia ed il profilo di sicurezza di questi farmaci.

Per questo motivo è stata decisa la pianificazione dello studio BRING-UP 2, i cui principali obiettivi sono quelli di valutare le applicabilità, il profilo di sicurezza, e l'outcome in termini di mortalità ed ospedalizzazioni del trattamento con betabloccanti in pazienti con scompenso cardiaco anziani e/o con scompenso cardiaco severo.

Altri obiettivi saranno quelli di valutare le caratteristiche epidemiologiche e cliniche della popolazione in studio e verrà determinato l'assorbimento di risorse legato alla gestione di questi pazienti che risultano ad alto rischio di morte ed ospedalizzazioni.

G. Fabbri, A. Maggioni

CENTRO STUDI ANMCO FIRENZE

Primi risultati del Sottostudio IN-CHF SVAS

Al fine di approfondire le conoscenze sugli anziani scompensati seguiti presso le Cardiologie Ospedaliere, è stato messo a punto uno specifico strumento di Valutazione Multidimensionale e ne è stata testata l'applicabilità nello studio IN-CHF SVAS (Scheda di Valutazione dell'Anziano con Scompenso).

Hanno partecipato Infermieri di 26 Centri IN-CHF e sono stati studiati 265 ultrasessantenni. I risultati (per un totale di 12 abstracts) sono stati presentati nei Congressi ANMCO, Heart

Failure 2000, ed ESC e saranno presentati all'American Heart Association. In sintesi, questo studio trasversale ha mostrato che, anche gli anziani delle cardiologie hanno elevata prevalenza di problemi socio-ambientali, comorbidità, disabilità, deficit cognitivo e cattiva QdV. Lo scompenso si somma all'invecchiamento, alle comorbidità e alle condizioni socio-ambientali sfavorevoli nel determinare il grado di disabilità e questi fattori sembrano svolgere un ruolo significativo nel determinismo dei ricoveri ospeda-

lieri e, forse, della prognosi. Il risvolto pratico di questo nuovo approccio è quello di identificare, durante la visita, variabili che permettano di selezionare pazienti "fragili" ad alto rischio cui dovrebbero essere diretti interventi assistenziali mirati.

È in corso di pianificazione uno studio prospettico che fornirà gli elementi per validare questa ipotesi. Ringraziamo ancora una volta i *Ricercatori IN-CHF Nursing* e, a presto!

DONATELLA DEL SINDACO, GIOVANNI PULIGNANO

DALLE REGIONI

EMILIA ROMAGNA**Linee programmatiche della sezione Emilia Romagna**

Il Consiglio Regionale, dopo due riunioni, ha condiviso le seguenti linee programmatiche per il prossimo biennio:

- Completamento entro l'anno in corso dello studio **AICARE II** finalizzato 1) a valutare i nostri comportamenti in termini diagnostici, terapeutici e gestionali nei pazienti con infarto miocardico acuto e con angina instabile e 2) ad indagare l'outcome di tali pazienti in "campo reale". Infatti le conoscenze sull'outcome ci vengono offerte prevalentemente dai risultati dei trial che includono pazienti spesso molto selezionati sulla base di numerosi criteri di esclusione.

- **Programma culturale** per il periodo 2001-2002, impostato prevalentemente sui Corsi di aggiornamento regionali, alcuni indirizzati ai medici, altri al personale tecnico-infermieristico.

Alcuni Corsi saranno organizzati in collaborazione con la SIC ed altri con l'ANCE. Si è preso atto del numero eccessivo di iniziative programmate nell'anno 2000 con conseguente rischio di eccessiva dispersione e di scarsa partecipazione e si intende concentrare maggiormente, nei prossimi anni, le iniziative culturali.

- Organizzazione da parte del Consiglio Regionale di un "**Convegno organizzativo**" nell'autunno 2001. Verranno discusse le principali tematiche relative all'assistenza cardiologica sia ospedaliera che sul territorio. Ciascuna presentazione dovrà rappresentare l'elaborato di

un lavoro di commissione. Per la scelta degli argomenti verrà sentito il parere di tutti i Soci ANMCO della nostra Regione.

- Collaborazione con l'**Assessorato alla Sanità** dell'Emilia Romagna per la elaborazione della parte cardiologica del prossimo Piano sanitario regionale, che sarà impostato come rete integrata di servizi Hub & Spoke.
- Collaborazione con l'**Agenzia Sanitaria Regionale** per la definizione dei fabbisogni in termini di procedure invasive sia diagnostiche che terapeutiche, per i controlli di qualità e per altre iniziative in corso di elaborazione.
- Creazione di un **Consiglio Regionale "allargato"** ai Primari delle strutture cardiologiche. Tale decisione nasce da una presa d'atto dei cambiamenti intercorsi dopo il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario.

Fino a poco tempo fa il Consiglio Regionale teneva primariamente i rapporti con l'**Assessorato alla Sanità Regionale**, che aveva il compito di elaborare anche la fase attuativa del Piano sanitario. Al momento la programmazione cardiologica, per lo meno nella nostra Regione, è affidata alle singole Aziende e l'ANMCO non è attrezzata per rapportarsi con i Direttori generali.

Il **Consiglio Regionale "allargato"** non rappresenterà un momento decisionale poiché non rientra negli organismi della nostra Associazione, ma potrà prendere posizione su istanze che ci pervengono da Cardiologi delle singole Aziende e che al momento permangono inevase. Una posizione condivisa dalla Comunità cardiologica regionale può rappresentare uno strumento non di poco conto per rapportarci con un Direttore generale.

Questo programma verrà discusso in Assemblea nel mese di ottobre.

PAOLO ALBONI, FLAVIO BOLOGNA, MARIO DE BLASI, OSCAR GADDI,
FRANCESCO MELANDRI, FILIPPO OTTANI, PIER CAMILLO PAVESI

FRIULI VENEZIA GIULIA

di Paolo Maria Fioretti

Attività del Consiglio Direttivo Regionale

Vi riassumo quanto è accaduto e/o è stato fatto dall'ANMCO Regionale e dai suoi membri dal 1998 ad oggi. Il primo biennio può essere considerato come un periodo di transizione di un direttivo lasciato orfano dalla tragica scomparsa di Domenico Zanuttini, ma qualcosa è stato iniziato.

Nel 1999 sono stati organizzati 2 simposi ufficiali. Presso l'Ospedale

di Monfalcone nel giugno '99, si è parlato di Valutazione e Trattamento dello Scompenso Cardiaco Avanzato. Dalla epidemiologia alla terapia medica ai modelli organizzativi ambulatoriali alla terapia chirurgica convenzionale, le nuove possibilità di assistenza meccanica in attesa di trapianto. Una fotografia di quanto viene fatto in Regione nello scompenso avanzato dai cardiologi e dai cardiocirurghi.

Il secondo, intitolato "Cosa Bolle in Pentola?", si è svolto a Udine. Aveva l'ambizione di fotografare i progetti di ricerca in corso, dando a tutti la possibilità di esprimersi, di proporre tentando di coagulare gli interessi e una comune progettualità. Le 26 brevi presentazioni esposte, dall'informativa alla genetica, sono state raccolte in

un volumetto distribuito a tutti i Soci ANMCO della Regione.

Numerosi altri simposi sono stati organizzati in Regione per iniziative dei singoli con il "patrocinio" della nostra Associazione: una riunione sul Dolore Toracico in Pronto Soccorso a Pordenone, Aritmologia a Monfalcone ed a Pordenone. Il gruppo di Gorizia ha organizzato un convegno sugli Inibitori dei Recettori della Glicoproteina IIb-IIIa e uno sulla Cardiopatia Ischemica negli Anziani.

È stato inoltre realizzato il primo corso regionale di educazione sullo Scompenso per il personale infermieristico finalizzato alla creazione di

DALLE REGIONI

MARCHE

di Paolo Bocconcelli



Le Cardiologie disperse, il Dipartimento Regionale ed altro...

La distribuzione delle Unità Operative di Cardiologia all'interno dei Dipartimenti Ospedalieri delle Marche è molto varia come si vede dalla tabella acclusa. È evidente che non esiste una indicazione unitaria a livello regionale che definisca il ruolo della Cardiologia nell'ambito dipartimentale ospedaliero: da un lato la Terapia Intensiva Coronarica è certamente coinvolta nella Emergenza Urgenza; dall'altro il Reparto di Cardiologia è facilmente identificato con una variante di Reparto Medico, mentre le potenzialità diagnostiche intrinseche cardiologiche divengono "strumenti al SERVIZIO" dell'intero Ospedale.

La tentazione più forte di ogni Direzione Generale è quella di smembrare la Cardiologia ponendo l'UTIC con il Dipartimento di Emergenza Urgenza e il Reparto di Cardiologia nell'ambito del Dipartimento Medico. Quand'anche la unitarietà della Cardiologia venga rispettata (tutto con l'Emergenza o tutto con il Dip. Medico), l'elemento che funge da chiave di volta e l'obiettivo determinante della Cardiologia non è tanto il suo peso nell'affrontare l'Urgenza cardiologica, né tanto meno il suo significato nel trattare, magari anche in modo raffinato, lo scompenso cardiaco nel reparto, quanto soprattutto il fare fronte in modo tempestivo e adeguato a tutte le richieste

	UTIC	REPARTO	SERVIZIO AUTONOMO	
	dipartimento	dipartimento		
ASCOLI PICENO	MEDICO	MEDICO		
CAMERINO	EMERGENZA	EMERGENZA		
CIVITANOVA	EMERGENZA	EMERGENZA		
FABRIANO	MEDICO*	MEDICO*		PRESENTE
FANO	MEDICO	MEDICO		
FERMO	MEDICO	MEDICO		
INRCA (AN)	MEDICO**	MEDICO**		
JESI	EMERGENZA	EMERGENZA		
LANCISI (AN)	CARDIOCHIRURGICO			
MACERATA M.	EMERGENZA	EMERGENZA		PRESENTE
PESARO	EMERGENZA	EMERGENZA		
S. BENEDETTO	EMERGENZA	MEDICO		
SENIGALLIA	EMERGENZA	MEDICO		
URBINO	EMERGENZA	EMERGENZA		

(*) trasferimento al Dip. Emergenza dal 1.10.2000

(**) possibile trasferimento al Dip. Emergenza

di CONSULENZA clinica e strumentale, ambulatoriale o al letto del paziente. L'intervento del Cardiologo è indispensabile sul piano medico-legale a tutti i Reparti Chirurgici, anche per i Day Surgery e l'Endoscopia, oltre che per gli esami Radiologici Maggiori (uso del mezzo di contrasto, TAC e RNM).

È altrettanto determinante per supportare la dimissione dal Pronto Soccorso della maggior parte dei pazienti (ma oggi pare più consono il termine di Clienti-Utenti) affetti da patologia coinvolgente il torace (traumi, dispnea, cardiopalmo, dolore, ecc.). Dunque, a fronte di una tendenza alla diaspora delle Unità Operative, prevale un ricorso sempre maggiore alla professionalità del Cardiologo, che si deve impegnare da solo e in prima persona negli ambiti e negli ambienti più diversi dell'Ospedale.

Ciò dovrebbe valere a maggior ragione all'interno di un Dipartimento Ospedaliero, qualunque esso sia, dove il Cardiologo dovrebbe partecipare alla elaborazione di un percorso diagnostico terapeutico del paziente-utente fornendo tutta la sua capacità professionale e scientifica specialistica. Ci si chiede però

- **A fronte di una**
- **tendenza alla diaspora**
- **delle Unità Operative,**
- **prevale un ricorso**
- **sempre maggiore alla**
- **professionalità del**
- **Cardiologo, che si deve**
- **impegnare da solo e in**
- **prima persona negli**
- **ambiti e negli ambienti**
- **più diversi dell'Ospedale**

Il dubbio che non sia uniforme la interpretazione della partecipazione polispecialistica sul paziente in ambito dipartimentale, e che nuovamente emergano tentazioni antiche, quasi di un ritorno al passato. Non ci pare infatti impossibile che sotto la spinta di necessità economiche volte al risparmio di PERSONE e mezzi, le famose RISORSE UMANE di una struttura dipartimentale divengano sostanzialmente INTER-

SCAMBIABILI. Allora è facile che nel Dipartimento di Emergenza Urgenza il Cardiologo debba "temporaneamente" sostituire il Medico di Pronto Soccorso, o addirittura che il Rianimatore "dia una mano" in UTIC se il Cardiologo è impegnato altrove (vedi trasporto urgente a Struttura più complessa: ma il Cardiologo che fa parte del DEU può trasportare qualunque urgenza, anche non cardiologica?).

E viceversa, il Reparto di Cardiologia nell'ambito del Dipartimento Medico deve assorbire in "letti generici" pazienti medici anche non cardiologici? E la Terapia Intensiva Cardiologica può far parte di un'unica Terapia Intensiva Medica divisa non per specialità ma per livello di gravità del paziente?

Forse è davvero necessario riunificare le forze e puntare chiaramente ad un Dipartimento CARDIOLOGICO intra-aziendale (comprendente anche il territorio), interaziendale (comprendente Cardiologie di Ospedali diversi e attribuendo a ciascuna compiti differenziati, ma sempre specialistici cardiologici) o addirittura su base Provinciale, in relazione al bacino di utenza, che nella Regione

- **L'unica "isola felice", per il momento, è nelle Marche l'Azienda Ospedaliera Lancisi di Ancona. Trattandosi di un Ospedale Cardiologico d'avanguardia sia per le persone che per i mezzi**

che la patologia cardiovascolare ha la maggiore prevalenza di mortalità nella popolazione!). Ma d'altra parte sembra anche l'unico mezzo per difendere la Professionalità.

L'unica "isola felice", per il momento, è nelle Marche l'Azienda Ospedaliera Lancisi di Ancona. Trattandosi di un Ospedale Cardiologico d'avanguardia sia per le persone che per i mezzi, e potendo effettuare qualunque tipo di intervento diagnostico e terapeutico che la Cardiologia attuale richieda, rappresenta la fase finale di ogni possibile percorso specialistico cardiologico, ed è pertanto appagante in termini professionali ed efficace in termini di assistenza. Tuttavia anche su questa Struttura incombono almeno due potenziali pericoli. La diffusione dell'angioplastica primaria nell'infarto miocardico acuto grava sull'Ospedale Cardiologico in termini di numero di procedure in urgenza e di posti letto in UTIC, al punto tale che essendo tuttora l'unica struttura dotata di emodinamica della Regione Marche, se tutte le Cardiologie della Regione si organizzassero per inviare gli infarti acuti, anche solo gli anteriori, si giungerebbe rapidamente ad una condizione di saturazione, che imporrebbe quanto meno a tale Ospedale una significativa riorganizzazione in termini di spazi e uomini.

D'altra parte anche il trasferimento, da tempo ventilato e ormai prossimo, dell'Ospedale Cardiologico nell'ambito dell'Ospedale Regionale di Torrette di Ancona, porterebbe l'attuale organizzazione a dovere impegnarsi nel far fronte anche ad un SERVIZIO cardiologico per l'Ospedale, affiancando la Struttura attualmente ivi esistente, e dunque caricandosi di una attività probabilmente non di eccelso livello scientifico, ma di valenza routinaria e di enorme impegno sul piano umano e lavorativo (ciò che accade in ogni Ospedale misto).

Di fronte a questo quadro sembrano ormai maturi i tempi per un decentramento di alcune attività diagnostiche invasive, quanto meno per scaricare l'Ospedale Cardiologico da incombenze più di routine, avviandolo a rappresentare, non solo la punta di diamante della Cardiologia Marchigiana, quale già è, ma anche una Struttura di Insegnamento della Cardiologia, quale dovrebbe diventare soprattutto allorché sarà parte di un Ospedale Regionale che è anche Ospedale Universitario.

I fondi per attuare il decentramento delle Emodinamiche? "L'agenzia di rating Standard & Poor's (che misura l'affidabilità di società e Stati che chiedono prestiti) ha calcolato che, grazie al nuovo sistema di trasferimenti statali, le entrate per le Regioni saliranno a 174 miliardi, dell'8% entro il 2013. La Regione più favorita sarà le Marche" (da Corriere della Sera, lunedì 28 agosto 2000,

Marche è certamente di dimensioni favorevoli.

Questo rappresenta probabilmente l'unico modo di praticare un percorso diagnostico e terapeutico coerente e rapido per qualunque cardiopatico (non dimentichiamo, visto che la Riforma della Sanità è fatta, almeno nelle dichiarazioni ufficiali, per i pazienti-clienti-utenti,

pag. 7). Per la verità l'Agenzia Sanitaria Regionale delle Marche ha sentito l'esigenza di fornire uno strumento per la riunificazione della Cardiologia in ambito regionale: è stato infatti deliberato (proprio così: esiste una DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE!) ormai da un anno il Dipartimento Cardiologico Tecnico Scientifico Regionale.

Questa struttura ha il compito di una Authority in campo culturale-organizzativo cardiologico regionale e comprende nel suo Comitato di Dipartimento tutti i Dirigenti di II livello delle U.O. di Cardiologia della Regione, A PATTO CHE VI SIA STATA UN'ADESIONE DELL'INTERESSATO E UN'ADESIONE FORMALE DA PARTE DELLA DIREZIONE AZIENDALE DI APPARTENENZA. Ci si domanda naturalmente, a fronte delle numerose Linee Guida emanate dalle Società Scientifiche nazionali (vedi ANMCO-SIC oltre che società specifiche per branca, es. AIAC, SIEC, ecc.) e internazionali, se vi sia necessità di un ulteriore organismo che promuova nuove linee di comportamento diagnostico e terapeutico.

Ci si chiede anche perché le Cardiologie non siano tutte d'ufficio parte integrante di questo organismo, perché sia necessaria l'adesione scritta delle Dirigenze Aziendali ad un organismo culturale e di PROMOZIONE organizzativa, non con poteri di effettiva organizzazione di mezzi e

- **Di fronte a questo quadro sembrano ormai maturi i tempi per un decentramento di alcune attività diagnostiche invasive, quanto meno per scaricare l'Ospedale Cardiologico da incombenze più di routine**

persone. Abbiamo posto nell'ambito di tale Dipartimento la esigenza di essere presenti come Società Scientifiche e come ANMCO in particolare, data la coincidenza, almeno apparente, degli intenti.

Tale proposta di partecipazione è stata accettata, ma "senza diritto di voto": tuttavia un organismo di promozione culturale e tecnico-scientifica può avere al suo interno PARERI E OPINIONI discordi, non VOTI contrari. Infine: perché non i Dirigenti di I livello? Perché

sono culturalmente più inadeguati? O semplicemente perché non sono loro a discutere il Budget cardiologico in ambito aziendale? Ovviamente, come si vede, il Dipartimento Tecnico Scientifico Regionale Marchigiano è ancora un Organismo tutto da inventare, ed un velato equivoco fra l'aspetto gestionale concreto di risorse e quello tecnico-scientifico ricco di contenuti, ancora aleggia.

Il Comitato di Dipartimento si è comunque già riunito più volte, ha eletto il Coordinatore nella persona del Dott. Perna (Ospedale Cardiologico Lancisi, Ancona) ed ha in fase di elaborazione il suo Regolamento finale. Crediamo fortemente che debba essere incoraggiata la partecipazione di tutte le Cardiologie Marchigiane, perché tutti possano far sentire la propria voce e partecipare a quella che per il momento rappresenta l'unica forma organizzativa identificativa della Professionalità Cardiologica nelle Marche e perché questa possa effettivamente, e non solo a parole, servire ai bisogni della popolazione ammalata di cuore.

DALLE REGIONI

MOLISE

di Vanda Mazza

NOTIZIE

Nella riunione del Direttivo Regionale del 27 luglio 2000 che ha fatto seguito a quella del Consiglio Nazionale si è discusso dell'attività dell'Associazione Regionale nel prossimo futuro, con accordo unanime ad un maggiore impegno e coinvolgimento di tutti i colleghi iscritti.

Si è discusso anche di un'eventuale federazione con Regioni limitrofe tipo Abruzzo, rimandando ad una riu-

nione di tutti gli iscritti la decisione definitiva.

Delle numerose problematiche emerse e anche delle difficoltà di affrontarle sotto il profilo politico, visto che il nuovo Assessore alla Sanità si è insediato da poco, si è lungamente discusso.

Abbiamo per il momento individuato i seguenti punti da realizzare per i prossimi mesi:

1. La creazione di un **sito WEB Regionale**, per facilitare le comunicazioni tra colleghi.
2. In tema di Prevenzione, sviluppare un **progetto** di intervento e informazione nelle **scuole medie superiori** con seminari e corsi di formazione in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità e con l'Assessorato alla Pubblica Istruzione

e HEART CARE FOUNDATION, con il coinvolgimento degli insegnanti e degli studenti.

3. Attivare **esperienza pilota del Chest-Pain** presso gli Ospedali di Campobasso, Isernia e Termoli, in collaborazione con i Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri individuando costi, finalità e vantaggi organizzativi.
4. Realizzare una serie di **incontri con Medici di Medicina Generale** per promuovere le "Linee Guida" e programmi di aggiornamenti unitari, anche in collaborazione con l'Ordine dei Medici.
5. Il programma culturale prevede un primo incontro a Termoli il 20 ottobre 2000 su "**Clinical Decision making in Cardiologia ed Oncologia**".

PUGLIA

di Francesco Bovenzi

I Primari dell'ANMCO si attivano per "Puglia Pronto Soccorso 118"

Nell'ambito del V Convegno Internazionale "Cardiologia 2000" tenutosi il 12-13 maggio ad Ostuni, organizzato dalla Cardiologia Ospedaliera del Policlinico di Bari diretta dal Dott. Italo de Luca, si è svolta una Tavola Rotonda che ha riunito tutti i Primari delle più rappresentative Cardiologie pugliesi.

Sono stati esaminati gli standard quantitativi e qualitativi delle nostre strutture cardiologiche, rispetto a quelli auspicati dall'ANMCO e previsti dalla proposta di riordino della rete ospedaliera in Puglia.

Essi hanno analizzato la distribuzione dei posti-letto delle UTIC che risulta nella media auspicata dall'ANMCO per le provincie di Bari, di Lecce e di Brindisi, ma è insufficiente per la provincia di Foggia e notevolmente al di sotto dei bisogni della popolazione per la provincia di Taranto.

Questa è dotata di una sola UTIC pubblica con 6 posti

letto, che deve servire una popolazione di 592.000 abitanti rispetto al rapporto proposto dall'ANMCO e dal piano sanitario regionale di una UTIC ogni 130-150.000 abitanti.

I laboratori pubblici che eseguono interventistica coronarica sono collocati presso: la Cardiologia Ospedaliera ed Universitaria del Policlinico di Bari e la Cardiologia Ospedaliera di Lecce. Sono stati presentati i dati incoraggianti dell'attività finora svolta che prevede, per il 2000, oltre 1000 coronarografie e 300 angioplastiche per ogni laboratorio.

Ancora una volta è stato sollevato il problema della mancanza di un Piano Sanitario Regionale e l'assenza di una gestione dell'emergenza cardiologica.

I discussants della Tavola Rotonda hanno concordato una strategia comune intesa ad allineare la nostra alle altre Regioni italiane ed alla realtà europea. Il Dott. Carlo D'Agostino, Consigliere Nazionale dell'ANMCO, ha auspicato che tale strategia passi attraverso le Associazioni Scientifiche, per dare un maggior peso nel confronto con le istituzioni.

L'ANMCO, Associazione rappresentativa della Cardiologia Ospedaliera, costituisce un indispensabile tramite di questo processo.

Sono stati individuati i seguenti obiettivi da perseguire per l'immediato futuro:

1. **Miglioramento della distribuzione territoriale delle alte specialità**
 - Diagnostica interventistica (Emodinamica – Elettrofisiologia)
 - Cardiochirurgia

2. Gestione dell'emergenza cardiologica
 - Uniformare l'intervento sul territorio (118)
 - Organizzare la rete delle UTIC
3. Coordinamento con l'attività di Cardiologia territoriale
4. Gestione dei programmi di prevenzione-riabilitazione
5. Adozione di Linee Guida cliniche regionali.

Viene evidenziato che questo programma, per molti punti, rispecchia quello che il nuovo Consiglio Direttivo dell'ANMCO si è proposto per il prossimo biennio e che è stato adottato dal Consiglio Direttivo Regionale recentemente costituitosi. Saranno intraprese tutte le iniziative possibili per ottenere il successo del Programma, sfruttan-

do le competenze di ognuno ed avvalendosi degli "opinion leaders" dei diversi settori per dare più peso alle iniziative.

Il Dott. De Luca, a nome dei Primari della Puglia che hanno partecipato al Meeting e alla Tavola Rotonda, si è impegnato ad interloquire con il nuovo Assessore alla Sanità per dare priorità alla organizzazione territoriale dell'emergenza. La Regione Puglia è fra le poche che non hanno ancora attivato il 118.

Questo rappresenterà il punto di forza e il test per convalidare l'efficacia della "task force".

I Rappresentanti delle Cardiologie pugliesi ritengono di doversi periodicamente riunire per monitorizzare i progressi ottenuti e verificare i risultati.

TOSCANA

di Rossano Vergassola



Programma 2000-2002 ANMCO Toscana

- 1) In un incontro con il nuovo Assessore Regionale alla Sanità sono stati concordati alcuni punti:
 - a) **ufficialità del rapporto Regione-FIC** (nelle sue quattro componenti);
 - b) iniziativa ANMCO nel prossimo Ottobre, tesa a presentare teoria e aspetti pratici nella formazione di "percorsi assistenziali". Tale riunione sarà seguita da riunioni provinciali con temi specifici. Questa serie di riunioni servirà per dare un contributo alla prima formulazione del nuovo Piano Sanitario Regionale;
 - c) approfondimento sul "Dipartimento per le Malattie Cardiovascolari" (è stato presentato il progetto nazionale ANMCO), che interessa molto la Regione, proprio con lo scopo di arrivare alla formulazione di percorsi assistenziali.
- 2) In un incontro con la SIC, si è concordato:
 - a) una iniziativa comune culturale (Convegno), da tenersi periodicamente: la prima volta fra il 2001 e inizio 2002;
 - b) **rapporto ufficiale con la Regione Toscana;**
 - c) azione unitaria nella formazione per quanto attiene l'Emergenza (in particolare BLS-D a ACLS).
- 3) Altre iniziative (proseguono il lavoro fatto nel precedente biennio):
 - a) ripetizione di un Convegno totalmente gestito dagli infermieri di Cardiologia: si terrà a Grosseto nell'Ottobre 2001 e sarà di dimensioni molto su-

periori a quello svoltosi nel 2000 a Firenze;

- b) inizio dei Corsi di **BLS-D** ed **ACLS** anche per altre Regioni dell'Italia Centrale, che già lo scorso anno avevano dato la loro adesione: nel Novembre una settimana intera sarà dedicata ai Corsi, in collaborazione fra varie Istituzioni: oltre all'ANMCO Regionale Toscana, CRI, CNR, Università di Firenze e la Sapienza di Roma, GIEC... Saranno disponibili almeno 100 posti per provider BLS-D (Infermieri) e 50 per provider ACLS (Cardiologi): da qui può avere inizio quella "cascata", che è necessaria per addestrare le migliaia di operatori che lavorano nella Cardiologia Italiana. Si insiste sul concetto che la formazione dei Cardiologi è della Cardiologia, anche nell'Emergenza: questo concetto è stato ribadito anche recentemente sia dalla SIC che dall'ANCE;
- c) iniziativa verso i **118** toscani, al fine di garantire un adeguato trasporto del cardiopatico. Questo Convegno sarà fra il 2001 e inizio 2002: sarà preceduto da un'indagine, attraverso questionari da distribuire sia alle varie Cardiologie che ai 118, che ci diano una dimensione del problema e altre informazioni. Si proporrà la "specificità" del trasporto del cardiopatico, cercando di migliorare i suoi, purtroppo frequenti, spostamenti;
- d) particolare attenzione sarà posta al lavoro del Gruppo di Studio sulla **Riabilitazione**, dato che in Toscana si registrano ancora ritardi importanti in questo settore: nel mese di Settembre sono state decise alcune iniziative culturali da tenersi in varie Province;
- e) resta attivo il giornale "**Cardiologia in Toscana**", che ha contribuito negli ultimi due anni all'aumento dei Soci registrati in Toscana;
- f) è assicurata da iniziative del precedente biennio la presenza dell'ANMCO nelle **Commissioni Regionali**, come il Consiglio Sanitario Regionale (Micheli), la Commissione per l'Innovazione Tecnologica (Vergassola), la Commissione per la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari (Micheli, Severi, Antonucci, F. Cecchi, Pesola, Vergassola).

DALLE REGIONI

VENETO

di Carlo Martines



NOTIZIE

Il Consiglio Direttivo dell'ANMCO VENETO ha posto tra i punti qualificanti del proprio biennio di attività l'istituzione di un Osservatorio Epidemiologico Regionale sulle Malattie Cardiovascolari.

L'esigenza di questa indagine nasce dalla mancanza di dati epidemiologici attuali sulla realtà veneta.

La loro conoscenza permetterà all'Associazione un'analisi seria e la conseguente credibilità delle proposte di tipo programmatico e gestionale.

Le finalità del nostro intervento sono la definizione di:

1. **Epidemiologia delle Malattie Cardiovascolari nel Veneto**
2. **Disponibilità delle risorse assistenziali in ambito cardiologico**
3. **Proiezione del fabbisogno di risorse in base ai livelli definiti di assistenza.**

Questo potrà permettere di accreditarci di fronte alle Autorità Regionali nell'ambito della programmazione sanitaria quali interlocutori credibili e costruttivi in una contingenza normativa che prevede una interazione tra Società Scientifiche ed Enti Regolatori nella definizione dei livelli appropriati di assistenza, dei percorsi clinici e della formazione.

Un primo campo è costituito dalla Cardiopatia Ischemica con particolare riguardo alla fase acuta ed al fabbisogno di indagini invasive.

Gli altri ambiti riguardano la Fibrillazione Atriale e lo Scopenso Cardiaco. In questi casi l'indagine epidemiologica costituirà il momento iniziale della conoscenza della realtà per poter applicare i modelli organizzativi efficaci dal punto di vista clinico ed efficienti

ti da quello gestionale che caratterizza l'approccio cardiologico al problema.

La metodologia, attualmente in via di definizione nella sua operatività, prevede per alcune situazioni il coinvolgimento di tutte le Cardiologie, mentre l'approfondimento di altri temi vedrà l'impiego di indagini a campione, estese anche agli internisti ed ai medici che operano sul territorio. L'obiettivo è ambizioso ma contiamo sulla partecipazione di tutti i Soci, perché la Cardiologia Veneta possa confermare i livelli di eccellenza che le sono propri.

Con il Notiziario ANMCO VENETO NEWS si stabilisce il primo contatto ufficiale tra il Consiglio Direttivo e i Soci della Sezione ANMCO del Veneto. Il Consiglio si è già riunito quattro volte ed è stato stilato un programma di massima che verrà realizzato nei modi e nei tempi previsti.

In primo luogo si desidera portare avanti le iniziative regionali ormai consolidate, come la discussione dei casi clinici, l'organizzazione dei Convegni Triveneti, le assemblee periodiche dei Soci.

In questa occasione viene fatta una descrizione sintetica del programma, rinviando l'esposizione completa e dettagliata al 6 ottobre, in occasione della riunione che si terrà a San Donà di Piave sui "casi clinici". Uno dei punti più qualificanti del programma è l'istituzione di un Osservatorio Epidemiologico Regionale, con lo scopo di valutare l'incidenza epidemiologica delle malattie cardiovascolari, la disponibilità delle risorse assistenziali e la proiezione del fabbisogno delle risorse stesse.

Altre novità sono rappresentate dalla decisione di indire un censimento minuzioso relativo alle strutture cardiologiche del Veneto e di istituire un "Osservatorio di Collocamento", data l'enorme difficoltà di reperire Cardiologi disponibili per incarichi e addirittura

per inserimento definitivo nelle piante organiche.

È in allestimento un Simposio Regionale che, sulla base dei dati epidemiologici che verranno raccolti, potrà dare un contributo qualificato alla programmazione delle decisioni in campo regionale.

È intenzione, sia del Delegato che del Consiglio, consolidare i rapporti con la Sezione Regionale della SIC e con i vari Gruppi di Studio operanti nella Regione.

Altri punti del programma sono:

1. *Continuare, con periodicità, si spera, bimestrale la pubblicazione di questo Notiziario Regionale.*
2. *Instaurare un dialogo costante con le Autorità Regionali e con i Direttori Generali per il raggiungimento di una elevata sensibilità nei confronti della Cardiologia.*
3. *Programmazione di un sito Web Regionale.*
4. *Aumentare il numero dei Cardiologi iscritti all'ANMCO.*
5. *Fare dell'ANMCO un punto di riferimento tra i Gruppi di Studio per la programmazione e per il coordinamento delle riunioni scientifiche.*
6. *Individuare un referente ANMCO in ogni Unità Operativa di Cardiologia della Regione.*
7. *Tentare di stabilire un rapporto continuativo con la Medicina di base, sia sul piano scientifico che operativo.*
8. *Collaborazione con l'ANCE, che sia non soltanto unidirezionale, ma anche di scambio sul piano delle organizzazioni di riunioni scientifiche.*
9. *Favorire lo sviluppo dei Dipartimenti Cardiovascolari, con estensione all'area extraospedaliera per poter seguire meglio i pazienti affetti da scompenso cardiaco.*
10. *Intensificare la Cardiologia Riabilitativa.*
11. *Promuovere una più intensa collaborazione con le Cardiochirurgie sul piano organizzativo.*
12. *Promuovere campagne di informazione sui fattori di rischio coronarico.*
13. *Garantire la continuità del programma al passaggio delle consegne tra un Direttivo e l'altro.*

6 ottobre 2000
SAN DONÀ DI PIAVE
Riunione sui "Casi Clinici"

FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO

IL GAP TECNOLOGICO DELLA CARDIOLOGIA OSPEDALIERA ITALIANA E LA BUCCIA DI BANANA

La Cardiologia Ospedaliera Italiana e l'ANMCO, che la rappresenta, hanno avuto la loro consacrazione con la diffusione e la capillarizzazione delle UCIC che permise di mettere a disposizione di tutto il territorio nazionale, nei piccoli e nei grandi ospedali, il meglio della terapia per il trattamento delle emergenze cardiologiche e delle sindromi coronariche acute in particolare.

Ne è seguita una lunga stagione che ha portato grandi frutti nel campo assistenziale e culturale, con un drastico miglioramento nella cura dei cardiopatici e con il

- Nel corso degli anni,
- la tecnologia è
- andata sempre più
- concentrandosi nei
- grandi ospedali, con
- un processo di
- centralizzazione che
- è andato in maniera
- opposta a quello
- ricordato per le UCIC

Nel corso degli anni, mentre la Cardiologia si affermava sempre più come branca ad alto contenuto tecnologico, la tecnologia è andata sempre più concentrandosi nei grandi ospedali, con un processo di centralizzazione che è andato in maniera opposta a quello ricordato per le UCIC.

I Centri metropolitani in genere sono riusciti a mantenere il passo con l'esplosione del know-how e con la necessità di apparecchiature sempre più avanzate, sviluppando le branche più sofisticate della Cardiologia come la diagnosi cruenta e la terapia interventistica delle sindromi coronariche, la diagnostica aritmologica cruenta, la terapia aritmologica interventistica ecc.

Al contrario, la maggioranza dei Centri cardiologici italiani di piccole e medie dimensioni, che costituiscono l'ossatura della Cardiologia Italiana, mentre hanno mantenuto come area qualificante l'UCIC, hanno avuto uno sviluppo tecnologico spesso limitato alla diagnostica incruenta, talora di livello di poco superiore a quello di

raggiungimento di traguardi scientifici che ci vengono riconosciuti da tutto il mondo (vedi gli studi GISSI in particolare).

Sul piano politico, ciò caratterizzò fortemente la nostra disciplina rispetto alla Medicina Generale e ci diede quella dignità che ci ha reso interlocutori privilegiati per gli organismi programmatori della sanità.

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

-
- **Il rischio che la**
- **Cardiologia**
- **Ospedaliera Italiana**
- **sta correndo è elevato.**
- **Le UCIC che fanno solo**
- **diagnostica e terapia**
- **incruenta corrono il**
- **serio pericolo di**
- **diventare solo punti di**
- **smistamento verso**
- **UCIC più avanzate**
-

strutture ambulatoriali. Quanto alle UCIC, mentre in tutto il mondo sta esplodendo l'angioplastica primaria, nella quasi totalità dei Centri italiani si è fermi alla semplice trombolisi endovena e si fa il tifo per i nuovi farmaci inibitori dei recettori piastrinici glicoproteici sperando di recuperare posizioni rispetto alle UCIC

d'avanguardia dotate di laboratorio di emodinamica interventistica.

Il rischio che la Cardiologia Ospedaliera Italiana sta correndo è elevato. Le UCIC che fanno solo diagnostica e terapia incruenta corrono il serio pericolo di diventare obsolete in poco tempo, di diventare solo punti di smistamento verso UCIC più avanzate, di perdere quella caratterizzazione che le ha distinte dalle Rianimazioni. Potrebbero perciò essere riassorbite in Dipartimenti di Terapia Intensiva perdendo di fatto la loro identità.

Allo stesso modo, la Cardiologia Diagnostica dotata solo di tecnologie incruente e di basso livello di specializzazione potrebbe essere staccata dalla UCIC e aggregata in Dipartimenti di Medicina Generale, gestita da

-
- **I Centri di**
- **dimensioni non**
- **metropolitane**
- **dovrebbero essere**
- **sollecitati e non**
- **osteggiati nello**
- **sviluppare la**
- **diagnostica**
- **cruenta**
-

Cardiologi Dirigenti di I livello a loro volta diretti da un Dirigente di II livello di estrazione medica.

Ma, indipendentemente da questo scenario di smembramento della Cardiologia, si profila una ulteriore ed illustre vittima del gap tecnologico: la continuità assistenziale che

richia di venire a mancare proprio per quella patologia, la cardiopatia ischemica, che per il suo impatto sociale ha favorito la stessa nascita della Cardiologia Ospedaliera. Chi alla fine verrebbe penalizzato sarebbe il paziente cardiopatico trattato sempre più dagli internisti e/o da Cardiologi demotivati e/o costretti a emigrare nei Centri di riferimento metropolitani.

Il razionamento delle risorse negli ospedali pubblici e l'assunto di una correlazione diretta tra volume e qualità delle prestazioni invasive vengono invocate come motivazione nobile di questo gap tecnologico.

Chi scrive non ignora il progetto generale né pensa a una scriteriata gestione delle risorse, ma mette in guardia sui rischi del risparmio a tutti i co-

sti e della passiva accettazione di dogmi più o meno interessati.

Per questi motivi i Centri di dimensioni non metropolitane dovrebbero essere sollecitati e non osteggiati nello sviluppare la diagnostica cruenta (emodinamica ed elettrofisiologia) e coordinati per studiare i modi per rendere facilmente disponibile la terapia interventistica delle sindromi coronariche acute e delle aritmie, in elezione e nell'emergenza.

Ciò è oggi economicamente possibile grazie ai sistemi radiologici portatili che pur garantendo una ottima efficacia hanno costi tutt'altro che proibitivi, simili a quelli di un buon ecografo.

Cardiologia Italiana, se ci sei, batti un colpo!

PIETRO DELISE E GIUSEPPE VERGARA



N. 118 settembre 2000

Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Redazione:
Pietro Zonzin

Segretaria di Redazione:
Monica Lorimer

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 571798 - Fax 055 579334
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it
<http://www.anmco.it>

Direttore:
Gian Luigi Nicolosi

Direttore Responsabile:
Pier Filippo Fazzini

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

Stampa: Tipografia Kleine Schnel
Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze

segue da pagina 21: Attività del Consiglio Direttivo Regionale

un'assistenza integrata fra cardiologi, internisti, fra ospedale e territorio.

È stato eseguito un censimento dei cardiologi in Regione (iscritti all'ANMCO e no) nell'ipotesi che una conoscenza precisa del numero di cardiologi e la loro distribuzione, sia uno strumento utile per un migliore utilizzo delle risorse e per la programmazione del numero di specializzandi.

Il Direttivo Regionale si è incontrato 3 volte con l'Agenzia Regionale della Sanità, in uno era presente anche l'Assessore. I temi trattati sono stati diversi: il ruolo del cardiologo nelle aree di emergenza, il mantenimento dell'autonomia di alcune UTIC regionali, il chiarimento del ruolo delle Riabilitazioni Cardiologiche, la razionale distribuzione delle strutture più costose (cardiologia invasiva). Riteniamo che ciò debba venir considerato un primo passo significativo per una futura più fattiva collaborazione e comunicazione.

Rapporti con le Università degli Studi di Trieste e di Udine: La scuola di Cardiologia di Trieste è ampiamente affidata alle strutture ospedaliere regionali, sia per l'insegnamento negli ultimi 3 anni, che per il training professionale. Gli specializzandi frequentano gli Ospedali di Trieste, Udi-

ne, Pordenone e Monfalcone, venendo pertanto operativamente in contatto con le maggiori realtà cardiologiche regionali.

L'insegnamento agli studenti di medicina del quarto anno e della Cardiologia agli specializzandi in Medicina dello Sport del 1° anno ed ai tecnici di Neurologia e Radiologia, è in larga parte affidato alla Cardiologia Ospedaliera di Trieste e di Udine. Possiamo dire che la nostra Regione è all'avanguardia nei rapporti Ospedale-Università.

La nostra Regione è stata molto attiva nello sviluppo del database delle UTIC RUTA, iniziativa dell'ANMCO del Triveneto, compatibile con quello più esteso proposto dall'ANMCO che è stato presentato al Congresso Nazionale di Firenze.

Nell'aprile 2000 si sono tenute le nuove elezioni ed il Consiglio Direttivo Regionale è stato ampliato a 7 unità. I programmi principali del nuovo direttivo per il biennio 2000-2002 sono:

1. lo sviluppo e la coordinazione dell'informatizzazione delle Cardiologie della Regione. Per l'informatica è stata costituita una commissione operativa finalizzata a realizzare i software di tutti i settori della

Cardiologia, a partire dall'ecocardiografia i cui programmi terranno comunque conto del software elaborato a livello nazionale (G8)

2. la creazione di un protocollo regionale per il trattamento dell'infarto miocardico severo. Tale protocollo verrà inserito nel registro degli infarti RUTA
 3. la creazione di un gruppo di studio sulla fibrillazione atriale
 4. un inventario dei percorsi diagnostico terapeutici nei pazienti con scompenso cardiaco congestizio nelle varie realtà regionali
 5. la raccolta dei principali protocolli cardiologici più recenti utilizzati presso le varie Unità Operative, che verranno trasferiti su supporto magnetico e distribuiti alle cardiologie della Regione
 6. il monitoraggio delle pubblicazioni scientifiche regionali su riviste con peer review
 7. il consolidamento dei rapporti con l'Agenzia Regionale della Sanità
 8. il monitoraggio della qualità dell'insegnamento presso i reparti cardiologici della Regione
 9. l'organizzazione di 1 o 2 simposi annuali
- Speriamo di non aver messo troppa carne al fuoco!