



I L G I NEGLI SPE LI



novembre 2001

N. 124

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

IN QUESTO NUMERO:

2 DAL PRESIDENTE

Ancora sul problema della continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio

8 DALLA FIC

Dopo tre anni di attività della FIC
Il caso della Cerivastatina

11 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO IL SITO WEB

Gara di idee. A breve un bando di concorso per progetti su "Telediagnostica e teleconsulto"

12 DAL CENTRO STUDI

Le attività di ricerca dell'ANMCO

16 DALLE AREE

Emergenza-Urgenza
Nursing - Prevenzione
Scenpenso

41 DALLE REGIONI

Campania - Puglia
Sicilia - Veneto

47 RECENSIONI

"Medicina e scienze umane"
Nuovo saggio di O. Visioli

2 ANCORA SUL PROBLEMA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE FRA OSPEDALE E TERRITORIO

La realizzazione di un progetto di efficace continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio rappresenta per i cardiologi una sfida, ma anche una grande opportunità

9 A PROPOSITO DELLA CERIVASTATINA

Quello che i pazienti italiani dovrebbero sapere

11 GARA DI IDEE

A breve un bando di concorso per progetti su "Telediagnostica e teleconsulto"

12 LE ATTIVITÀ DI RICERCA DELL'ANMCO

Molto si è fatto e molto si sta facendo, ma ci sono ancora una serie importante di aspetti da migliorare

31 DAL XXIII CONGRESSO DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA DI STOCCOLMA

Le novità per l'Assistenza

39 IL REGISTRO DELLA CARDIOPATIA IPERTROFICA. IL SUPPORTO DELL'AREA SCOMPENSO AD UN PROGETTO DI GRANDE RILEVANZA SCIENTIFICA

I Centri partecipanti verranno costantemente aggiornati sui dati e saranno coinvolti nell'attività scientifica del Registro

Novembre 2001

AMICI DELL'ANMCO

ASTRAZENECA • BAYER ITALIA • BOEHRINGER INGELHEIM • KNOLL FARMACEUTICI

MERCK SHARP & DOHME • PFIZER ITALIANA • ROCHE

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

ANCORA SUL PROBLEMA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE FRA OSPEDALE E TERRITORIO



PREMESSA

Mi sono deciso a scrivere questo testo, dopo numerose sollecitazioni e richieste da parte di alcuni Soci, nel tentativo di sistematizzare e organizzare molte delle idee, dei ragionamenti e delle discussioni che abbiamo elaborato insieme con molti di voi a livello Regionale e Nazionale, in sedi istituzionali e non, tentando di esplicitare anche quanto mi sono trovato a dire in occasione delle diverse riunioni scientifiche a cui ho partecipato in questi mesi.

Dato che l'iniziativa non ha certo le caratteristiche della originalità e dal momento che si è già molto parlato dell'argomento, ero inizialmente molto perplesso. C'è anzi il rischio di molte ripetizioni.

Mi sono comunque convinto, spero non a torto, che questo tentativo andava però fatto, proprio perché da molti mi è stato chiesto più volte uno scritto riassuntivo e sistematico sul problema della continuità assistenziale fra ospedale e territorio nel contesto del processo di regionalizzazione dell'ANMCO e, più in generale, della sanità italiana.

È del resto questa una delle problematiche che coinvolge maggiormente l'ANMCO nelle realtà locali e che richiede quotidianamente risposte organizzative credibili, non sempre agevoli da trovare.

IL CONTESTO ATTUALE

L'evoluzione verso la regionalizzazione della normativa sanitaria ha reso i Cardiologi più consapevoli di dover recuperare la centralità del paziente nella continuità assistenziale fra Ospedale e Territorio (1-5).

Ciò ha portato alla necessità di una nuova formulazione dei rapporti fra Cardiologia Ospedaliera e Territorio, tenendo presente quanto già indicato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che recita: "particolare impegno deve essere dedicato alla riallocazione delle risorse: dalla cura alla prevenzione; dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio; dalla assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale. La riallocazione delle risorse deve realizzarsi attraverso l'elaborazione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e interaziendale...".

In questi anni la progettualità a carattere nazionale non si è dimostrata né realistica né facilmente percorribile a livello locale, per la sua astrattezza e genericità delle soluzioni. Esiste infatti una realtà locale estremamente eterogenea, caratterizzata da una ampia costellazione di Divisioni di Cardiologia ospedaliera e universitarie, Servizi di Cardiologia con letti, Servizi senza letti di degenza, Unità di Terapia Intensiva Coronarica in Divisioni Cardiologiche ma anche all'interno di Servizi con letti, Strutture sia autonome che aggregate (1). Ne deriva che le strutture cardiologiche nella loro maggioranza (circa il 70%) corrono il rischio di perdere la loro autonomia con l'inserimento in Aree Omogenee o Dipartimenti di Medicina e/o di Emergenza-Urgenza o di Riabilitazione (1-6). Il rischio maggiore è la diluizione della specificità Cardiologia attraverso lo smembramento delle cardiologie e la realizzazione di nuove entità dove, ad esempio, l'Unità Coronarica possa venire aggregata al Dipartimento di Emergenza, il Reparto di Degenza a quello di Medicina Interna, i Laboratori di Cardiologia al Dipartimento di Immagine, e così via. Tali soluzioni organizzative, così devastanti dal punto di vista della continuità assistenziale e della centralità del paziente, sono purtroppo un pericolo incombente, qua e là già in fase di realizzazione.



N. 124 - novembre 2001

Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

Pietro Zonzin

Co-Editor:

Marino Scherillo

Comitato di Redazione:

Carlo D'Agostino, Marcello Galvani

Segreteria di Redazione:

Monica Lorimer, Simonetta Ricci

Segreteria Nazionale:

ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

Pier Filippo Fazzini

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74

E.C.O. srl Edizioni

Cardiologiche Ospedaliere

Stampa: Tipografia Kleine Schnel

Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze

Esistono infatti normative e strategie sempre più diversificate, regioni che operano con strategie diverse, con obiettivi non univoci e metodologie differenziate, se non addirittura incompatibili fra una Regione e un'altra. Occorre poi ricordare che non esiste solo una diversificazione tra Regioni, ma anche tra Province o spesso tra Aziende anche contigue, la cui progettualità è spesso basata sul bilancio e sulle centralità delle "prestazioni" (Figura 1) più che sulla continuità assistenziale e sulla centralità del servizio e del paziente (Figura 2).



FIG. 1 - Modello incentrato sulla prestazione

Figura 1

Modello incentrato sulla prestazione. Il cittadino esprime bisogni per i quali viene attivata direttamente la richiesta di prestazioni da parte del medico prescrittore, generico o specialista, secondo modalità consolidate, ripetitive e ridondanti, senza una adeguata analisi differenziata del bisogno secondo priorità cliniche. In alternativa il cittadino può ricorrere anche all'autoprescrizione di prestazioni. In questo tipo di modello la lista d'attesa per le prestazioni dipende in gran parte dall'erogatore e dalla sua capacità di rispondere alle richieste, con scarsa possibilità di intervento sulla appropriatezza delle prestazioni e sulla loro tipologia e tempistica. Anzi, ad ogni incremento di offerta di prestazioni si realizza un incremento incontrollato della domanda. Un blando tipo di controllo può derivare soltanto dal numero e dalla tipologia di prestazioni che vengono riconosciute come rimborsabili dalla committenza.

Figura 2

Modello incentrato sul servizio al paziente. L'analisi del bisogno espresso dal cittadino viene effettuata in genere dal Medico di Medicina Generale che classifica il bisogno secondo priorità cliniche e differenzia la necessità o meno di ricorrere a prestazioni o a specialisti. In questo tipo di modello parte dei bisogni di salute può venir soddisfatto già direttamente dal Medico di Medicina Generale, eventualmente sostenuto nella propria decisionalità da procedure definite di teleconsulto e supporto alla decisione. L'accesso alle prestazioni viene determinato dal Medico di Medicina Generale o da altro prescrittore secondo priorità cliniche e criteri di appropriatezza preventivamente condivisi fra pre-

scrittori ed erogatori. Le informazioni al cittadino sui tempi di attesa e sulle modalità di erogazione e sul significato di quella particolare prestazione per il suo particolare caso vengono esplicitate al cittadino stesso direttamente da parte del primo prescrittore. Il governo della domanda viene in tal modo attivato sin dal primo esplicitarsi del bisogno, consentendo di ottenere richieste appropriate di prestazioni a tutti i livelli, sia da parte del medico prescrittore, sia da parte dell'erogatore, sia dalla committenza, che può riconoscere e legittimare le Linee Guida di comportamento e appropriatezza condivise fra prescrittori ed erogatori, partecipando anche a completare l'informazione al cittadino sulle modalità di soddisfazione dei suoi bisogni di salute.



FIG. 2 - Modello incentrato sul servizio al paziente

In questa situazione la tendenza del Cardiologo Ospedaliero è stata spesso quella di “isolarsi” nella sofisticazione delle superspecializzazioni a sviluppo esponenziale all’interno delle Cardiologie. Ciò ha talora comportato difetti di comunicazione e incapacità di coinvolgimento anche tra Cardiologi operanti all’interno della stessa struttura o di strutture geograficamente vicine o che incidono sullo stesso bacino di utenza. In questo scenario le “grandi” cardiologie si sono sentite fin troppo spesso sicure e autosufficienti, con ciò facilmente isolandosi dal contesto territoriale. Per quanto riguarda le “piccole” cardiologie, queste si sono sentite e sono state spesso di fatto isolate. Le cardiologie di “media” dimensione si sono invece spesso isolate attraverso meccanismi di competizione e autoaffermazione più o meno spinti. A questo si aggiunga una certa difficoltà culturale da parte dei Cardiologi a coinvolgere e, soprattutto, a corresponsabilizzare figure mediche diverse (internisti, diabetologi, medici dell’emergenza e del 118, medici di medicina generale, ecc.) comunque operanti sulla stessa problematica cardiologica nell’ambito di uno stesso contesto geografico ed organizzativo (provincia, area vasta, area metropolitana, ecc.).

Il Dipartimento Cardiologico Intra o Interaziendale potrebbe rappresentare una possibile soluzione al problema (1-3). Tuttavia la sua costituzione a livello nazionale non appare ancora né agevole né avviata in maniera sistematica, se non nelle strutture cardiologiche più complesse e negli ospedali di grandi dimensio-

ni, che sono comunque una minoranza. Una gran parte di tale ancora incompleta affermazione e mancata realizzazione dello strumento dipartimentale risiede nelle difficoltà sopra esposte, in parte esaltate anche dalla cronica ritrosia ad accettare soluzioni, come quella del Dipartimento, che ha nella verticalità e nella gerarchia dei ruoli uno dei suoi presupposti organizzativi, con l'esigenza di disponibilità reciproca a perdere porzioni di autonomia. Per superare tali difficoltà, e rendere i dipartimenti più accettabili, si sono talora create strutture dipartimentali in cui l'aspetto della verticalità è stato "diluìto" nei regolamenti attuativi, creando modelli che possono essere definiti come "obliqui". Si sono sottovalutate, però, le notevoli opportunità offerte dai Dipartimenti Orizzontali, che forse si presterebbero meglio, in questa fase storica, a far avanzare culturalmente la capacità aggregativa e organizzativa dei Cardiologi fra Ospedale e Territorio, anche attraverso i modelli dei Dipartimenti Interaziendali.

LE STRATEGIE

Per il perseguimento dell'obiettivo prioritario della continuità assistenziale fra ospedale e territorio e per la centralità del paziente è necessario innanzitutto potenziare l'architettura organizzativa regionale dell'ANMCO, secondo linee di indirizzo coordinate a livello Nazionale, al fine di raggiungere la facilitazione concordata dei percorsi assistenziali fra tutti gli attori della Sanità operanti a livello locale. Ciò si realizza attraverso il superamento, in senso organizzativo, dei confini della propria specializzazione professionale, al fine di lavorare in sintonia con tutte le altre figure professionali che interagiscono con le stesse problematiche sanitarie. La praticabilità delle progettualità applicative dipende però dall'attenzione alle esigenze locali e alla loro diversità, trovando in ogni sede obiettivi concreti, aggreganti, condivisi e perseguibili.

Riconoscere la priorità della centralità del paziente vuol dire facilitare i collegamenti organizzativi, concordati su percorsi assistenziali, anche tra Cardiologie a diversa complessità o specificità che incidono sullo stesso bacino d'utenza, superando la sterile competizione e riconoscendo il ruolo vincente della collaborazione. Ciò costituisce la base di nuove relazioni organizzative e percorsi assistenziali da condividere con le diverse figure professionali (ospedaliere e territoriali, quali appunto internisti, diabetologi, cardiologi del territorio, medici dell'emergenza e del 118, medici di medicina generale, ecc.) che concorrono e interagiscono con le stesse problematiche sanitarie in ogni singola particolare realtà locale. Tali aggregazioni organizzative costituiscono anche il presupposto per una realistica implementazione delle Linee Guida, al fine di superare la semplice produzione cartacea di documenti, a tutto vantaggio di applicazioni reali mediante protocolli condivisi e partecipati da chi lavora sul campo.

Ciò dovrebbe consentire anche di raggiungere una "massa critica" tale da proporsi come interlocutori autorevoli e credibili, in un contesto organizzato di rete fra Ospedale e Territorio e attraverso progettualità negoziabili con le controparti istituzionali, quali le Direzioni Generali e gli Assessorati alla Sanità, anche per ciò che concerne l'approvvigionamento delle risorse. Tali progettualità condivise avrebbero infatti più facilmente caratteristiche di praticabilità, razionalità e di favorevole rapporto costo/efficacia, anche in un sistema condizionato da isorisorse.

LE PRIORITÀ

È essenziale identificare le priorità di questo impegno strategico in campi definiti a maggiore assorbimento di risorse e più vantaggioso rapporto costo/beneficio, in sinergia con tutte le figure sanitarie coinvolte. Quattro sono gli scenari organizzativi che potrebbero possedere queste caratteristiche: 1) la telecardiologia in tutte le sue forme e potenzialità emergenti; 2) lo scompenso cardiaco, che soltanto per il 20% trova una sua completa soluzione in ambiente strettamente cardiologico; 3) le sindromi coronariche acute, che richiedono ormai una strategia di organizzazione a rete, anche perché la maggior parte delle morti avviene al di fuori dell'ospedale; 4) la prevenzione, troppo spesso considerata separatamente dalla riabilitazione (2,4,5).

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Tutti i modelli operativi locali, contestualizzati nel Dipartimento Cardiovascolare Intra o Interaziendale o comunque concepiti, devono riconoscere la centralità della figura del “paziente” e non della “prestazione”. Va anche riconosciuto il ruolo essenziale del medico di medicina generale (M.M.G.), che si trova in un osservatorio privilegiato per l’analisi dei bisogni dei pazienti e per la differenziazione della domanda e della risposta, da commisurare al bisogno (Figura 3. Il Modello Organizzativo).

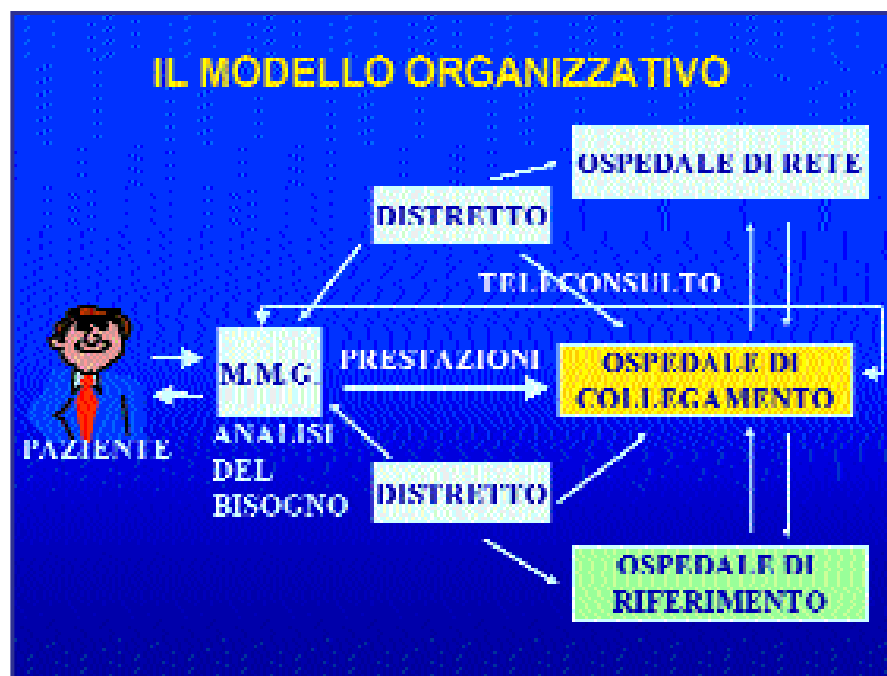


FIG. 3 - Il Modello Organizzativo

A tale livello appare critica la disponibilità per il M.M.G. di un supporto alla decisione per le problematiche di tipo cardiologico da parte dello specialista, effettuato eventualmente anche per via telematica (teleconsulto, ecc.), al fine di evitare accessi impropri all’ospedale e di filtrare e risolvere in periferia i bisogni più semplici. Ciò può facilitare anche una gestione ottimizzata delle liste di attesa per le prestazioni, da condividere secondo priorità cliniche, mediante anche l’organizzazione e la facilitazione di percorsi attraverso processi concordati e partecipati.

Le diverse cardiologie, piccole, medie o grandi, dei diversi ospedali che incidono sullo stesso bacino d’utenza devono, in questo contesto, riconoscere, accettare e condividere ruoli funzionalmente diversi e complementari, nel rispetto della dignità e competenza specifica e nella variabilità dei diversi contesti organizzativi. In questa visione vanno probabilmente perseguite una maggiore accessibilità e flessibilità delle grandi cardiologie degli ospedali di riferimento, ma va anche riconosciuto e valorizzato il ruolo delle piccole e medie cardiologie negli ospedali di rete, che devono poter svolgere funzioni insostituibili e riconosciute di strutture di interfaccia e collegamento, interagendo anche con i Distretti, tra tutti gli attori operanti sul campo (2,4,5).

LE PROPOSTE OPERATIVE

Per proporsi come interlocutore propositivo e credibile nei confronti del territorio l’ANMCO è impegnata a (2,4,5):

- 1) elaborare una progettualità strategica e di coordinamento a livello Nazionale;
- 2) stimolare e coordinare le progettualità applicative a livello regionale o per aggregazione di macroregioni contigue;

- 3) promuovere la formazione di strutture a rete e facilitare il coordinamento tra Cardiologie a diversa complessità che incidono sullo stesso bacino di utenza (provincia, area vasta, area metropolitana, ecc.);
- 4) intervenire operativamente nella formulazione e implementazione delle Linee Guida che riguardano le principali patologie cardiovascolari;
- 5) definire e perseguire modalità di comunicazione efficace con i Medici di Medicina Generale, ricercando prioritariamente un rapporto istituzionale con il Distretto Sanitario, senza tuttavia tralasciare altre possibilità di coinvolgimento (cooperative, rapporto diretto di conoscenza, associazioni locali più rappresentative);
- 6) favorire il coinvolgimento di tutti gli attori della Sanità operanti a vario titolo sulle stesse problematiche (internisti, diabetologi, cardiologi del territorio, medici dell'emergenza e del 118, ecc.), promuovendo iniziative locali per l'applicazione di percorsi comuni e condivisi;
- 7) facilitare i contatti professionali elaborando progetti di formazione permanente (progetti di Educazione Medica Continua e Crediti Formativi) che prevedano anche la possibilità di frequentare le Cardiologie Ospedaliere da parte degli operatori sanitari del territorio (specialisti extraospedalieri, M.M.G., infermieri, ecc.).

CONCLUSIONI

La realizzazione di un progetto di efficace continuità assistenziale fra ospedale e territorio rappresenta per i Cardiologi una sfida, ma anche una grande opportunità, che aiuterà a superare sia la settorializzazione subspecialistica e ipertecnologica che la possibile perdita e diluizione di specificità di una parte della Cardiologia (1-6). Necessita di una analisi attenta e realistica dei bisogni attuali e prospettici di ogni realtà locale. Deve prevedere una organizzazione che rispetti, per quanto possibile, l'esistente, e diversifichi il grado di autonomia e l'entità della integrazione fra le diverse strutture, attraverso una progettualità realizzativa graduale, condivisa e partecipata attraverso la negoziazione. La partecipazione ad altri dipartimenti non cardiologici da parte delle singole cardiologie non deve precludere la sua realizzazione. Richiede il superamento degli isolazionismi e delle contrapposizioni sterili. Va comunque ricercata da parte dei Cardiologi come soluzione organizzativa dei flussi operativi, non solo per fornire prestazioni, ma per gestire servizio. Va accettata come sfida propositiva di integrazione fra ospedale e territorio e fra differenti realtà cardiologiche, piccole, medie e grandi, che presidiano a diverso titolo un determinato bacino di utenza.

Bibliografia

- 1) Cirrincione V, Nicolosi GL, Pede S, Respighi E, Schweiger C, Tavazzi L, Vergassola R. Il dipartimento cardiovascolare. Documento della Commissione Dipartimento ANMCO. *Cardiologia negli Ospedali* 1998;111, dicembre:1-4
- 2) Nicolosi GL. L'ANMCO e il territorio. *Cardiologia negli Ospedali* 1999;115, dicembre:7
- 3) Cirrincione V, Nicolosi GL. Struttura e organizzazione funzionale del dipartimento cardiovascolare. In "Qualità, accreditamento e gestione delle Unità Operative in Cardiologia", Schweiger C e Scherillo M eds, Centro Scientifico editore, Torino, 2000, pp. 157-178
- 4) Nicolosi GL, Giordano A. L'ANMCO e il territorio. In "L'ANMCO nella Sanità che cambia. Documento di consenso del Simposio Organizzativo del XXXI Congresso Nazionale di Cardiologia-ANMCO; Firenze, 21 maggio 2000". *Ital Heart J Suppl* 2000;1(12):1540-1541
- 5) Nicolosi GL. L'ANMCO oltre il 2000. Linee programmatiche del Consiglio Direttivo 2000-2002. *Cardiologia negli Ospedali* 2000;118, settembre:1-4
- 6) Nicolosi GL. Appunti per una riflessione dopo l'ultima riunione del Consiglio Nazionale. *Cardiologia negli Ospedali* 2001;119, gennaio:3-5



DOPO TRE ANNI DI ATTIVITÀ DELLA FIC

La FIC deve esprimere la sintesi degli intenti delle Società che la costituiscono e offrire l'opportunità di incontrarsi e di elaborare nuove strategie nei confronti della comunità scientifica internazionale e delle istituzioni di salute pubblica nazionali e regionali

Inizia il secondo triennio di vita della FIC. Va ripensata l'esperienza trascorsa (lo farà il Presidente uscente) e considerato il prossimo futuro. Il primo punto riguarda la composizione del Consiglio Direttivo. A differenza del precedente ne fanno parte i Presidenti SIC e ANMCO.

Questa variazione è politicamente rilevante. Uno dei problemi avvertiti durante il triennio precedente era, diciamo così, di percezione.

La FIC deve esprimere la sintesi degli intenti delle Società che la costituiscono e offrire l'opportunità di incontrarsi e di elaborare nuove strategie nei confronti della comunità scientifica internazionale e delle istituzioni di salute pubblica nazionali e regionali. Non deve

essere percepita come una entità terza e diversa. Un po' era, e forse è percepita così. Ma così non deve essere.

La FIC non ha contenuto proprio, diverso dalle Società federate, e deve avere un profilo che non è altro che la risultante della sommatoria dei profili delle due Società. Il fatto che i presidenti siano membri del Consiglio Direttivo è coerente con la strategia del dialogo, che è l'anima della FIC, e garantisce che non vengano prese decisioni non condivise dalle Società membri.

L'Italian Heart Journal è stata la realizzazione più visibile e rilevante del primo triennio FIC, il supporto attivo al nostro Giornale continuerà pieno.

Gli obiettivi che la FIC perseguirà sono quelli statutari. Oltre a quelli ricordati sopra non va dimenticato un altro obiettivo statutario, consistente in una più stretta collaborazione tra componente universitaria e ospedaliera nella formazione degli specializzandi in Cardiologia. Saranno perseguiti altri obiettivi? Io spero di sì. Ma senza ansie o pressioni accelerative. L'informazione reciproca sistematica, il colloquio come metodo e il consolidamento della fiducia reciproca proporranno naturalmente obiettivi comuni. Si faranno insieme le iniziative che saranno più efficaci se perseguite congiuntamente, verificando passo per passo quanto si fa e quanto ci si propone di fare, e modulando rapporti e obiettivi nel tempo. La FIC include SIC e ANMCO, deve includere altri Gruppi e Società? Questo è un problema particolarmente delicato. La FIC rappresenta tutti i Cardiologi italiani nei confronti della Società Europea di Cardiologia,

del Ministero della Salute e degli Assessorati regionali alla Sanità. Quindi Società e Gruppi di area (clinica) o di settore (tecnologico) dovrebbero essere formalmente inclusi, decisionalmente rilevanti e adeguatamente rappresentati nella FIC.

Le modalità vanno discusse e definite, senza dimenticare che la grande maggioranza dei Cardiologi membri delle Società di area o di settore fa parte di una delle due Società generali.

Va considerato, d'altra parte, che per intendersi ed essere operativi non è opportuno diluire troppo le forze. La moltiplicazione degli interlocutori rende sempre difficile il dialogo, che rischia di diventare rumoroso e inconcludente. Il contrario di quello che vorremmo. Una soluzione equilibrata non è facile, confido che la troveremo entro un tempo ragionevole discutendone con tutti.

Per finire, un invito alla fiducia. SIC e ANMCO sono storicamente e strutturalmente diverse; rigidità e tensioni ci sono state nel passato, è naturale che l'approccio reciproco sia cauto, qualche volta diffidente. Io sono certo però che la volontà di collaborare sia sincera. Anche perché ragioni di opportunità ci spingono a farlo.

Ci si è federati perché separati non eravamo più presentabili nella Società Europea di Cardiologia e per avere più voce e rappresentatività nella Sanità nazionale e regionale in rapido movimento. Queste ragioni sono ineludibili. Ma poi c'è in molti il desiderio sincero di fare meglio nell'attività di formazione e aggiornamento, di ricerca scientifica, di implementazione della migliore prassi clinica nel nostro Paese e d'altro.

E spesso è più facile fare meglio se lo si fa insieme.

di Luigi Tavazzi

IL CASO DELLA CERIVASTATINA: QUALCHE RIFLESSIONE DEI CARDIOLOGI ITALIANI PER I PAZIENTI ITALIANI

La prima domanda a cui è necessario rispondere è: "Come può essere successo"?

I cardiologi sono i maggiori prescrittori di statine. Pertanto la Federazione Italiana di Cardiologia che riunisce le due maggiori Società cardiologiche nazionali (Società Italiana di Cardiologia, SIC; Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, ANMCO) sente il dovere di esprimere il proprio parere sulla vicenda "Cerivastatina" e sull'insieme di prese di posizione emerse sulla stampa a seguito della denuncia di eventi mortali legati al suo impiego terapeutico.

La prima domanda a cui è necessario rispondere è: "Come può essere successo"?

Va ribadito innanzitutto che la sperimentazione clinica dei farmaci oggi è fatta in modo rigoroso e scrupoloso e gli organi regolatori svolgono un

ruolo vigile e severo. I farmaci appartenenti alla classe delle statine sono stati studiati in decine di studi controllati che hanno coinvolto alcune decine di migliaia di pazienti. Questi studi hanno dimostrato che l'uso appropriato delle statine riduce la mortalità, l'infarto, gli interventi di by-pass aorto-coronarico del 25-30% (il che significa in termini assoluti decine se non centinaia di migliaia di eventi tra i milioni di pazienti che nel mondo assumono questi farmaci) senza che venissero evidenziati effetti collaterali gravi.

Come mai questi sono emersi dopo? Ogni farmaco attivo altera funzioni importanti dell'organismo, quindi oltre agli effetti benefici può comportare anche effetti dannosi. Eventi avversi anche gravi, ma molto rari, possono non essere rilevati durante la fase di sperimentazione di un farmaco.

Per questo è attivo, e essenziale, il monitoraggio dei possibili eventi avversi dopo che il farmaco è entrato nell'uso corrente. Questo include la verifica di causalità tra farmaco ed evento. Oggi e nei prossimi mesi una quantità di disturbi che si presentano casualmente o in relazione alla malattia per cui la

statina viene prescritta, ma non legati alla sua assunzione, verranno indebitamente attribuiti alle statine.

La seconda domanda è: *potrà riaccadere?* Non è possibile escluderlo ma si può renderlo estremamente improbabile attraverso l'applicazione di poche regole.

Il medico si deve attenere alle indicazioni e alle dosi basate sulle prove scientifiche di efficacia, derivate dagli studi clinici e informare sui benefici attesi (in generale non miracolistici) e sui possibili effetti collaterali di ogni farmaco. Perché questo accada è necessario che il tempo dedicabile a ogni paziente negli ambulatori medici sia congruo e di questo siano consapevoli anche coloro che hanno il compito di organizzare il lavoro medico nelle ASL e negli Ospedali.

I cittadini devono evitare l'autoprescrizione di farmaci che non conoscono adeguatamente.

Un'ultima annotazione. Criminalizzare l'Industria Farmaceutica è sciocco oltre che ingiusto. Occorre una collaborazione regolata e trasparente tra produttori, regolatori, prescrittori e utenti per usare al meglio i farmaci. In questo scenario è necessario che l'aggiornamento del medico sul farmaco non sia affidato unicamente all'industria farmaceutica. Le attuali norme sulla Educazione Medica Continua possono essere lo strumento appropriato per attivare rapidamente la formazione in questo settore fondamentale. Potrebbe invece avere conseguenze gravi la prospettiva pubblicità dei farmaci diretta ai cittadini attraverso i media.

Per concludere, a fronte delle decine di decessi attribuibili alla cerivastatina (che potranno anche emergere in numero superiore per l'attenzione oggi posta al problema) avremmo migliaia di decessi, infarti e by-pass conseguenti alla mancata prescrizione delle statine. Il consiglio pratico per i pazienti in terapia con cerivastatina è quello di passare ad un'altra statina, seguendo le indicazioni del proprio medico.

**La seconda domanda è: potrà riaccadere?
Non è possibile escluderlo ma si può renderlo
estremamente improbabile attraverso
l'applicazione di poche regole**

GARA DI IDEE

Nuovi progetti per: telediagnostica e teleconsulto, segnali - immagini



La telemedicina rappresenta una realtà da cui oggi non possiamo prescindere

A breve un bando di concorso per progetti su "telediagnostica e teleconsulto"

Il Cardiologo, più di altri specialisti, conosce ed utilizza le moderne tecnologie. La telemedicina rappresenta una realtà da cui già oggi non possiamo prescindere per fornire cure qualificate ai nostri pazienti. L'immediato futuro ci riserva, a quanto pare, un ulteriore enorme sviluppo di questo settore. La volontà di esplorare le possibilità offerte dalla telemedicina ci ha indotto ad invitare tutti i Cardiologi a fornire idee.

A tal fine stiamo perfezionando, in collaborazione con un partner tecnologico, un **bando di concorso** che premi progetti innovativi nel settore della "Telediagnostica e teleconsulto: segnali - immagini".

Per fornire una buona assistenza cardiologica, un'efficiente comunicazione fra le diverse professionalità coinvolte nell'ambito di ambulatori, servizi, ospedali, università è imprescindibile.

L'invito a fornire idee è rivolto a tutti, anche a chi, pur non avendo estrema familiarità con le nuove tecnologie, ritenga che un più opportuno sfruttamento delle trasmissioni telematiche possa migliorare la qualità del proprio lavoro.

Sul prossimo numero del notiziario e ancora prima sul nostro sito sarà pubblicato il bando di concorso e potrete conoscerne i termini precisi. Per il momento tenete da parte o cominciate ad elaborare progetti su questo tema. Per essere informati, rimanete in linea su www.anmco.it.

Consulta il sito ANMCO!

<http://www.anmco.it>

Organizzazione
Attività
Linee guida
Soci
Strutture Cardiologiche
Congressi Corsi
Amici
Altri Siti
Giornale Italiano di Cardiologia (1971-1999)
Italian Heart Journal
Cardiologia negli Ospedali

Segreteria Generale
 Tel. 055/571798
 Fax 055/579334
 segreteria@anmco.it

Segreteria Aree
 Tel. 055/588784
 Fax 055/579334
 aree@anmco.it

Amministrazione
 Tel. 055/580334
 Fax 055/579334
 amministrazione@anmco.it

Centro Studi
 Tel. 055/5001703 - 588972
 Fax 055/583400
 centro_studi@anmco.it

Redazione di Cardiologia negli Ospedali
 Tel. 055/588784
 Fax 055/579334
 cardiologiaospedali@anmco.it

L'ANMCO è una associazione no profit, con oltre 1000 iscritti, formata da Cardiologi italiani operanti nel Circolo Stambetti Nazionale. Fondata nel 1963 l'ANMCO ha come obiettivi la promozione della buona pratica clinica, la promozione: riabilitazione di malattie cardiovascolari attraverso proposte organizzative, l'educazione preliberistica e la formazione, la promozione e la conduzione di studi e ricerche, la leadership nella preparazione e sviluppo di standard di cura.

Il **Convegno nazionale** dell'ANMCO si svolge ogni anno a Firenze alla fine di maggio o agli inizi di giugno.

Il **Giornale Italiano di Cardiologia**, rivista ufficiale dell'ANMCO dal 1971 al 1999, nel gennaio 2000 è confluita, assieme a "Cardiologia", rivista ufficiale della SIC, nella nuova rivista "Italian Heart Journal".

Il bollettino informativo dell'associazione è il bimestrale **Cardiologia negli Ospedali** (titolo: 100 usature di 10000 copie).

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

LE ATTIVITÀ DI RICERCA DELL'ANMCO: MOLTO SI È FATTO E MOLTO SI STA FACENDO, MA CI SONO ANCORA UNA SERIE IMPORTANTE DI ASPETTI DA MIGLIORARE



Le tabelle e figure pubblicate qui di seguito non sono altro che le diapositive presentate nel corso della Assemblea dell'ANMCO, che si è svolta il 21 maggio nel corso del nostro Congresso Nazionale a Firenze ed alla prima riunione del Comitato Scientifico della Heart Care Foundation che si è tenuta a Milano il 16 giugno u.s.

Ai presenti è sembrato importante che questo materiale venisse pubblicato perché il maggior numero possibile di Associati possa venire a conoscenza delle nostre attività di ricerca. Credo che le immagini siano autoesplicative e non meritino particolari commenti. Quando necessari, alcuni specifici commenti sono stati riportati via via.

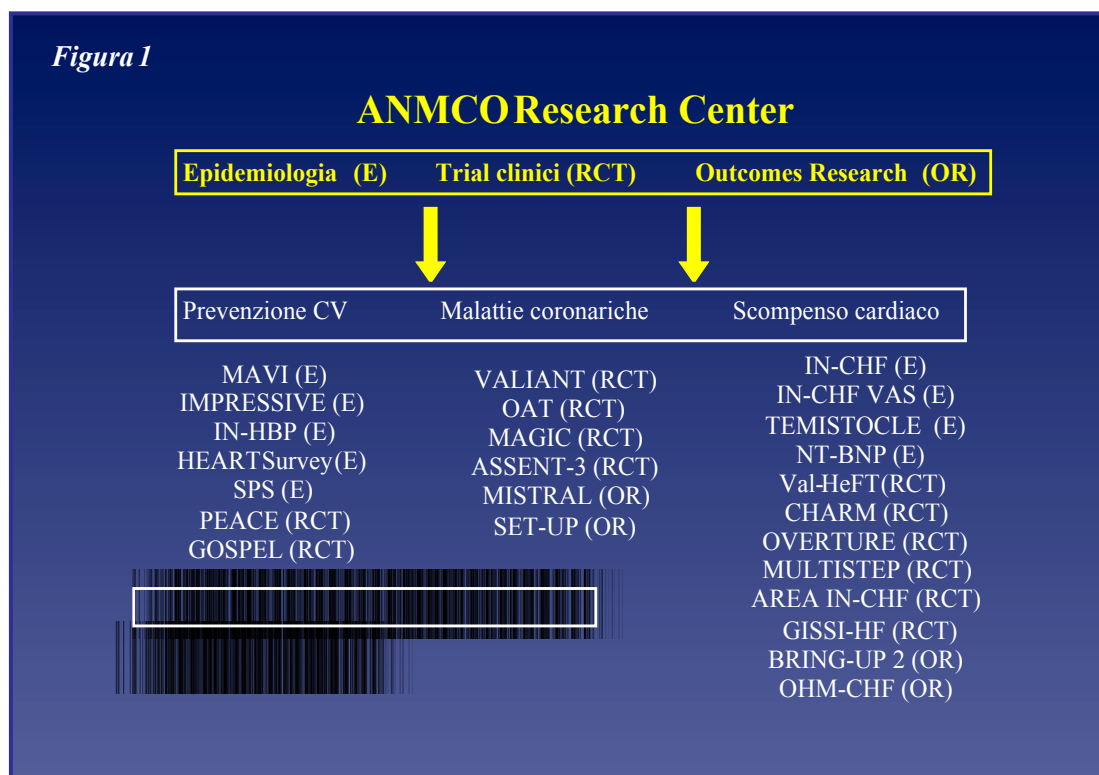


Figura 1

Riassume tutti i progetti, in corso, appena finiti o in fase di programmazione stratificati per settori di interesse clinico e per metodologia specifica, studi epidemiologici, trial clinici controllati, e studi di outcome.

Figura 2



Tabella 1

Stato e tipo dei progetti

• Appena finiti	6	• Epidemiologia	12
• In corso	16	• RCTs	12
• In pianificazione	6	• Outcome research	4
• Totale	28	• Totale	28

Tabella 2

Il network ANMCO (Settembre 2001)

- N. 4918 cardiologi
- N. 605 ospedali
- N. 667 centricardiologi
- N. 320CCUs

Centri cardiologicoinvolti in progetti ANMCO (numero totale 493)

>5 progetti	62	3 progetti	78
5 progetti	24	2 progetti	115
4 progetti	51	1 progetto	162

Inoltre 250 Medicine Interne e circa 300 Medici di Medicina Generale stanno collaborando in progetti ANMCO

Tabella3

Tabella 3

Per quanto riguarda le nostre entrate, si tratta di specifici contratti di ricerca fatti con Industrie Farmaceutiche, produttori di elettro medicali o Istituzioni pubbliche. Purtroppo, solo il 19% delle entrate arriva da Istituzioni pubbliche, e nello specifico dagli Stati Uniti, dal National Health Institute per lo studio PEACE. Viste le finalità dei nostri progetti, sarebbe auspicabile che, nel prossimo futuro, una percentuale maggiore dei nostri studi possa essere finanziata con denaro pubblico.

Fino allo scorso anno la posizione fiscale-amministrativa del Centro Studi, che era parte della ECO srl, non ci consentiva di accedere a bandi pubblici per ottenere finanziamenti di ricerca. La recente inclusione del Centro Studi nella Heart Care Foundation, ha consentito a quest'ultima di diventare una *onlus* e quindi, dall'inizio di quest'anno, abbiamo la possibilità di proporre progetti nell'ambito di specifici programmi di ricerca banditi dal nostro Ministero della Sanità o dalla Comunità Economica Europea. Per questo motivo, anche idee di ricerca che difficilmente possono trovare finanziamenti privati perché prive di ipotesi che coinvolgano direttamente farmaci o device interessanti dal punto di vista economico, o perché si propongono di testare strategie assistenziali, potranno avere la opportunità di competere per ottenere finanziamenti adeguati alla loro pianificazione e conduzione.

Tabella4

Tabella 4

Il calcolo del costo per lavoro scientifico pubblicato è un indicatore di efficienza di istituzioni dedicate alla ricerca scientifica. I risultati relativi al Centro Studi si pongono su un livello concorrenziale a livello europeo e di gran lunga più competitivi rispetto agli Stati Uniti. Rimane comunque da osservare che la produzione scientifica del nostro Centro è ancora assolutamente inadeguata rispetto alla quantità di dati prodotti. Una maggiore partecipazione alla scrittura dei lavori da parte dei centri che contribuiscono a raccogliere i dati è non solo auspicabile ma necessaria se vogliamo dare la visibilità necessaria al molto lavoro svolto e contribuire ancora di più a generare informazioni importanti sia a livello nazionale che internazionale.

Le riviste peer-reviewed sulle quali abbiamo pubblicato lavori nei quali si cita la nostra istituzione sono le seguenti:

- 6 sull'Italian Heart Journal
- 3 sull'American Heart Journal
- 2 su JACC
- 2 su Circulation
- 1 su Heart
- 1 su Heart Disease
- 1 su European Heart Journal
- 1 su American Journal of Cardiology
- 1 su Z Kardiol
- 1 su Journal of Electrocardiology
- 1 su Dialogues in Cardiovascular Medicine
- 1 su Progress in Cardiovascular Diseases

Tabella 5	Problemi	Possibili soluzioni
	<ul style="list-style-type: none">• Basso numero di pubblicazioni rispetto alla quantità di dati disponibili e centri partecipanti	
	<ul style="list-style-type: none">• Carenza di studi su end- point fisiologici (o fase II)	
	<ul style="list-style-type: none">• Necessità di integrazione/scala di priorità fra le numerose iniziative	
	<ul style="list-style-type: none">• Impossibilità ad accedere a finanziamenti pubblici/donazioni	

Conclusioni

I dati scientifici più rilevanti che l'ANMCO ha prodotto sono indiscutibilmente quelli derivati dagli studi GISSI. Entro poche settimane ricominceremo una nuova avventura con un nuovo GISSI, questa volta denominato Heart Failure, che avrà l'obiettivo di valutare il profilo di beneficio/rischio di un trattamento con n-3 PUFA e statine nei pazienti con scompenso cardiaco sintomatico (Figura 2). Al nuovo progetto saranno invitate a partecipare tutte le Cardiologie italiane, così che in un tempo ragionevole (circa 18 mesi) si possano includere nello studio 7000 pazienti da seguire per circa 3 anni. Lo studio sarà condotto, come è tradizione di tutti i precedenti GISSI, in stretta collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri.

COMITATI DI COORDINAMENTO DELLE AREE ANMCO 2001-2003

AREA ARITMIE

Chairman: **Marcello Disertori** (Trento)

Co-Chairman: **Pietro Delise** (Conegliano Veneto)

Comitato di Coordinamento:

Riccardo Cappato (S. Donato Milanese),

Giacomo Chiarandà (Avola),

Roberto Pedretti (Tradate), **Renato Ricci** (Roma)

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

AREA CHIRURGICA

Chairman: **Giuseppe Di Eusanio** (Ancona)

Co-Chairman: **Carlo Valfrè** (Treviso)

Comitato di Coordinamento:

Ottavio Alfieri (Milano),

Giuseppe Di Benedetto (Salerno),

Luigi Martinelli (Genova), **Attilio Renzulli** (Napoli)

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

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: **Francesco Chiarella** (Genova)

Co-Chairman: **Leonardo Bolognese** (Firenze)

Comitato di Coordinamento:

Stefano De Servi (Legnano),

Antonio Di Chiara (Udine), **Cesare Greco** (Roma),

Stefano Savonitto (Milano)

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

AREA GENETICA

Chairperson: **Eloisa Arbustini** (Pavia)

Co-Chairman: **Antonello Gavazzi** (Bergamo)

Comitato di Coordinamento:

Raffaele De Caterina (Chieti),

Enrico Geraci (Palermo), **Massimo Santini** (Roma),

Paolo Spirito (Genova)

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

AREA INFORMATICA

Chairman: **Marco Tubaro** (Roma)

Co-Chairman: **Gianfranco Mazzotta** (Genova)

Comitato di Coordinamento:

Luigi Badano (Udine), **Carlo D'Agostino** (Bari),

Antonio Falcone (Pescara), **Pietro Zonzin** (Rovigo)

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

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman: **Carlo Schweiger** (Passirana Rho)

Co-Chairman: **Pier Antonio Ravazzi** (Alessandria)

Comitato di Coordinamento:

Francesco Mazzuoli (Firenze),

Antonio Vincenti (Monza), **Evasio Pasini** (Gussago),

Vincenzo Cirrincione (Palermo)

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

AREA NURSING

Chairman: **Fabrizio Ammirati** (Roma)

Co-Chairman: **Domenico Miceli** (Napoli)

Comitato di Coordinamento:

Bruna Pedrotti (Trento), **Paola Di Giulio** (Milano),

Gianfranco Mazzotta (Genova),

Quinto Tozzi (Roma)

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

AREA PREVENZIONE

Chairman: **Sergio Pede** (S. Pietro Vernotico)

Co-Chairman: **Massimo Ugucioni** (Roma)

Comitato di Coordinamento:

Pompilio Faggiano (Brescia),

Gianfrancesco Mureddu (Roma),

Andrea Pozzati (Bentivoglio),

Carmine Riccio (Caserta)

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

AREA SCOMPENSO

Chairman: **Maurizio Porcu** (Cagliari)

Co-Chairman: **Giuseppe Cacciatore** (Roma)

Comitato di Coordinamento:

Donatella Del Sindaco (Roma),

Rolando Mangia (Tricase),

Roberto Pozzi (Orbassano),

Michele Senni (Bergamo)

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



LE ATTIVITÀ IN CORSO DELL'AREA

INDAGINE BLITZ IL 15 OTTOBRE IL VIA ALLA RACCOLTA DATI

L'indagine Blitz fotograferà dal 15 al 29 ottobre il percorso pre ed intra Ospedaliero dei pazienti con infarto miocardico acuto, con particolare attenzione al ritardo evitabile. Si tratta di uno studio osservazionale coordinato dall'Area Emergenza-Urgenza, che verrà effettuato dal Centro Studi ANMCO con il supporto di Boehringer Ingelheim S.p.A.

Su 348 Unità Coronariche che hanno ricevuto l'invito, 301 hanno dato la loro adesione allo studio. Si tratta di un numero elevatissimo, ancor più significativo se si tiene conto della ristrettezza temporale e delle difficoltà tecniche di fornire una risposta durante i mesi estivi.

Due gli Investigators Meetings: il primo a Milano il 6 ottobre ed il secondo a Roma il 13 ottobre. Dal 15 ottobre l'intera comunità cardiologica italiana sosterrà il delicatissimo compito dei Ricercatori, che curando nei dettagli e tempestivamente la compilazione della scheda raccolta dati forniranno preziosi elementi di conoscenza destinati ad incidere sulle scelte strategiche e politiche dei prossimi anni.

LEARNING CENTER

Ampia partecipazione, vivace discussione ed elevatissimo livello culturale hanno contraddistinto i Corsi di Aggiornamento che, su proposta dell'Area Emergenza-Urgenza, si sono tenuti a Firenze il 1° ed il 2 Ottobre, rispettivamente dedicati a **"Ridefinizione dell'infarto miocardico"**, al **"Dolore toracico in Pronto Soccorso"** e all'esperienza **"Chest Pain Unit"**. Si tratta di temi "caldi", al centro di una attenzione che oltrepassa il mondo della Cardiologia. Si provvederà ad inserire sul sito WEB dell'A-

rea una sintesi dei contributi dei Relatori e le diapositive maggiormente significative.

CONVENTION DEGLI ISTRUTTORI BLS-D- ACLS ANMCO

Si è tenuta il 29 settembre u.s. a Firenze la prima **Convention degli Istruttori**: una giornata insieme, segnata da una tale partecipazione ed originalità da non poter essere dimenticata dai partecipanti e da costituire una importante tappa nel percorso da poco iniziato. È stata presentata e discussa la bozza del **Documento Programmatico - Organizzativo** destinato a diventare il punto di riferimento per il futuro lavoro degli Istruttori ANMCO.

Per i Corsi BLS-D ed ACLS è stato ribadito il riferimento alle Linee Guida ILCOR. Si è discusso il ruolo del **Comitato Scientifico**, che a livello nazionale coordinerà l'impianto dei Corsi e garantirà la qualità e la omogeneità della cascata formativa. Di esso, insieme agli attuali Direttori di Corso, faranno parte due Istruttori designati dall'Area Nursing e dall'Area Aritmie, la cui presenza permetterà un collegamento non simbolico ma operativo tra le Aree. È prevista in prospettiva la partecipazione al Comitato Scientifico di **Direttori di Corso delle varie Regioni**, che opereranno sinergicamente con le Delegazioni Regionali ANMCO, avranno un ruolo di raccordo tra gli Istruttori della propria Regione e coordineranno le iniziative a livello locale. I Direttori di Corso, su cui ricadrà la totale responsabilità della gestione didattica, avranno un ruolo fondamentale, nei confronti degli Istruttori titolari, degli Istruttori in affiancamento e dei Provider.

Ampia è stata la discussione sulle **peculiarità** dell'iniziativa educativa ANMCO e sul target cui i Corsi saranno rivolti, costituito con priorità, ma non esclusivamente,

CONSULTA ANCHE:

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

dall'ambiente cardiologico.

È stata sottolineata l'ampia prospettiva rappresentata dalle richieste del mondo extraospedaliero e da quello della scuola, che non verranno trascurati.

È stato posto l'accento sulla necessaria gradualità della crescita delle iniziative didattiche. Nel corso del pomeriggio il Prof. F. Muzzarelli, Trainer aziendale e Direttore di psicodramma classico, ha svolto un magistrale intervento dal titolo **"Più apprendi-**

mento e meno formazione" mettendo a fuoco il ruolo del formatore, il concetto di mediatore didattico, la logica ipertestuale nei percorsi di formazione, le nuove strategie e tecniche didattiche (*Learning Systems Active-Learning e Feelings-based Approach*), la drammaturgia dell'ambiente di apprendimento, elementi di fondamentale importanza per chiunque abbia un ruolo di docente ed in particolare per chi opera in tema di Arresto Cardiaco.

NOTIZIE IMPORTANTI

1) RICONOSCIMENTO ANMCO DI ISTRUTTORI PROVETTI

Deadline 31 Gennaio 2002

Limitatamente agli anni 2001 e 2002 è stata adottata dall'Area Emergenza-Urgenza una procedura straordinaria per riconoscere come Istruttori ANMCO gli Istruttori provetti formati precedentemente, che abbiano manifestato l'intendimento di una attiva collaborazione con le iniziative dell'Area Emergenza-Urgenza nel settore educativo e la propria disponibilità a svolgere i Corsi BLS-D e ACLS ANMCO come Istruttori.

Le domande per essere riconosciuti Istruttori ANMCO potranno essere inviate entro il 31 Gennaio 2002 alla Segreteria delle Aree ANMCO - tel. 055/579334 - e-mail aree@anmco.it. A tal fine i candidati dovranno far pervenire il proprio curriculum formativo, la documentazione attestante il superamento del Corso Istruttore e l'intervento come Istruttore in almeno tre Corsi ed una fotografia formato tessera. Una Commissione nominata dal Presidente dell'ANMCO selezionerà i candidati idonei, che verranno riconosciuti Istruttori ANMCO e che ritireranno l'attestato al Congresso Nazionale 2002. Nei prossimi anni tale riconoscimento non verrà più effettuato e si potrà diventare Istruttori ANMCO soltanto superando il Corso Istruttori ANMCO.

2) CORSO ISTRUTTORI BLS-D E ACLS - GENNAIO 2002

40 POSTI (accettazione domande fino ad esaurimento posti)

Nei giorni 25 e 26 Gennaio 2002 si terrà a Firenze il Corso Istruttori ANMCO.

Saranno ammessi al Corso i candidati che abbiano superato il Corso Provider con punteggio pari o superiore al 90% della performance complessiva (prova teorica e prova pratica).

Gli interessati potranno preparare la domanda contenente gli elementi attestanti la idoneità alla ammissione al Corso ed inviarla alla Segreteria delle Aree ANMCO. Sono disponibili 20 posti per Istruttore BLS-D e 20 posti per Istrut-

tori ACLS. Le domande corredate dei requisiti verranno accettate da subito fino ad esaurimento dei posti disponibili. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria delle Aree ANMCO (tel. 055/571798 - e-mail aree@anmco.it)

3) CORSI PROVIDER II SEMESTRE 2001

BLS-D: ROMA, 20 ottobre - Ospedale Santo Spirito - Direttore: Dott. Maurizio Burattini

ACLS: ROMA, 15-16 ottobre - Ospedale Santo Spirito - Direttore: Dott. Fabrizio Bandini

ACLS: PISA, 26-27 novembre - CNR - Direttore: Dott. Danilo Neglia (possibili variazioni di date)

BLS-D: FIRENZE, ASL 10; 9-12-17-24-30 ottobre; 6-9-14-20-23-28 novembre; 5-12-18 dicembre - Direttore: Dott. Fabrizio Bandini

ACLS: FIRENZE, ASL 10; 18-19 ottobre; 15-16 novembre; 13-14 dicembre - Direttore: Dott. Fabrizio Bandini

4) RICHIESTA CORSI PROVIDER BLS-D E ACLS Programmazione trimestrale

La richiesta di Corsi BLS-D e ACLS PROVIDER potrà essere effettuata compilando il modulo allegato. Il Comitato Scientifico si riunirà ogni tre mesi per la programmazione del calendario dei Corsi e l'identificazione del Direttore cui ciascun Corso verrà affidato.

5) DOCUMENTO PROGRAMMATICO ED ORGANIZZATIVO CORSI BLS-D E ACLS ED ANNUARIO ISTRUTTORI

Il documento programmatico ed organizzativo relativo ai Corsi ANMCO e l'Annuario degli Istruttori verranno raccolti in un volumetto in preparazione per il prossimo Congresso Nazionale. Gli Istruttori ANMCO (ovvero gli Istruttori che avranno superato il Corso che si terrà a Firenze a Gennaio e tutti gli Istruttori nominati nei Congressi 2001-2002), verranno presentati seguendo il modello della Fellowship con notizie di identificazione e fotografia. La Segreteria delle Aree riceverà aggiornamenti relativi al luogo di lavoro e all'indirizzo.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
(Area Emergenza-Urgenza)

Modulo da allegare alla domanda di ISTRUTTORE BLS-D e/o ACLS

Nome e Cognome _____ Sesso (M/F) _____

Medico o Infermiere (M/I) _____

Data e luogo di nascita ___ / ___ / ___ _____

Indirizzo privato _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Indirizzo lavorativo _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Anno di laurea/diploma _____ Iscritto all'ANMCO Non Iscritto all'ANMCO

ISTRUTTORE BLS-D certificato da _____

con superamento del Corso Istruttori tenutosi a (Sede) _____

in data _____

ISTRUTTORE ACLS certificato da _____

con superamento del Corso Istruttori tenutosi a (Sede) _____

in data _____

Firma _____

RICONOSCIMENTO ISTRUTTORI BLS-D ED ACLS ANMCO

Requisiti:

1. essere istruttori certificati da IRC, FIMUPS/ American Heart Association, C.R.I.
2. dimostrare di aver svolto insegnamento, nel ruolo di Istruttori, in almeno tre corsi negli ultimi due anni

Chi è interessato dovrà inviare domanda alla Segreteria delle Aree ANMCO (fax 055/579334 e-mail aree@anmco.it), allegando il presente modulo.

Le domande dovranno essere inviate entro il 31 Gennaio 2002. La documentazione prodotta verrà esaminata da una Commissione di Esperti nominata dal Presidente e dal Consiglio Direttivo ANMCO. La domanda va corredata dei seguenti documenti:

- a. modulo apposito debitamente compilato
- b. due fotografie formato tessera
- c. curriculum vitae
- d. attestati comprovanti il possesso dei requisiti sopra detti ai punti 1. e 2.
- e. altri documenti utili per meglio valutare la competenza nel settore specifico della formazione in emergenza.

A coloro che risulteranno idonei verrà consegnato il riconoscimento di Istruttore ANMCO nel corso del prossimo Congresso ANMCO che si terrà a Firenze nel Maggio 2002.

FORM per richiesta di CORSI BLS-D ed ACLS

(inviare alla Segreteria delle Aree ANMCO)

fax: 055 579334 - e-mail: aree@anmco.it

Richiedente
(indicare nome, indirizzo, telefono ed e-mail della persona fisica richiedente e di riferimento)

IL CORSO VIENE PROMOSSO DA:

- Sezione Regionale ANMCO
 Area ANMCO
 Azienda Sanitaria
 Altro Ente

TIPO DI CORSO RICHIESTO BLS-D ACLS

PARTECIPANTI PREVISTI

- medici infermieri infermieri/medici laici

Data proposta (indicare tre possibili date)

1° 2° 3°

Sede proposta (disponibile nelle date indicate)

Docenti proposti

Il richiedente desidera segnalare nomi di Istruttori ANMCO per il Corso? sì no

se sì indicare nomi

Disponibilità nella sede del Corso

- aula per la didattica sì no
- aule per esercitazioni (quattro stazioni contemporaneamente attive) sì no
- occorrente per la proiezione: lucidi diapositive proiettore digitale
- manichini e altro materiale per esercitazioni sì no

Le spese del Corso saranno sostenute da:

- Partecipanti Sponsor (da indicare) Ente proponente Altro Ente

Altre note informative.....

Il Richiedente ritiene di interesse che venga effettuata domanda per Crediti Formativi?

sì no

Il Richiedente ritiene di interesse che venga fatta domanda per contributo ai Fondi CEE?

sì no

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055 579334)

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 alla rivista "Italian Heart Journal".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare Lit. _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

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

Socio Aggregato

- Lit. 60.000

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza:

firma: _____

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA

DELEGATI REGIONALI ANMCO 2000-2002

ABRUZZO

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

P. A. BOLZANO

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

BASILICATA

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

CALABRIA

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

CAMPANIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LAZIO

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

LIGURIA

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

LOMBARDIA

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

MARCHE

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

MOLISE

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

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

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

PUGLIA

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

SARDEGNA

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

SICILIA

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

TOSCANA

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

P. A. TRENTO

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

UMBRIA

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

VENETO

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Non compilare

Codice Unico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice ANMCO _____

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

Abitazione: INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiocirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro _____

Tipologia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiocirurgia * |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente II livello | <input type="checkbox"/> Dirigente I livello | <input type="checkbox"/> Prof. Ordinario | <input type="checkbox"/> Prof. Associato |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Medico in formazione | <input type="checkbox"/> Medico di base | <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

In quiescenza:

Non di ruolo:

Non compilare

FOTOCOPIARE - COMPIRE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055 579334)

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 curano 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/htm/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:

Inviatemi il codice di accesso a mezzo <input type="checkbox"/> FAX _____ <input type="checkbox"/> E-MAIL _____ <input type="checkbox"/> POSTA _____ _____	Non compilare _____ _____	Non compilare Codice ANMCO _____
		Non compilare Codice Unico _____
	Codice attribuito Username _____ Password _____ Firma Segreteria ANMCO _____	

FOTOCOPIARE - COMPIARE IN STAMPATELO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055 579334)

Are ANMCO chi è interessato?

COGNOME _____ NOME _____

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

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

Sono interessato alla seguente Area:

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

CHE COSA ABBIAMO FATTO E CHE COSA ABBIAMO INTENZIONE DI FARE

L'interesse attorno alla nostra Area sta crescendo: lo dimostrano le telefonate e le richieste di partecipazione attiva degli iscritti, le domande in esubero per partecipare ai **Corsi del Learning Center**, alcuni dei quali (**Scompenso Cardiaco**) saranno replicati in autunno, altri, come quello sulla **Prevenzione** (Firenze, 20 e 21 novembre) daranno il via ad una serie di incontri locali "a cascata" e che prevedono il coinvolgimento degli iscritti in sede regionale.

Il **Congresso ANMCO 2001**, come già riferito nel precedente numero di *Cardiologia* negli Ospedali, ha riscosso grande successo, e ciò ci ha indotto a prevedere, con il consenso del Direttivo Nazionale, un più ampio spazio congressuale e una durata di due giorni pieni per il prossimo 2002: questo ci consentirà non solo di allargare il dibattito a nuovi temi ma anche di realizzare, all'interno delle nostre giornate, due corsi intensivi, a numero chiuso, di **elettrocardiografia** e di **ecocardiografia**, che forniranno crediti formativi.

Chi non riuscirà a parteciparvi potrà fruirne

attraverso il web in un apposito link dalla pagina ANMCO Area Nursing che è in via di definizione.

Sempre per il **Congresso ANMCO 2002**, è intenzione del Comitato di Coordinamento dell'Area portare a compimento un'iniziativa già lanciata nello scorso maggio a Firenze relativa alla stesura dei **migliori protocolli di assistenza infermieristica in Cardiologia**.

A questo scopo si invitano, attraverso questo Bollettino, tutti i Responsabili delle Cardiologie italiane a sollecitare gli Infermieri alla elaborazione di protocolli operativi in materia di preparazione del paziente ad indagini invasive, gestione di farmaci (eparina, anticoagulanti, anti IIb/IIIa ecc.) e quant'altro abbia a che fare con l'assistenza infermieristica in Cardiologia: il Consiglio Direttivo sceglierà i protocolli ritenuti migliori che verranno presentati e discussi in sede congressuale e successivamente pubblicati e diffusi in tutte le forme.

Entro l'anno dovrebbe essere disponibile il volume **"Infermiere e Scompenso**

Cardiaco" edito dal Centro Scientifico Editore e realizzato in collaborazione con l'Area Scompenso.

Ma questa è solo una parte dei nostri programmi futuri. In un prossimo incontro del Consiglio Direttivo verranno discussi e proposti altri progetti di cui contiamo di dare comunicazione nel prossimo numero di *"Cardiologia negli Ospedali"*.



Attività delle Aree ANMCO: i vertici dell'Area Nursing al lavoro in piena estate



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (A.N.M.C.O.)

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

Area NURSING chi è interessato?

Utilizza il presente modulo anche se non hai ancora dato il consenso per il trattamento dei dati personali

COGNOME _____ NOME _____

- Socio ANMCO** **Non Socio** **Dirigente Medico Responsabile di struttura complessa** **Dirigente Medico**
- Infermiere** **Altro**

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

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 PERCORSO FORMATIVO DEGLI INFERMIERI

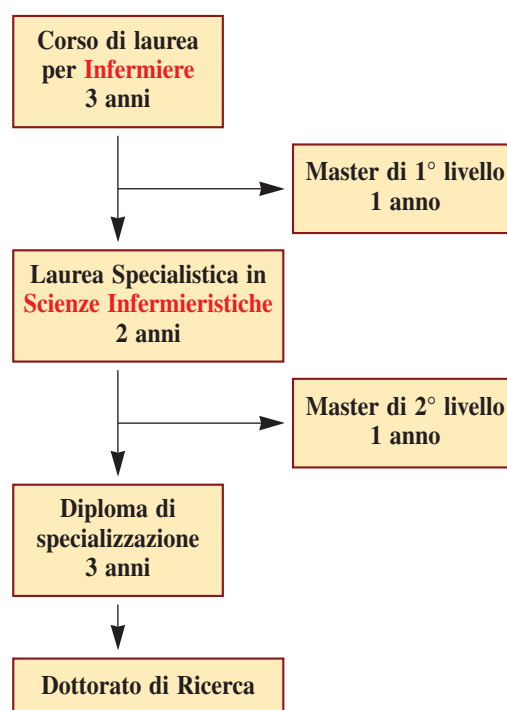
Cosa sta cambiando nel percorso formativo degli infermieri? Da quest'anno molti atenei attiveranno la laurea di base, triennale, inaugurando così il nuovo percorso formativo, illustrato nella tabella 1. In questo contributo verrà brevemente illustrato il nuovo percorso formativo degli infermieri e messi in luce i principali problemi.

TABELLA 1. IL NUOVO PERCORSO FORMATIVO DEGLI INFERMIERI

La riforma della formazione universitaria prevede diverse tappe nel percorso formativo (definite dal decreto del 3 novembre 1999, n. 509)

- **corso di laurea**, ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali (180 CFU. 1 credito = 30 ore). La durata normale è 3 anni.
- **corso di laurea specialistica (LS)**, ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici (120 CFU). La durata normale è due anni.
- **diploma di specializzazione (DS)**, ha l'obiettivo di fornire allo studente conoscenze ed abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali (180 CFU).
- **master** (di primo e secondo livello), corsi di perfezionamento scientifico ed alta formazione permanente e ricorrente, successivi ai conseguimenti della laurea o della laurea specialistica (60 CFU).
- **dottorato di ricerca**. Fornisce le competenze necessarie per esercitare, presso Università, enti pubblici o soggetti privati, attività di ricerca e di alta qualificazione.

Per gli Infermieri il percorso formativo diventerà il seguente:



CORSI DI LAUREA

I corsi di laurea, destinati a formare infermieri prevalentemente destinati all'assistenza generale, andranno a sostituire gli attuali corsi di Diploma Universitario per Infermiere e la formazione andrà strutturata tenendo conto della sempre maggiore complessità dei pazienti assistiti (sia in ospedale che sul territorio) e dell'evoluzione dei trattamenti (sempre più ambulatoriali e sul territorio) con la necessità di rendere il paziente o il familiare il più possibile autonomo nell'assistenza.

Mentre con l'ordinamento precedente in tutta Italia era stabilito in maniera precisa quali fossero le discipline e quali le ore del corso di base, oggi non è più così: ogni università può agire su un terzo del programma introducendo o sottraendo materie all'interno dei vari settori scientifico disciplinari.

CONSULTA ANCHE:

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

nari, in rapporto con le esigenze sanitarie e di mercato di carattere locale e all'organizzazione del curriculum individuale. E questo dà la possibilità di avere curricula personalizzati e sempre più rispondenti alle esigenze ed ai problemi locali e del Servizio Sanitario Nazionale.

I laureati in infermieristica partecipano all'identificazione dei bisogni di salute della persona e collettività e formulano i relativi obiettivi; pianificano, gestiscono e valutano l'intervento assistenziale infermieristico; garantiscono la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agiscono sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; svolgono la loro attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale; contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorrono direttamente all'aggiornamento relativo al loro profilo professionale ed alla ricerca (DL 2 aprile 2001; Determinazione delle classi delle lauree delle professioni sanitarie. Allegato I. Obiettivi formativi qualificanti). Numerosi atenei hanno già attivato i corsi di laurea di base.

Come si può facilmente osservare dallo schema, dopo il primo triennio gli infermieri possono proseguire la formazione iscrivendosi ad un corso di master di primo livello (o frequentando altre iniziative di formazione permanente) oppure, dopo aver acquisito 5 anni di esperienza, iscrivendosi ad una laurea specialistica.

È stato istituito anche il corso di laurea per infermieri pediatrici (che forma le figure che venivano prima formate con il corso per vigilatrici di infanzia), pertanto la figura dell'infermiere pediatrico non è un corso post

base dopo il corso infermieri ma diventa un corso ad accesso diretto dalla base.

I CORSI DI PERFEZIONAMENTO E I MASTER

Il percorso formativo proposto è flessibile e per tappe (master e corsi di perfezionamento), e consente di acquisire crediti formativi e modulare il proprio curriculum formativo e professionale.

I corsi di master possono essere sia ad orientamento clinico, sia organizzativo che di didattica o ricerca.

Le normative CEE hanno già disciplinato le offerte di formazione cliniche post base, da garantire a livello Europeo: sono ormai accettate come "specializzazioni" infermieristiche (e quindi come possibili corsi di master), quelle in Area Critica, Psichiatria, Geriatria, Medicina di Comunità e Pediatria. Esiste sempre maggiore consenso a livello Europeo sul fatto che anche l'Oncologia debba essere una corso "specialistico".

Non è ipotizzabile, per un problema di impegno e di costi, istituire dei master per tutte le aree (si ricorda che un corso di master prevede l'acquisizione di 60 crediti, equivalenti a 1500 ore – per infermieri corrispondenti alle singole specialità cliniche). L'area intensiva comprende al suo interno numerose aree specifiche, quali la Cardiologia, che vede la gestione di pazienti in fase acuta (ad esempio il paziente con IMA), ma anche di percorsi cronici, ad alta instabilità e con numerose riacutizzazioni (i pazienti con scompenso cardiaco). Parte dei contenuti della Cardiologia vengono già affrontati durante i corsi di base. Si possono istituire, per le singole aree, corsi di perfezionamento, che possono costituire moduli (e crediti formativi) per corsi di master:

Per ora sono stati attivati corsi di master di primo livello per l'area dell'organizzazione e per la didattica. Sono in fase di attivazione i master nelle aree cliniche.

LA LAUREA SPECIALISTICA

Una laurea specialistica in scienze infermieristiche deve fornire le basi per sviluppare a livello elevato, ed in più contesti clinico assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca (per una descrizione dettagliata delle competenze dell'infermiere con laurea specialistica si rimanda all'allegato I - Decreto 2 aprile 2001, allegato I/S. Classe delle lauree specialistiche nelle scienze infermieristiche ed ostetriche).

Non esiste un orientamento preciso e le continue ristrutturazioni del servizio sanitario nazionale, i cambiamenti nei contenuti delle cure rendono molto ampia la gamma di posizioni (e competenze) dell'infermiere con laurea specialistica: dalla direzione del servizio infermieristico, al coordinamento di dipartimento o di equipe o unità complessa, al case management, al coordinamento dell'aggiornamento del personale e della formazione permanente, al ruolo di formatore, di docente, di tutor. Occupare queste posizioni richiede il possesso di competenze trasversali (oltre che di conoscenze specifiche) e la capacità di applicarle a diversi contesti.

Ogni università potrà quindi costruire dei curricula che comprendono l'area clinica, gestionale o didattica, ma nello stesso tempo che possono anche sviluppare o privilegiare di più una di queste aree.

Per quest'anno non si prevede vengano attivati corsi di laurea specialistica, anche per i problemi elencati sotto.

CHI HA ACCESSO A QUESTO PERCORSO FORMATIVO

Questo è un nodo ancora aperto, pertanto le risposte date ora e la situazione delineata in questo contributo potrebbe essere non più attuale tra qualche mese.

Per accedere ai corsi di master occorre

una laurea di base e per accedere alla laurea specialistica occorre essere in possesso di una laurea e di 5 anni di esperienza. Pertanto attualmente potrebbero avere accesso ai corsi di master solo gli infermieri che hanno acquisito una laurea (ad esempio in pedagogia o sociologia) ed alla laurea specialistica solo quelli che abbiano anche 5 anni di esperienza professionale.

Chi è in possesso del diploma acquisito in data precedente all'istituzione dei Diplomi Universitari, o anche chi ha acquisito il Diploma Universitario non ha accesso diretto alla formazione post base perché questi titoli non sono equiparati ad una laurea triennale. Lo sono per l'esercizio della professione, non per il proseguimento del percorso formativo.

Ciascuna università (ed è la scelta già fatta da alcune) può definire quali siano i criteri di valutazione dei requisiti di accesso alla laurea specialistica, e chiedere pertanto a chi non è in possesso di una laurea di primo livello, di acquisire i crediti formativi necessari (ad esempio facendo dei corsi integrativi, o sostenendo una tesi). E ciascuna università ha la libertà di definire i criteri di valutazione dei curricula.

L'altra possibile strada, è quella di equiparare il titolo acquisito con il Diploma Universitario ed equipararlo alla laurea. Ma occorrerebbe un provvedimento preso a livello Ministeriale.

È importante creare su questo un dibattito per evitare che, da una parte, sia precluso l'accesso al proseguimento nel percorso formativo, agli infermieri che hanno acquisito un titolo precedente all'istituzione della laurea; dall'altra, con una equiparazione tout-court di tutti i titoli, che metta sullo stesso livello chi ha acquisito un titolo di infermiere 20 anni fa, e non si è più aggiornato, e chi invece ha acquisito nuove o più approfondite esperienze formative e professionali.

DAL CONGRESSO DI STOCOLMA: LE NOVITÀ PER L'ASSISTENZA

Dall'1 al 5 settembre si è tenuto a Stoccolma il XXIII Congresso della Società Europea di Cardiologia.

Tra le numerosissime sessioni, uno sguardo particolare ad alcune di quelle che hanno visto una partecipazione più importante degli Infermieri.

L'Associazione Europea degli Infermieri di Cardiovascular Nursing ha organizzato o contribuito all'organizzazione di 7 sessioni e gli infermieri hanno presentato 75 abstract su 29 diverse tematiche.

Nella sessione su **“I bisogni dei pazienti anziani con cardiopatia ischemica”** **L. Vloet (Olanda)** ha descritto l'esperienza del suo centro di Nijmegen, sostenendo l'importanza che gli infermieri abbiano non solo una preparazione specialistica in cardiologia, ma soprattutto in geriatria, per i problemi particolari che presenta l'anziano e la necessità di adottare un approccio globale nell'assistenza.

Una sessione di particolare attualità per l'Italia, è stata quella in cui si è discusso della defibrillazione fatta dai non medici. **Van Alern et al.** di Amsterdam hanno descritto come sia possibile addestrare la polizia ad eseguire la defibrillazione automatica, con sole tre ore di formazione in piccoli gruppi (4 persone).

Villani et al. di Piacenza, hanno presentato il **“Progetto Vita”** che consiste nell'addestramento alla defibrillazione precoce di volontari non medici (1025). Nei 15 mesi di osservazione i volontari hanno defibrillato 40 pazienti con una percentuale di successo superiore a quella del personale di ambulanza, probabilmente dovuta (anche) al fatto di essere arrivati prima sul luogo dell'evento.

Caring for Families era il titolo di una

sessione interamente organizzata dal **Working Group di Cardiovascular Nursing**, nella quale è stato discusso, da diversi punti di vista, il sostegno da garantire al paziente ed alla famiglia di un paziente che si sottopone al trapianto. **Hellesvick di Oslo** ha illustrato il programma di informazione del centro in cui lavora, sottolineando come si debba tener conto di paziente e famiglia come un tutt'uno.

Sono stati presentati i risultati di uno studio sperimentale sui pazienti con ictus, dove le famiglie sono state randomizzate ad avere a domicilio un'infermiera che desse consigli su cosa fare, come comportarsi, e fornisse anche sostegno emotivo, senza però partecipare all'assistenza del paziente. Il gruppo di caregiver che aveva avuto il sostegno ed i consigli dell'infermiera ha riportato risultati migliori per la qualità di vita e la depressione rispetto al gruppo che aveva avuto la sola assistenza di routine senza il sostegno dell'infermiere (**W. Sholteoop-Reimer, Scozia**).

La presentazione di **Paavilainen**, che ha sottolineato ancora una volta l'importanza di coinvolgere i familiari nell'assistenza, anche durante il ricovero del paziente, ha sollevato il problema, rimasto irrisolto, su come identificare precocemente le famiglie con un rapporto maladattivo o a rischio di problemi di adattamento. I familiari vanno coinvolti sempre, se questo è un desiderio del paziente, o il paziente va protetto da un rapporto iperprotettivo, che rischia di creare più dipendenza che autonomia?

Un'altra sessione organizzata dal gruppo infermieristico Europeo ed Americano ha riguardato l'educazione-informazione del paziente, alla luce delle nuove tecnologie: L'educazione del paziente: dalla carta ai CD-Rom. **Stromberg, di Linkoping (Svezia)**

ha presentato i risultati di uno studio in cui i pazienti con scompenso cardiaco sono stati esposti, prima della dimissione, ad un'unica sessione di un programma interattivo su CD-Rom.

I pazienti, anche quelli meno esperti con il computer, hanno gradito molto l'esperienza. Sono stati misurati risultati molto preliminari, e su pochi pazienti: a sei mesi non sono state osservate differenze per la compliance ma i pazienti che avevano ricevuto l'intervento educativo hanno dimostrato di avere maggiori conoscenze sulla malattia e sugli stili di vita da tenere rispetto all'altro gruppo.

Dennet, di Indianapolis, ha presentato un interessantissimo programma personalizzato disponibile su computer. Prima della dimissione vengono valutati i bisogni dei pazienti e costruito un programma di insegnamento in base ai problemi identificati. I moduli di base vengono personalizzati con i dosaggi dei farmaci, il nome del paziente ed altre informazioni utili (ad esempio se il paziente non ha problemi di sovrappeso, la parte sulla dieta viene modificata). Il programma è disponibile su CD-Rom o può essere inviato via e-mail ed il paziente può guardarlo a domicilio, usando uno speciale telecomando, direttamente dal televisore di casa, stando seduto in poltrona. Dalle analisi preliminari sembra che i benefici superino di gran lunga i costi. Gli effetti sulla compliance sono ancora in corso di valutazione.

Tingstrom (Linkoping) ha illustrato una modalità di educazione dei pazienti basata sul **PBL (Problem Based Learning)**. I pazienti vengono messi intorno ad un tavolo con un facilitatore (ad esempio un infermiere). Nella discussione, via via che emergono problemi, viene fornito materiale informativo, video ecc. ed i pazienti vengono motivati a cercare da sé la soluzione al problema e/o la risposta alle domande. L'in-

fermiere ha solo il ruolo di facilitare la formulazione delle domande, ma non di fornire risposte. Sono stati presentati i risultati sui primi 8 gruppi di formazione e il gradimento dei pazienti per questo tipo di intervento educativo è risultato elevatissimo.

In una sessione in cui sono stati illustrati i benefici-costi della gestione dei pazienti con scompenso, **Stewart et al. (Glasgow)** hanno presentato un'indagine sui costi dei ricoveri nel 1995 in Inghilterra dei 988.000 pazienti che richiedono un trattamento per scompenso cardiaco. Se si sommano al costo del ricovero ospedaliero anche quello dell'assistenza prestata nelle nursing home si arriva ad una spesa totale del 2.1% delle spese del SSN, ed al 3.9% (4% se si tiene conto dell'incremento dei costi) se si sommano anche i costi delle ospedalizzazioni secondarie (1.8% delle spese per il SSN). Stewart et al., in un secondo intervento, si domandano se ci si può permettere di non avere infermieri dedicati ai pazienti con scompenso. Una gestione infermieristica dei pazienti migliora la qualità di vita, riduce il numero di ospedalizzazioni e prolunga la sopravvivenza, consentendo anche un notevole risparmio economico, stimato attorno a 169.000 sterline ogni 1000 pazienti trattati.

Chinaglia et al. (Torino) arrivano a conclusioni simili con uno studio su 82 pazienti, seguiti per 6 mesi. I pazienti venivano gestiti dopo la dimissione da infermieri che lavoravano in stretta collaborazione con i Cardiologi: si è avuta una riduzione dei ricoveri del 64%, del numero di accessi in Pronto Soccorso e quindi dei costi. Questo programma si è rivelato efficace anche dal punto di vista economico: a fronte di un costo di 119 euro per paziente, si è avuto un risparmio di 811 euro.

Come è stato successivamente sottolineato nella relazione di **Cahill et al. (Dublino)** i

programmi che garantiscono una continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, con la partecipazione dell'equipe multidisciplinare (medici, infermieri, dietisti ecc.) sono efficaci anche quando associati ad un trattamento e gestione ospedaliera ottimali. I pazienti esposti alla gestione dell'equipe multidisciplinare anche dopo la dimissione (il programma consisteva in un'educazione sanitaria intensiva e follow up telefonico per 3 mesi, in media 4.67 ore di contatto con un infermiere e 2.31 con la dietista in 3 mesi) hanno avuto risultati migliori rispetto ai pazienti seguiti dai soli medici di base.

ALCUNI POSTER DI PARTICOLARE INTERESSE

Domenica, 4 poster erano dedicati all'influenza dei fattori psicosociali sulle malattie cardiovascolari. In uno studio condotto su 600 pazienti **Blom et al.** hanno valutato l'effetto delle relazioni familiari e in particolare sulla necessità di considerare il paziente nella sua globalità, comprese le relazioni familiari, ed hanno messo in evidenza come lo stress coniugale possa essere un fattore predittivo di cattiva prognosi.

In un poster italiano (**Fumagalli et al.**) è stato presentato uno studio sugli effetti di diversi regimi di visite su 226 pazienti. Il regime di visite è stato modificato ogni 2 mesi: due visite al giorno di massimo un'ora o nessuna limitazione di tempo, ma presenza di una persona per volta. I pazienti osservati durante il periodo di visite senza limiti di tempo hanno avuto una migliore qualità di vita e meno complicanze cardiache.

Durante il periodo di visite senza limiti di tempo non si sono verificate più infezioni né un aumento della contaminazione ambientale.

L'utilizzo di personale infermieristico con competenze cardiovascolari è efficace anche in Pronto Soccorso. **Joy et al.** nel loro

poster hanno illustrato il vantaggio di inserire un'infermiera con competenze di unità coronarica in Pronto Soccorso, per identificare i pazienti da sottoporre a trombolisi precoce. Oltre ad una riduzione dei tempi di attesa dei pazienti si è registrato anche un intervento più precoce per l'accesso in unità coronarica e l'attivazione degli interventi specifici.

Koch et al. hanno sottolineato come gli infermieri spendano solo parte del loro tempo nell'assistenza diretta: in un reparto di riabilitazione cardiaca è stato registrato che il tempo speso in attività di assistenza diretta è il 60% mentre il rimanente 30-40% viene impiegato per attività amministrative.

Jaarsma et al. hanno indagato la differente percezione tra medici ed infermieri, sui motivi di riammissione per i pazienti con scompenso cardiaco: medici ed infermieri tendono ad identificare cause diverse e questo può avere implicazioni per la prevenzione di futuri ricoveri. Anche se lo studio è stato fatto solo su 12 pazienti, i risultati indicano che questa è una delle possibili aree di futura ricerca.

Di Lenarda et al. di Trieste hanno descritto l'esperienza di gestione a domicilio di un gruppo di pazienti con scompenso cardiaco refrattario, e l'efficacia dell'intervento nel ridurre le ospedalizzazioni

Lucas et al. hanno descritto i motivi delle chiamate degli infermieri da parte dei 200 pazienti con scompenso ricoverati nel loro centro: il 34% delle chiamate riguardava i cambiamenti di peso, il 20% la terapia farmacologica. Nel 62% dei casi l'infermiera ha suggerito una modificazione della terapia.

Qualunque resoconto da un Congresso così ricco e con numerosissime sessioni parallele, è sempre parziale. Molte delle relazioni e dei lavori presentati nei poster possono essere spunto per ricerche da presentare al prossimo Congresso.

IL WORKING GROUP ON CARDIOVASCULAR NURSING

All'interno della Società Europea di Cardiologia ci sono 26 Working Groups che sono stati creati dopo il Congresso di Amsterdam nel 1976 su proposta approvata dall'Assemblea Generale.

Ogni Working Group ha un Chairman, un Vice Chairman, un Tesoriere, un Segretario, un Nucleus e dei membri. I membri sono scelti per le loro competenze e le loro esperienze.

I Working Group contribuiscono attivamente all'attività della Società Europea di Cardiologia proponendo corsi di aggiornamento e attività di ricerca e cooperando con le maggiori università europee.

Le funzioni del Working Group sono: promuovere ed organizzare ricerca scientifica, promuovere uno scambio di informazioni, contribuire alla preparazione del Congresso Europeo e di tutti gli altri incontri scientifici. Durante il Congresso annuale ogni Working Group organizza un "Business meeting" per discutere le attività in corso e quelle future. Ogni Working Group organizza un incontro scientifico in varie città europee.

I 26 Working Group facenti parte della Società Europea di Cardiologia sono:

Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology, Cellular Biology of the Heart, Cardiovascular Pharmacology and Drug Therapy, Myocardial Function, Nuclear Cardiology, Microcirculation, Echocardiography, Arrhythmias, Cardiac Pacing, Coronary Circulation, Cardiac Cellular Electrophysiology, Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function, Epidemiology and Prevention, Valvular Heart Disease, Computers in Cardiology, Peripheral Circulation, Developmental Anatomy and Pathology, Thrombosis, Heart Failure, Hypertension and the Heart, Myocardial and Pericardial Diseases, Grown-up Congenital Heart Disease, Pathogenesis of Atherosclerosis, Cardiovascular Nursing,

Cardiovascular Surgery, Cardiovascular Magnetic Resonance.

Dall'elenco compare il Working Group on Cardiovascular Nursing. Il numero dei membri è 48.

Il Chairman è: K. Smith (UK)

Il Vice Chairman è: A. Strömberg (Sweden)

Il Chairman precedente è: T. Jaarsma (NL)

Il tesoriere è: N. M. Lennon (EI)

Il segretario è: M. S. Hellesvick (NO)

I membri del Nucleus sono:

Dr. B. Fridlund (SE), Mrs. F. Fernanda Armengol (ES), Mrs. A. Immink (NL), P. Moons (BE), Mr. S. Pangher (IT), Mrs. M. Paukama (FI), Mr. T. J. Quinn (GB), Mrs. S. G. Snorraddottir (IS), Dr. S. Stewart (GB), Dr. J. Stockbroeckx (BE), Dr. D. R. Thompson (UK).

Il Working Group on Cardiovascular Nursing ha prodotto, in collaborazione con la Società Europea di Cardiologia, un giornale proprio per gli infermieri. Questo giornale è l'"European Journal of Cardiovascular Nursing".

Come membro del Nucleus non posso che approfittare dello spazio messi a disposizione dal Chairman dell'Area Nursing per invitare tutti i colleghi ad inviarmi gli articoli per poi pubblicarli nel giornale; invito tutti a produrre dei lavori scientifici per poi inviarmi come abstract e fare quindi una sessione composta completamente da infermieri italiani.

Relazione della riunione del Nucleus svoltasi il 4 settembre 2001 durante il Congresso Europeo a Stoccolma

Vengono abbozzate le sessioni del prossimo Congresso di Berlino:

- qualità della vita dopo l'IMA
- dibattito sull'infarto miocardico
- sessione in collaborazione con l'AHA
- segmento ST
- cardiomiopatie

CONSULTA ANCHE:

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

- riabilitazione
- uso di Linee Guida da parte degli infermieri.

Dublino: il prossimo Spring Meeting si svolgerà a Dublino dal 4 al 6 aprile 2002. Compito del Working Group è quello di promuovere questo meeting. Le sessioni saranno:

- prevenzione primaria e secondaria della malattia cardiovascolare
- morte improvvisa
- trattamento dell'infarto miocardico acuto nella comunità o nell'ospedale
- gestione delle malattie cardiovascolari prima e dopo il ricovero.

Verranno fatte delle dimostrazioni da parte delle case farmaceutiche (morte improvvisa → defibrillatori).

Il giornale verrà distribuito a tutti i partecipanti allo Spring Meeting.

Verranno fatte delle Linee Guida comuni con l'AHA. Verrà creato un Working Group americano che collaborerà con il Working Group europeo.

Nel sito verranno concentrate le informazioni, verranno messe le Linee Guida e si proverà a creare un collegamento tra le varie esperienze nei vari paesi. Verrà anche fatta una newsletter a tutte le Società europee di Cardiologia.

SCHEDA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA

Nell'ambito del progetto G8 Cardio-ANMCO, di creazione di un software di gestione clinica informatizzata comune per tutti i centri cardiologici dell'ANMCO, l'Area Nursing ha ideato e implementato una **scheda infermieristica**.

Questa scheda infermieristica, che raccoglie tutte le informazioni ritenute fondamentali per il Nursing dei pazienti cardiopatici, è completamente integrata con il software generale e consente la raccolta di dati di Nursing a livello sia locale sia nazionale.

Come tutto il software del G8 Cardio-ANMCO, il software necessita di Personal Oracle per funzionare.

Tutti i centri partecipanti al Registro delle UTIC (elenco allegato) sono dotati di tale licenza di Personal Oracle e, quindi, in questi centri gli infermieri interessati possono utilizzare immediatamente il SW dell'Area Nursing (richiedendo il CD all'ANMCO). I centri che ne fossero sprovvisti possono richiedere l'acquisto di Personal Oracle (al costo di circa 950.000 lire + IVA) e richiedere eventualmente ulteriori informazioni a:

Area Nursing ANMCO - aree@anmco.it

Marco Tubaro - Chairman Area Informatica - marco.tubaro@tin.it

ELENCO DELLE UNITÀ OPERATIVE ADERENTI AL REGISTRO DELLE UTIC

OSPEDALE	CITTÀ	OSPEDALE	CITTÀ		
1	Civile S. Salvatore	L'Aquila	65	S. Paolo	Milano
2	Civile G. Mazzini	Teramo	66	Maggiore	Lodi
3	Civile dello Spirito Santo	Pescara	67	di Desio	Desio (MI)
4	Civile S. Massimo	Penne	68	Civile	Legnano
5	Ospedale Civico Renzetti	Lanciano (CH)	69	S. Raffaele	Milano
6	Civile "A. Pugliese"	Catanzaro	70	"Bolognini"	Seriante
7	Civile G. Iazzolino	Vibo Valentia	71	Presidio Ospedaliero Civile Mellini	Chiasiari (BS)
8	Riuniti G. Melacrino - F. Bianchi	Reggio Calabria	72	Spedali Civili	Brescia
9	di Palmi	Palmi (RC)	73	Niguarda	Milano
10	Civile	Caserta	74	S. Gerardo	Monza
11	Cardarelli	Napoli	75	Geriatrico U. Sestilli	Ancona
12	"Loreto Mare"	Napoli	76	di Urbino	Urbino
13	Civile	Torre Annunziata (NA)	77	"G. Lancisi"	Ancona
14	V. Monaldi	Napoli	78	S. Maria della Pietà	Camerino
15	Multizonale	Avellino	79	Presidio Ospedaliero	Civitanova Marche
16	S. Giov. di Dio e Ruggi D'Aragona	Salerno	80	ASL 12-Os. Madonna del Soccorso	S. Benedetto del Tronto
17	S. Maria delle Grazie	Pozzuoli	81	S. Giovanni Battista-Molinette	Torino
18	Ospedale per gli Infermi	Faenza	82	E. Agnelli	Pinerolo
19	S. Maria Nuova	Reggio Emilia	83	di Rivoli	Rivoli (TO)
20	Consorziale	Bentivoglio (BO)	84	Civile San Lazzaro	Alba
21	Maggiore PA Pizzardi	Bologna	85	Civile	Asti
22	Bellarìa	Bologna	86	A.O. Policlinico	Bari
23	Civile (SS. Maria Annunziata)	Centò	87	Presidio Ospedaliero	Barletta (BA)
24	S. Maria delle Croci	Ravenna	88	Riuniti	Putignano (BA)
25	G.B. Morgagni-Pierantoni	Forlì	89	A. di Summa	Brindisi
26	Infermi	Rimini	90	Ospedaliero F. Ferrari	Casarano
27	Monfalcone	Monfalcone (GO)	91	SS. Annunziata	Taranto
28	Maggiore	Trieste	92	Civile	Sassari
29	S. Maria degli Angeli	Pordenone	93	Civile	Olbia
30	ASL RM H	Albano Laziale (Roma)	94	USL 3 Osp. S. Francesco	Nuoro
31	Belcolle	Viterbo	95	S. Giovanni di Dio	Cagliari
32	Civile - S. Camillo De Lellis	Rieti	96	Az. USL 7 c/o Ospedale Sirai	Carbonia
33	Umberto I	Roma	97	"SS. Trinità"	Cagliari
34	S. Camillo (I)	Roma	98	Civile	S. Gavino Monreale
35	S. Camillo (II)	Roma	99	A.O. "Brotzu"	Cagliari
36	S. Giovanni Addolorata	Roma	100	S. Martino	Oristano
37	S. Spirito	Roma	101	Civile S. Antonio Abate	Trapani
38	S. Giacomo	Roma	102	Presidio Ospedaliero	Mazara del Vallo
39	S. Filippo Neri	Roma	103	Barone Lombardo	Canicattì (AG)
40	S. Paolo	Civitavecchia	104	Umberto I	Siracusa
41	Parodi Delfino	Colleferro (Roma)	105	Garibaldi	Catania
42	S. Sebastiano	Frascati (Roma)	106	"Papardo"	Messina
43	S. Eugenio	Roma	107	Barone Romeo	Patti (ME)
44	S.G. Calibita Fatebenefratelli	Roma	108	Civico e Benfratelli	Palermo
45	Policlinico Casilino	Roma	109	V. Cervello	Palermo
46	Nuova Itor	Roma	110	Villa Sofia	Palermo
47	Aurelia Hospital	Roma	111	Tabarracci	Viareggio
48	S. Maria Goretti	Latina	112	S. Croce Castelnuovo	Castelnuovo Garfagnana (LU)
49	Ospedale Civile	Formia (LT)	113	Misericordia e Dolce	Prato
50	Umberto I	Frosinone	114	S. Giovanni di Dio	Firenze
51	Sandro Pertini	Roma	115	Riuniti	Livorno
52	Ospedali Riuniti Anzio-Nettuno	Anzio	116	S. Pietro Igneo	Fucecchio
53	G.B. Grassi	Ostia (Roma)	117	S. Donato	Arezzo
54	Coniugi Bernardini	Palestrina (Roma)	118	Civile	Rovereto
55	Celio	Roma	119	Ospedali Riuniti Silvestrini	Perugia
56	USL 1 Imperiese	Sanremo (IM)	120	Osp. Alta Valle del Tevere USL 1	Città di Castello
57	S. Corona	Pietra Ligure	121	Ospedali Riuniti S. Giovanni Battista	Foligno
58	Galliera	Genova	122	Ospedale San Matteo degli Infermi	Spoletò
59	Villascassi	Genova-Sampierdarena	123	Ospedale Civile Santa Maria	Terni
60	S. Bartolomeo	Sarzana (SP)	124	Monteluce	Perugia
61	Osp. di Circolo e Fondaz. Macchi	Varese	125	di Aosta	Aosta
62	di Circolo Galmarini	Tradate	126	Stabilimento Ospedaliero Boldrini	Thiene (VI)
63	Lecco	Lecco	127	S. Maria del Prato	Feltre
64	S. Carlo Borromeo	Milano	128	Policlinico	Padova

IL RUOLO DEI GRUPPI DI LAVORO NEL CAMPO DELLA PREVENZIONE

Le proposte e le iniziative dei Gruppi di Lavoro: una grande opportunità di partecipazione degli Associati alle iniziative dell'Area

Rischio Cardiovascolare Globale e Priorità di Intervento in Prevenzione sono i progetti di formazione proposti dall'Area

Organizzazione e formazione sono i due ambiti di intervento ritenuti prioritari ai fini del raggiungimento dell'obiettivo strategico di un'efficace introduzione della prevenzione cardiovascolare nella pratica clinica quotidiana (Cardiologia negli Ospedali N. 122-123).

In tale occasione è stato anche sottolineato come sia necessario un forte **contributo delle sedi regionali**, sia nella fase progettuale che applicativa, per un pieno successo delle iniziative formative e per la riuscita del modello or-

ganizzativo proposto e la realizzazione di una **continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio**.

In questo contesto trova spazio, tra le iniziative dell'Area per il biennio in corso, l'introduzione di **Gruppi di Lavoro** dedicati a specifici campi di ricerca in ambito di prevenzione cardiovascolare.

Nati come forme di aggregazione operativa tra Soci su temi di comune interesse, i Gruppi di Lavoro possono rappresentare un concreto strumento di partecipazione alle attività dell'Area per tutti i Soci interessati e, nel contempo, portare un forte contributo culturale allo sviluppo ed alla realizzazione dei **Progetti di Formazione** in corso, dedicati al **Rischio Cardiovascolare Globale** ed alle **Priorità di Intervento in Prevenzione**, ed alle altre iniziative formative dell'Area (corsi del Learning Center ecc.).

Sono stati attualmente individuati alcuni Gruppi di Lavoro con i seguenti Coordinatori:

- G.L. *Ipertensione Arteriosa* - Coordinatori: S. Pede, G.F. Mureddu
- G.L. *Ipertensione Arteriosa in età pediatrica e giovanile* - Coordinatore: I. Pollini

- G.L. *Tabagismo* - Coordinatori: G. Greco, M. Gattone
- G.L. *Esercizio fisico* - Coordinatori: C. Riccio, C. Chieffo
- G.L. *Nuovi fattori di rischio coronarico* - Coordinatori: P. Faggiano, M. Uguccioni
- G.L. *Diagnosi precoce di Aterosclerosi e Coronaropatia* - Coordinatori: A. Pozzati, G.F. Mureddu.

Alcuni G.L. sono già attivi, mentre altri sono in fase di avvio o di progettazione; riportiamo qui di seguito i contributi di alcuni di essi.

GRUPPO DI LAVORO IPERTENSIONE ARTERIOSA

Nel 1997, nell'ambito dell'attività dell'Area Prevenzione, venne presentato il **Progetto Ipertensione** (Cardiologia negli Ospedali N. 104), concepito come *progetto finalizzato* sulla base dell'evidenza scientifica della riduzione del rischio di eventi cardiovascolari avversi ottenuta attraverso il controllo dei singoli Fattori di Rischio.

Questa scelta strategica, nei confronti di una condizione diffusa come l'Ipertensione Arteriosa e con connotazioni di specifica competenza cardiologica, ha prodotto attraverso il Progetto, articolato in tre ambiti di attività (*Organizzazione e Indirizzo, Formazione e Aggiornamento, Ricerca*) una serie di iniziative di grande validità.

L'affermarsi del concetto di Rischio Cardiovascolare Globale ha indotto l'attuale Comitato di Coordinamento a ritenere che non fosse strategicamente corretta la conferma della "autonomia" del Progetto Ipertensione nell'ambito delle attività dell'Area Prevenzione. Tuttavia i dati di prevalenza uniti all'insufficiente controllo dei valori pressori rendono tuttora l'Ipertensione "un problema maggiore di salute pubblica, risolvibile, ma non risolto".

Da ciò la scelta di attivare un *Gruppo di Lavoro Iperensione Arteriosa*, che intende ereditare il patrimonio di operatività del Progetto Iperensione, sviluppandone le iniziative e arricchendolo con interventi in linea con gli spunti provenienti dal mondo della ricerca.

GRUPPO DI LAVORO ESERCIZIO FISICO

Alla luce della netta evidenza epidemiologica a favore dei benefici dell'esercizio fisico nella prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica, emerge attualmente la necessità di identificare per ciascuna tipologia di

pazienti il tipo di esercizio fisico, l'intensità e la durata dello stesso allo scopo di ottimizzare i benefici e di ridurre i potenziali rischi. È questo uno degli obiettivi del G.L., in cui le strette relazioni tra Area

Prevenzione e Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa si saldano anche al fine di:

- 1) promuovere la cultura dell'esercizio fisico nella prevenzione della cardiopatia ischemica;
- 2) avviare iniziative di formazione e di aggiornamento per il cardiologo;
- 3) eseguire un'analisi aggiornata sulle evidenze epidemiologiche e sui meccanismi fisiologici alla base dell'effetto preventivo.

GRUPPO DI LAVORO NUOVI FATTORI DI RISCHIO CORONARICO

Nonostante sia stato ampiamente riconosciuto il ruolo di alcuni fattori di rischio cardiovascolare, come ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, fumo e diabete, è, tuttavia, noto che molti eventi coronarici si verificano in soggetti con livelli di fattori di rischio non elevati.

Negli ultimi anni numerosi studi epidemiologici hanno "osservato" una serie di "nuovi" fattori di rischio aterosclerotico, ed in particolare coronarico, al fine di valutarne l'associazione

con gli eventi cardiovascolari e testarne la capacità predittiva. Alcuni di questi markers (es. fibrinogeno) hanno dimostrato di possedere un *effetto additivo nel predire la successiva comparsa di eventi* rispetto a fattori di rischio già noti. Questa caratteristica, non ancora dimostrata in modo inequivocabile per altri fattori (es. omocisteina), può conferire, se confermata, ai nuovi fattori di rischio un ruolo di rilevanza clinica, tenendo conto che alcuni di essi possono essere modificati con trattamenti farmacologici, con qualche evidenza sperimentale a favore di una *riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari*.

Vi sono pertanto spazi per l'avvio di studi, sia epidemiologici che di intervento, sul ruolo dei "nuovi" fattori di rischio e delle loro modificazioni sull'incidenza della cardiopatia ischemica nelle nostre popolazioni.

GRUPPO DI LAVORO TABAGISMO

Vi aderiscono Cardiologi di strutture diverse impegnati in attività di prevenzione e trattamento del tabagismo, interessati all'approfondimento culturale e scientifico dell'argomento ed alla diffusione delle conoscenze acquisite. Nel programma per il biennio in corso sono previste le seguenti iniziative:

- 1) Censimento dei Cardiologi impegnati e/o interessati ad attività dedicate al tabagismo;
- 2) Corsi di formazione su programmi di terapia del tabagismo nelle strutture cardiologiche, per Cardiologi e Infermieri di Cardiologia;
- 3) Elaborazione e verifica della efficacia e fattibilità di un programma di trattamento del tabagismo e prevenzione delle ricadute nei pazienti fumatori dimessi dai reparti di Cardiologia.

Al fine di garantire la più vasta partecipazione e di ampliare il coinvolgimento dei Soci interessati, le informazioni relative alle attività dei Gruppi di Lavoro saranno tempestivamente comunicate attraverso il **sito web** nella pagina dedicata all'Area Prevenzione.

*I Gruppi di Lavoro:
strumento di ricerca e
occasione di partecipazione
alle iniziative dell'Area*

IL REGISTRO DELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA: UN'ALTRA IMPORTANTE INIZIATIVA DELLA CARDIOLOGIA ITALIANA

Il supporto dell'Area Scopenso ad un progetto di grande rilevanza scientifica

Il Registro della Cardiomiopatia Ipertrofica ha già arruolato oltre 1300 pazienti e si prevedono 2000 casi entro la fine dell'anno in corso

L'Italian Network on Congestive Heart Failure può contribuire in modo rilevante al successo dell'iniziativa

Le finalità del Registro, i criteri di arruolamento e di esclusione, la scheda-paziente e le modalità di invio dei dati sono riportati nel sito www.cardiomiopatiaipertrofica.it

Nell'ambito del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità ha preso avvio, già dal maggio del 2000, il Registro della Cardiomiopatia Ipertrofica. L'iniziativa proposta da Franco Cecchi mira a diventare uno strumento di grande rilevanza scientifica.

Lo scopo del progetto è quello di ottenere numerose informazioni sui pazienti con cardiomiopatia ipertrofica seguiti nei Centri Cardiologici di tutto il territorio nazionale. I dati, raccolti perifericamente mediante un'apposita scheda-paziente, forniranno un quadro completo sull'epidemiologia, sui comportamenti terapeutici, sugli indicatori prognostici e sul carico assistenziale di questa patologia del miocardio.

Gli sviluppi potenziali dell'iniziativa comprendono la possibilità di identificare i soggetti a rischio di morte improvvisa o di deterioramento clinico, di chiarire le indicazioni all'impianto del defibrillatore endocavitario, di valutare il follow-up di procedure chirurgiche o interventistiche (quali la miotomia/miectomia o l'alcolizzazione settale), di ampliare i progetti di ricerca genetica e farmacologica. Attualmente sono già stati arruolati nel Registro oltre 1300 pazienti.

Sei ospedali (Bologna S. Orsola, Rivoli, Trieste Ospedale Maggiore, Roma San Camillo, Cata-

nia, Napoli Federico II) hanno già fornito oltre 50 pazienti/centro.

L'obiettivo è quello di raggiungere 2000 arruolamenti entro la fine dell'anno in corso. L'Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF) dell'ANMCO può contribuire in modo rilevante all'arruolamento. I Centri afferenti alla rete Scopenso hanno ormai una collaudata esperienza in progetti collaborativi di grande portata scientifica.

I Cardiologi Ospedalieri partecipano attivamente ad iniziative multicentriche, così come dimostrato dagli studi randomizzati ed osservazionali recentemente conclusi o in corso (ValHeFT, BRING-UP, TEMISTOCLE, BRING-UP II) e dimostrano grande interesse per le prossime novità (AREA IN-CHF, GISSI-HF). L'Area Scopenso si propone come uno sponsor scientifico del Registro della Cardiomiopatia Ipertrofica. Il numero di pazienti con funzione sistolica conservata arruolati nel database dell'ANMCO induce a ritenere che i Centri dell'IN-CHF siano importanti osservatori epidemiologici periferici anche nel campo della cardiomiopatia ipertrofica.

Le finalità del Registro e le modalità per inviare i casi sono descritte con maggior accuratezza nel sito <http://www.cardiomiopatiaipertrofica.it>.

L'arruolamento deve essere effettuato in base ai criteri clinici ed ecocardiografici indicati. Anche le informazioni necessarie per identificare i fattori di rischio e valutare le forme familiari sono riportate dettagliatamente nel sito internet.

I Centri che parteciperanno al progetto verranno costantemente aggiornati sull'analisi dei dati, potranno proporre ricerche specifiche sul database ed il loro contributo verrà citato nelle pubblicazioni scientifiche.

CONSULTA ANCHE:

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

Il Progetto CUORE ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

U.O. 2 - REGISTRO DELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA

Dott. Franco Cecchi

Azienda Sanitaria di Firenze - P.O. Basilewsky
Via Lorenzo il Magnifico, 104 - 50129 Firenze
Tel. 055 6264444 - Fax 055 6264443 - e-mail: fcecchi@flownet.it

CRITERI DI ARRUOLAMENTO

Il Registro prevede l'arruolamento di pazienti con CMI, secondo la definizione riportata nel primo paragrafo.

È previsto l'arruolamento di tutti i pazienti affetti, compresi quelli già deceduti, purché la diagnosi sia sicura.

La diagnosi di CMI può essere effettuata con metodo non invasivo mediante ecocardiografia: né l'angiografia né la biopsia miocardica vengono considerate necessarie per porre diagnosi di CMI. Negli adulti, viene considerato chiaramente patologico uno spessore ventricolare sinistro ≥ 15 mm.

Nei bambini, tale valore è in rapporto alla superficie corporea.

È fondamentale segnalare se la CMI è familiare, cioè se esiste una documentazione di CMI, fatta con metodi certi, almeno in un parente del probando.

CRITERI DI ESCLUSIONE

Devono essere esclusi dal Registro tutti i pazienti con:

- Stenosi aortica valvolare o sopravalvolare
- Stenosi subaortica fissa (membranosa, fibromuscolare, ecc.)
- Ipertensione polmonare primitiva o secondaria
- Ipertensione arteriosa (PA $>170/100$ in almeno 3 rilievi consecutivi) e/o fundus oculi con segni di retinopatia ipertensiva associata ad anamnesi positiva per ipertensione arteriosa. Vengono tuttavia inclusi i pazienti con ipertensione arteriosa la cui insorgenza è chiaramente posteriore alla diagnosi di CMI
- Malattie neuromuscolari (atassia di Friedreich, S. di Noonan, lentiginosi, distrofia muscolare, ecc.)
- Malattie specifiche del miocardio da causa nota o associate a patologia di altri organi o apparati.

AL TRAGUARDO DEL DECIMO ANNO IL CONGRESSO DELL'ANMCO CAMPANIA

Dal 29 novembre al 1° Dicembre si svolgerà a Napoli il X Congresso dell'ANMCO Campania, il III congiunto ANMCO-SIC

Lo scopo della iniziativa era quello di favorire lo scambio culturale e scientifico tra i Cardiologi della stessa Regione.

Il Congresso si articolava in una lettura magistrale (La Cardiologia tra clinica e tecnologia) affidata al decano dei Cardiologi campani Ernesto Correale e in quattro simposi, il primo dei quali dedicato ai problemi strutturali ed organizzativi della Cardiologia in Campania e gli altri tre dedicati a temi di quotidiana attualità, quali l'aritmologia, la ecocardiografia e la terapia della cardiopatia ischemica.

Nasceva così un momento di aggregazione, di confronto e di dibattito tra tutte le anime della Cardiologia Campana, ospedaliera, universitaria ed extraospedaliera.

Ben otto sessioni di comunicazioni testimoniavano il grande favore e la grande partecipazione dei Cardiologi Campani all'iniziativa. Sulla scorta di questo primo successo il Congresso ha rappresentato un rituale appuntamento annuale in cui i Cardiologi Campani confrontavano la loro esperienza.

Sin dal suo esordio il Congresso Regionale ANMCO si apriva a tutte le componenti cardiologiche in generale e a quella universitaria in particolare.

La collaborazione tra ospedalieri ed universitari si sarebbe rinnovata di anno in anno fino a tre anni or sono, quando il 2-3-4 dicembre 1999 l'VIII Congresso dell'ANMCO Campania divenne il I Congresso Congiunto ANMCO-SIC Campania. Come il primo Congresso ANMCO anche quello ANMCO-SIC si teneva a Napoli. Veniva istituzionalizzata così una collaborazione tra le maggiori società scientifiche cardiologiche che trovava a livello nazionale il riferimento nella Federazione Italiana di Cardiologia.

Il 29 novembre 2001 si rinnova a Napoli l'appuntamento annuale del Congresso ANMCO-SIC. La struttura della manifestazione comprende simposi sui temi più attuali della Cardiologia, tavole rotonde, dibattiti, controversie, sessioni di comunicazione e le classiche letture magistrali. Particolarmente attesa è la lettura magistrale affidata a Piero Anversa (in odore di Nobel) dedicata ai temi emergenti della patologia cardiovascolare. La presenza di Anversa è l'ulteriore conferma della crescita del Congresso che, dopo aver visto negli anni scorsi la partecipazione di Cardiologi provenienti da diverse aree d'Italia, si avvale quest'anno di una presenza di respiro internazionale.

I simposi affrontano i temi più attuali della moderna Cardiologia, mentre la partecipazione, lo spirito critico e gli spunti di discussione sono affidati ad una serie di tavole rotonde, di incontri su temi controversi e alle numerose sessioni di comunicazioni.

“ISTANTANEA” DALL’ANMCO PUGLIA

di Francesco Bovenzi



Finalmente è stata presentata all’ordine del giorno di un recente Consiglio Regionale, ma non discussa, la proposta d’attivazione del tanto atteso - Sistema 118 “Puglia Pronto-Soccorso”. Siamo fiduciosi per l’imminente sua approvazione che ci farà conoscere come potrà essere articolata, in funzione degli Ospedali, delle strutture e dei posti letto d’UTIC, la nuova rete ospedaliera per l’emergenza cardiologica.

Ci auguriamo che all’imminente elaborazione segua un riordino che tenga presente il modello delle **grosse aree territoriali regionali (“radial wheel -ruota raggiata”)**, omogeneamente distribuite, intersecate e rappresentate, in modo che ciascun Servizio o UTIC abbia per ogni patologia cardiovascolare acuta, in funzione delle prestazioni necessarie, **un centro di riferimento d’area d’appartenenza (hub-mozzo della ruota)**. Quest’ultimo si caratterizzerebbe per una propria auto-

nomia nelle avanzate diagnostica e cura di patologie acute, strettamente **collegato (24/24h) con i centri d’afferenza di quell’area (spoke-raggio della ruota)**, condividendone comuni comportamenti e Linee Guida, trasferimenti facilitati, prioritari e protetti, previsti per quel “raggio” in tempi non superiori ai 30-45 minuti.

Solo in questo modo, incrementando la collaborazione inter-ospedaliera, conoscendo la disponibilità di professionalità e

di strutture attrezzate, programmando la formazione degli operatori, pianificando per aree i percorsi diagnostico-terapeutici più idonei nelle patologie acute e gravi, **si riuscirà a garantire a tutti uguaglianza e tempestività d’intervento e di cure.**

Quest’aspetto è di rilevante importanza se, ad esempio, riflettiamo sui numerosi mutamenti ed indicazioni diagnostico-terapeutiche che, patologie come le sindromi coronariche acute hanno subito in questi recenti anni. Cardio-enzimi divenuti più sensibili e specifici nella diagnostica, nuove e sempre più efficaci terapie mediche, ma in particolare crescente richiesta di procedure interventistiche d’angioplastica primaria, che nonostante il grande impegno, ciascuno per il proprio ruolo, non a tutti i cittadini riusciamo a garantire, il più delle volte solo a causa **di carenze organizzative e d’insufficiente programmazione sanitaria.**

Quest’ultima, per non essere lacunosa, nel percorso di pianificazione delle risorse ed in particolare di quelle ad alta tecnologia (emodinamica/cardiochirurgia), attende ancora **una “nostra” fondamentale risposta alla domanda:**

- È oggi ancora necessaria una cardiocirurgia nell’ospedale per effettuare procedure d’interventistica coronarica programmate e/o d’emergenza?

Questo rappresenta il vero “collo di bottiglia” o, come a noi pugliesi piace pensare “il cono del trullo”; vero ostacolo per molti all’interventistica, **ma a ben guardare nella realtà, non per Tutti in Italia ed in Europa.**

Questo quesito alimenta un dualismo d’opinione fra tanti di noi, ancora mestamente sommerso, ma certamente a breve manifesto alle porte e di certo sospinto dalle crescente richiesta di sale d’emodinamica.

Le Società Scientifiche dovranno esprimersi per non alimentare ancora per più

Ancora nell’attesa dell’approvazione del sistema 118 “Puglia Pronto-Soccorso”

tempo quel “subdolo gap” fra quello che - *come in uno dei tanti giorni* - riteniamo necessario effettuare (ad esempio un’angioplastica primaria per un giovane con un infarto anteriore) e quanto per contro, effettivamente riusciamo semplicemente il più delle volte a realizzare (una trombolisi). Diverso destino per differenti località!

Convegno Interregionale Puglia-Basilicata “Urgenze Emergenze Cardiologiche”

evoluzione che deriva dall'intrinseca maturazione delle tecniche e dal forte progresso tecnologico. Così, quella che ieri era la sfida di un singolo, oggi cambia scenario, l'intervento è parte integrante, anello, di una catena tesa dalla forza dell'organizzazione e della programmazione territoriale al servizio del cittadino.

Le Società Scientifiche in questo sono le sole “guide” capaci di garantire le giuste, non sempre facili, scelte di politica sanitaria.

Il 12 e 13 ottobre si è svolto a Matera, presso il Convento delle Monacelle il Convegno Interregionale ANMCO Puglia-Basilicata “Urgenze Emergenze Cardiologiche”. Vi hanno partecipato soci delle due regioni, cardiologi del territorio, internisti e medici di base.

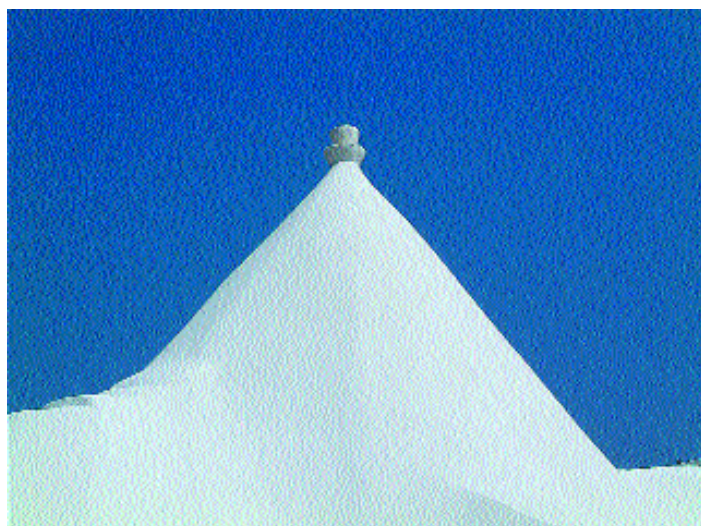
Attivazione del Registro Apulo-Lucano “Real ACS”

Lo svolgimento dell’attesa manifestazione scientifica coordinata dai rispettivi Delegati, ha onorato la lunga tradizione nell’attività culturale delle due regioni ed ha avuto come Presidenti Onorari Italo de Luca (Bari) e Giovanni Tantalò (Matera).

Sono stati approfonditi interessanti argomenti in tre simposi: sull’infarto miocardico acuto, sulla morte improvvisa e sulle più difficili ed abituali emergenze: l’embolia polmonare, le sindromi aortiche acute ed il tamponamento cardiaco. Ha chiuso il Convegno una tavola rotonda sugli aspetti organizzativi dell’emergenza e

due simposi paralleli programmati per il personale infermieristico.

In occasione del Convegno è stato ufficialmente presentato il registro interregionale “**REAL ACS**”: *Registry of Apulo-Lucan Acute Coronary Syndrome*, che ci auguriamo a breve sarà per tre settimane attivato nelle due Regioni. Una specie di “foto istantanea” che avrà come obiettivo prioritario quello di far piena luce sui variegati, spesso singolari percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici della nostra realtà, a cominciare dalla prima richiesta di soccorso del cittadino, attraverso



Trullo pugliese del 1600: patrimonio storico, etnico e turistico di inestimabile valore

so i centri più periferici di transito, fino alle UTIC ed a quelle cardiologie e cardiocirurgie più avanzate, pubbliche convenzionate e/o accreditate, capaci di garantire un accesso alle tecnologie più avanzate.

COSTITUITA LA COMMISSIONE CONSULTIVA PER LA CARDIOLOGIA PRESSO L'ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITÀ

di Vincenzo Cirrincione



Il 26 marzo 2001 l'Assessore alla Sanità della Regione Siciliana ha istituito la **Commissione consultiva per il settore Cardiologico**, su richiesta specifica – inviata ufficialmente il 13 marzo 2001 – a firma congiunta del Delegato Regionale ANMCO e del Presidente Regionale della SIC. Di questa Commissione fanno parte integrante due componenti del Direttivo ANMCO e due del Direttivo della SIC, nonché cinque

Cardiologi individuati dall'Assessore; l'ANMCO è rappresentata dal Delegato Regionale e dal Segretario del Consiglio Direttivo.

Da molto tempo le Società scientifiche cardiologiche cercavano un rapporto organico con le Istituzioni, al fine di rappresentare le complesse problematiche relative all'attività e ai modelli organizzativi di un settore chiave come quello Cardiologico, in considerazione dell'elevato impatto epidemiologico delle malattie cardiovascolari (prima causa di mortalità e morbilità nel mondo occidentale), del crescente assorbimento di risorse, delle alte tecnologie utilizzate in questo campo e della necessità di riorganizzare e potenziare il settore in termini di costi-benefici. La credibilità e il prestigio professionale, acquisiti in questi ultimi anni dalle Società cardiologiche nella Regione, hanno permesso questo importante risultato.

Il **9 maggio** u.s. si è tenuta la prima riunione presso la biblioteca dell'A.O. Villa Sofia. Dopo una approfondita analisi "generale" della situazione cardiologica in Sicilia, si è ritenuto di dover affrontare in questa prima tornata tre argomenti fondamentali per lo sviluppo del settore: la revisione dei DRG in campo di emodinamica e di elettrofisiologia; il problema della implementazione del Dipartimento Cardiovascolare; la questione delle liste di attesa per l'attività ambulatoriale.

Come *dead-line* per la presentazione dei documenti relativi, condivisi quindi dai rappresentanti della Regione presenti in Commissione, è stata assunta la data del prossimo Congresso Regionale ANMCO (4-6 ottobre 2001). È stato infine chiarito che **il ruolo della Commissione non è la contrattazione di stampo sindacale, ma quello di costituire un vero e proprio supporto conoscitivo e propositivo nei confronti del decisore pubblico regionale.**

Nella riunione del **6 luglio** u.s. Corrado Tamburino ha presentato un importante documento sulla revisione dei DRG, che è stato ampiamente discusso e in qualche aspetto emendato. Successivamente Antonio Castello e Pasquale Assennato hanno illustrato il documento sul Dipartimento cardiovascolare: la proposta è finalizzata ad evitare nel prossimo futuro la dispersione della Cardiologia.

Il **25 luglio**, nella sede dell'Ispettorato alla Sanità, si è tenuta la terza riunione, nel corso della quale questi documenti sono stati approvati definitivamente. Enzo Cirrincione e Francesco Clemenza hanno quindi presentato una relazione che tratta in modo organico la problematica delle liste d'attesa per le attività ambulatoriali, con alcune conseguenti proposte di soluzione.

Nella prossima riunione dell'**11 settembre**, si cercherà di definire – insieme ai rap-

presentanti istituzionali – un percorso in grado di migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi di tipo ambulatoriale che le strutture pubbliche offrono ai cittadini. **In occasione dell'Assemblea dei Soci ANMCO, che si terrà a Vulcano il 5 ottobre 2001, saranno presentati e discussi i primi risultati del lavoro della Commissione.**

In questo scorcio di fine anno i lavori della Commissione verteranno su altri argomenti scelti in base alle esigenze e ai suggerimenti della Comunità Cardiologia; tutti gli Associati sono quindi invitati a presentare concrete proposte ed a partecipare alla loro elaborazione, se necessario in sottocommissioni *ad hoc* costituite in base a specifiche competenze.

Un particolare contributo ci si attende dai rappresentanti dei Gruppi con interessi "ultraspecialistici" (Cardiologia Pediatrica, Aritmologia, Emodinamica, ecc.) che potranno così interagire in termini istituzionali con l'intera area cardiologica; ciò è del resto quanto si è concluso in occasione dell'Assemblea dei Soci convocata il 15 giugno scorso a Caltanissetta, proprio per consentire la più ampia informazione e discussione sui lavori della Commissione.

Veneto

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

L'ANMCO È NATA NEL VENETO

La storia della nostra Associazione è poco conosciuta e pochi sanno come sia nata e di chi sia stata l'idea

di Carlo Martines



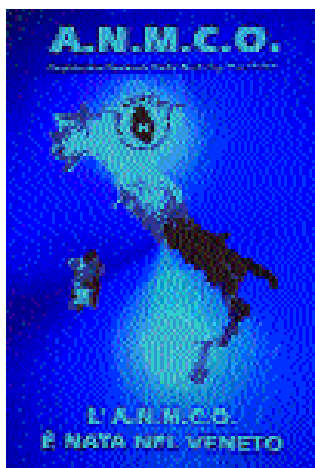
Il Dott. Ettore Bellini, uno dei veri fondatori dell'ANMCO, mi ha scritto questa lettera che rappresenta l'inizio della nostra storia

Il Dott. Ettore Bellini, uno dei veri fondatori dell'ANMCO, mi ha scritto questa lettera che rappresenta l'inizio della nostra storia e, con il suo consenso, desidero portarla all'attenzione di tutti.

Caro Martines, nel numero di maggio di **Veneto NEWS**, da te autorevolmente diretto, il frontespizio della lettera informativa del C.D. ANMCO è brevemente dedicato alla nascita dell'Associazione come avvenuta a Venezia per opera di un gruppo di Cardiologi veneti. Questo avvenimento viene ricordato genericamente (senza citare fatti e protagonisti, che sarebbe opportuno ricordare per la conoscenza della nostra storia) e che, avendolo vissuto intensamente in prima persona, mi permetto di rappresentarti.

L'11 aprile 1963, in un lungo colloquio avvenuto nel mio studio, nel Servizio di Cardiologia dell'Ospedale Regionale di Venezia (S.S. Giovanni e Paolo, di recente costituzione) fra Feruglio e me, si giunse alla conclusione sulla necessità

Il nome dell'Associazione, coniata da Feruglio e me, è quella attuale, tuttora invariata: ANMCO



*... furono inoltre gettate le basi per il periodico a carattere organizzativo-sindacale **CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI***

*Il Consiglio Direttivo ha consegnato alle Unità Operative di Cardiologia il documento relativo alle proposte di organizzazione delle strutture di **Emodinamica***

di creare una Associazione delle istituzioni **cardiologiche ospedaliere autonome** allora esistenti e di promuovere la nascita di nuove.

Il nome dell'Associazione, coniata da Feruglio e me, è quella attuale, tuttora invariata: **ANMCO**.

La riunione di fondazione vera e propria si svolse a Venezia, sempre nel mio studio ospedaliero, con la partecipazione dei

Cardiologi da noi invitati, tutti dirigenti di servizi autonomi ospedalieri, e cioè: Feruglio Giorgio Antonio (Udine), Bellini Ettore (Venezia), Cuzzato Vincenzo (Treviso), Tumiotto Giorgio (Ravenna), Bassi Alessandro (Monfalcone), Lombardi Michele, Masini Giuseppe (Lucca), Giacomelli Franco (Venezia-Lido), Levi Giorgio (Brescia).

Tutti entrati nella storia dell'ANMCO come Soci Fondatori.

Venne costituito **il primo Direttivo** nelle persone di Feruglio, Bellini e Lombardi e come primo atto fu presentata e discussa la bozza dello **Statuto Associativo** e venne promosso il censimento delle istituzioni cardiologiche esistenti:

furono inoltre gettate le basi per il periodico a carattere organizzativo-sindacale **CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI**.

Da allora è cominciato il lungo e glorioso cammino dell'ANMCO sino ai giorni nostri.

Tanto Ti dovevo a completamento della storia dell'Associazione.

Con fervidi auguri di buon lavoro, con la più viva cordialità.

Ettore Bellini

Il 13 settembre il Consiglio Direttivo ha consegnato alle Unità Operative di Cardiologia il documento relativo alle proposte di organizzazione **delle strutture di Emodinamica**.

Si tratta di un documento, richiesto dall'Assessore Regionale alle Politiche Sanitarie, che dovrebbe rappresentare la base di discussione tra l'ANMCO Regionale, Società Scientifiche Cardiologiche e Regione.

Studio osservazionale sull'incidenza della cardiopatia ischemica nel Veneto

Il Gruppo di studio incaricato di svolgere l'indagine conoscitiva ha terminato il suo lavoro e in tempi brevi saranno resi i dati.

Sono a buon punto anche le altre due indagini epidemiologiche sulla **fibrillazione atriale** e sullo **scompenso cardiaco**.

Per la divulgazione dei risultati si terranno tre simposi tra gennaio e maggio 2002.



di Pietro Zonzin

“Medicina e scienze umane” Nuovo saggio di Odoardo Visioli

Anche l'osservatore più distratto o superficiale ha la percezione di assistere nell'ambito della Medicina ad una serie di fenomeni quali la perdita progressiva del ruolo clinico del medico, sempre più oppresso da incombenze di tipo burocratico-amministrativo, la profonda modificazione del rapporto medico-paziente, la riorganizzazione degli ospedali con la scomparsa, almeno formale, delle classificazioni gerarchiche, l'accreditamento della sanità privata, l'attribuzione di poteri decisionali a figure verticistiche con conseguente attenuazione del controllo democratico, l'unificazione dei ruoli medici ospedalieri con la scomparsa della figura classica del primario, la transizione verso modelli organizzativi di tipo dipartimentale, la relativa omogeneizzazione fra medicina ospedaliera ed universitaria, il garantismo spesso esasperato con conseguente aggravio economico, il dualismo tra logiche economiche e sociali, la crisi del “welfare state”.

Questi sono soltanto alcuni dei temi sviluppati dal Professor Odoardo Visioli, Ordinario di Cardiologia presso l'Università degli Studi di Brescia, in un recente saggio edito dalla GPA di Milano, dal titolo “MEDICINA E SCIENZE UMANE: affinità elettive”. L'opera parte dall'assunto che medicina e società si collocano in un rapporto di reciprocità attiva e dinamica; ne consegue che ogni approfondimento sulle trasformazioni della medicina e della sua organizzazione deve tener conto della complessa serie di rapporti che la medicina stessa intrattiene con la società, la politica, l'economia, la filosofia, nel contesto di una evoluzione tecnica e nosografica. La tematica dei rapporti tra medicina e scienze umane viene inquadrata dall'Autore nell'ambito di una dialettica tra soggetto e collettività, tra individuo e società. Per quanto concerne la ricerca di un delicato equilibrio tra queste due componenti – particolarmente delicato nel caso del sistema sanitario, inteso come cura dell'ammalato ed anche come organizzazione atta a predisporre e fornire la cura stessa – viene proposto, e particolarmente valorizzato, tra i vari modelli sociologici

considerati (quello delle due *freccie a senso opposto* o del *pendolo* o della *rete* o del “ring”) appunto quello del “ring”, in quanto trasponendo in una successione cronologica a senso variabile le situazioni gerarchiche e le priorità di scelta e sancendo ad un tempo l'utilità, l'eventuale indispensabilità ma anche la non superiorità di ogni disciplina, metodica, organizzazione, consente la soluzione del groviglio polisemico. Tuttavia l'Autore riconosce di essersi sbilanciato “verso i valori individuali, con una valorizzazione del soggetto e della sua singolarità nei confronti della collettività e con una conseguente preminenza delle problematiche antropologiche su quelle sociologiche” e di aver tentato una composizione dell'antinomia individuo e società

con l'assunzione di modelli sociologici conciliativi, partendo da una definizione di “società degli individui”.

Altro concetto particolarmente sviluppato nella trattazione è la “secolarizzazione della medicina” intesa come l'insieme dei fenomeni socio-culturali generali e di quelli che interessano la medicina. In particolare il concetto attiene la progressiva emancipazione della società dall'origine sacrale, la modifica intrinseca della categoria del potere (piuttosto che di un semplice cambiamento di attribuzione dello stesso), la prevalenza dell'atto sulla norma (la cosiddetta medicina dei risulta-

ti), ecc. La medicina come conseguenza dei suoi successi, da arte e poi missione è divenuta professione, poi mestiere e infine nella sua esasperata differenziazione tecnico-specialistica, artigianato, pur mantenendo sempre una derivazione sacra.

Particolarmente ampia è la bibliografia di riferimento, riguardante saggi e articoli cui abitualmente il “normale lettore” non si accosta.

Il saggio, pur di non facile “metabolizzazione”, è certamente raccomandabile a tutti gli operatori della sanità ed in particolare ai pubblici decisori che vogliono cercare una chiave di lettura della complessa realtà socio-sanitaria ed una interpretazione non superficiale ed il meno passiva dei fenomeni evolutivi cui stiamo assistendo.



RUBRICA CONGRESSI 2001/2002

NOVEMBRE 2001

Cardiologia Nucleare 2001
IX Corso di Aggiornamento GICN
I Corso di Aggiornamento per Tecnici di Medicina Nucleare

Rimini, 29 novembre - 1 dicembre 2001

Segreteria organizzativa: Studio Tresoldi S.a.s. - Via Lambro, 14 - 20129 Milano
tel. 02-20404580 / fax 02-20421322
e-mail studiotresoldi@mail.gpa.it

APRILE 2002

IV Congresso Nazionale di Aritmologia AIAC

Bologna, 17-19 aprile 2002

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex - Via Sassonia, 30 - 47900 Rimini
tel. 0541-743586 / fax 0541-743263
e-mail acx1@adriacongrex.it

MAGGIO 2002

VI International Meeting on New Perspectives in Ischemic Heart Disease, Heart Failure, Atherosclerosis and Hypertension

Bologna, 30-31 maggio, 1 giugno 2002

Segreteria Organizzativa: CSR Congressi S.r.l. - Casella Postale 1769 - 40100 Bologna
tel. 051-765357 / fax 051-765195
e-mail info@csrcongressi.com

2nd International Congress on Clinical and Interventional Cardiology

Taormina, 25-29 maggio 2002

Segreteria Organizzativa: Fininvest Congressi - Via G. D'Annunzio, 125 95126 Catania
tel. 095-383412 / fax 095-370419
e-mail fininvest@nti.it

GIUGNO 2002

3° Congresso Nazionale "Giovanni Sodano"

Verona 19-23 giugno 2002

Segreteria Organizzativa: UNIVERS S.r.l. - Via dei Mille, 6 - 00185 Roma
tel. 06-4450290 / fax 06-49380583
e-mail congressi@universviaggi.it