



NOVEMBRE - DICEMBRE N. 130



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



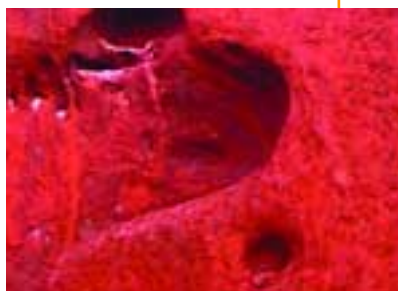
**A**MICI DELL'ANMCO

AstraZeneca • Bayer Italia • Boehringer Ingelheim • Knoll una Divisione di Abbott • Merck Sharp & Dohme  
Pfizer Italiana • Roche • Sanofi-Synthelabo • Schering-Plough SpA • Servier Italia • Sigma-Tau

## IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL DIRETTORE
- 3 DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA
- 7 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 14 DALLA SEDE ANMCO
- 23 DAL CENTRO STUDI
- 25 DAL CENTRO DI COORDINAMENTO STUDIO SPS
- 28 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 31 DALL'UFFICIO STAMPA
- 37 DALLE AREE  
Emergenza-Urgenza  
Management & Qualità  
Nursing - Scopenso
- 47 DALLE REGIONI  
Abruzzo  
Piemonte-Valle d'Aosta  
P.A. Trento
- 50 FORUM SINDACALE E ORGANIZZATIVO
- 54 CUORI ALLO SPECCHIO
- 58 VIAGGIO INTORNO AL CUORE

In copertina: foto di Leonardo De Luca  
Ayers Rock (Australia) 2002



"A heart of stone will feel alone"

## INDICE:

- 2 SALUTO AI LETTORI  
*Francesco Boncompagni*
- 3 LETTERA AL MINISTRO DELLA SALUTE PROF. GIROLAMO SIRCHIA  
*Luigi Tavazzi*
- 5 CAMBIANO GLI EDITORS DELL'ITALIAN HEART JOURNAL UN GRAZIE E UN BENVENUTO  
*Luigi Tavazzi*
- 5 L'IMPEGNO EDITORIALE  
*Pantaleo Giannuzzi*
- 7 LETTERA AI SOCI ANMCO  
*Antonio Mafri*
- 8 AI SOCI ANMCO  
*Giuseppe Pinelli*
- 10 LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN CARDIOLOGIA: UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO IN RETE FUNZIONALE PER BACINO DI UTENZA  
*G.L. Nicolosi, P.A. Ravazzi*
- 14 CONSIGLIO DIRETTIVO: WORK IN PROGRESS  
*Francesco Bovenzi*
- 15 ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA  
*Gian Luigi Nicolosi*
- 16 NASCE IL CENTRO FORMAZIONE ANMCO  
*Marino Scherillo*
- 20 IL NUOVO COMITATO SCIENTIFICO ANMCO  
*Marcello Galvani*
- 22 EVOLUZIONE DEL PROGETTO PER IL XXXIV CONGRESSO NAZIONALE  
*Francesco Clemenza*
- 23 LA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DI RICERCA È VOLONTARIA, MA QUANDO CI SI È IMPEGNATI LA BUONA QUALITÀ DEI DATI È OBBLIGATORIA  
*A. Pietro Maggioni*
- 25 UN AGGIORNAMENTO SULLO STATUS DELLO STUDIO SULLA PREVENZIONE SECONDARIA CARDIOVASCOLARE (SPS)  
*Franco Valagussa*
- 28 PRONTO...CUORE? DA UN'ESPERIENZA PILOTA NASCE UNA PROPOSTA  
*Carlo Schweiger*
- 31 ANMCO E MASS MEDIA, QUESTIONE DI FEELING  
*Alessandra Di Mare*
- 32 È NATO L'UFFICIO STAMPA: ISTRUZIONI PER L'USO  
*Francesco Bovenzi*
- 37 BILANCIO E PROSPETTIVE DOPO UN BIENNIO DI LAVORO  
*Francesco Chiarella*
- 41 L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA ECM: LA REGIONALIZZAZIONE  
*Evasio Pasini*
- 43 INTRODUZIONE di *Domenico Miceli*  
CURE PALLIATIVE PER PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO  
*Paola Di Giulio*
- 45 AGGIORNAMENTI E NUOVE INIZIATIVE  
*Giuseppe Cacciatore*
- 47 RINNOVATO IL DIRETTIVO ANMCO ABRUZZO  
*Angelo Vacri*
- 48 DIRETTIVO RINNOVATO - PROGRAMMA 2002-2004  
*Giuliano Brocchi*
- 50 PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA CLINICO-ORGANIZZATIVE IN TRENTO: GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO ACUTO IN PRONTO SOCCORSO  
*Roberto Bettini*
- 53 IN TEMA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA  
*Antonio Ciacco*
- 54 ANTONIO MAFRICI INCONTRA FAUSTO ROVELLI  
*Antonio Mafri*
- 58 IL "MAL DI CUORE" DI PINOCCHIO: METAFORA, SINDROME, PARABOLA  
*F. Bovenzi, F. Lotesoriere*

## SALUTO AI LETTORI



Cari Amici,

come consuetudine al rinnovo del Consiglio Direttivo dell'ANMCO, segue il rinnovo del Comitato di Redazione del Notiziario "Cardiologia negli Ospedali".

Su proposta del Consiglio Direttivo è stato nominato un nuovo Gruppo di Lavoro così composto: Francesco Boncompagni, Editor, Francesco Bovenzi, Co-Editor, Antonio Mafri e Giuseppe Vergara, Comitato di Redazione.

Nel ringraziare il precedente Comitato di Redazione, ci impegnamo con i nostri Soci a rispettare l'obiettivo che si sono posti coloro che ci hanno preceduti e cioè fare del periodico un efficace veicolo di comunicazione cardiologica, un punto di aggregazione e di dibattito, nonché luogo di aggiornamento e controversie utilizzando l'alto grado di fruibilità dell'informazione.

Fondamentale resterà il ruolo della Rivista nell'informare i Soci sull'attività del Consiglio Direttivo, del Centro Studi, della Heart Care Foundation, delle Aree e del Sindacato.

Inoltre sarà nostro compito stimolare le singole Regioni ad aggiornarci sulle iniziative non solo culturali ma anche legislative di interesse cardiologico e questo troverà più spazio nei Supplementi regionali del Giornale.

Il Notiziario lavorerà in modo sinergico con il Sito WEB dell'ANMCO per contribuire in una visione multimediale.

In accordo con il Presidente e il Consiglio Direttivo, abbiamo deciso di dare una nuova veste grafica al Notiziario dando maggiore spazio all'immagine.

Abbiamo fiducia che questo rappresenti una scelta gradita, non solo estetica, ma che sia capace di accrescere la comunicazione, rafforzare l'identità della parola e suscitare un maggiore interesse alla lettura.



N. 130 - novembre/dicembre 2002

Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

**Francesco Boncompagni**

Co-Editor:

**Francesco Bovenzi**

Comitato di Redazione:

**Antonio Mafri, Giuseppe Vergara**

Segreteria di Redazione:

**Simonetta Ricci**

Segreteria Nazionale:

**ANMCO**

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

E-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

<http://www.anmco.it>

Direttore 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



404 008  
LOW EMISSIONS DURING  
PRODUCTION

### Consiglio Direttivo ANMCO

Biennio 2002-2004

Presidente:

**Alessandro Boccanelli**

Presidente Designato

**Giuseppe Di Pasquale**

Past President:

**Gian Luigi Nicolosi**

Vice-Presidenti:

**Antonio Mafri**

(Attività gestionali e organizzative)

**Marino Scherillo**

(Attività culturali)

Tesoriere:

**Francesco Bovenzi**

Segretario:

**Francesco Clemenza**

Consiglieri:

**Francesco Boncompagni**

**Claudio Cavallini**

**Paolo Verdecchia**

**Giuseppe Vergara**

**Rossano Vergassola**

**Massimo Zoni Berisso**

## LETTERA AL MINISTRO DELLA SALUTE PROF. GIROLAMO SIRCHIA



Pavia, 8 agosto 2002

Signor Ministro,

Le scrivo a nome della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), che ho l'onore di presiedere, per esporLe alcune preoccupazioni che ci si pongono in modo pressante e urgente.

La FIC include le due Società nazionali dei cardiologi, la Società Italiana di Cardiologia e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri. Le parlo quindi a nome della comunità cardiologica nazionale.

Una serie di segnali che avvertiamo, "sul campo" dell'attività clinica, ci inducono a credere che la Sanità stia pericolosamente avvicinandosi a una soglia critica sia per la risposta appropriata ai bisogni di salute che per il mantenimento di una ricerca scientifica accettabile in ambito clinico.

Cito alcuni segnali che avvertiamo:

- 1) benché la spesa sanitaria nazionale sia del tutto in linea con quella degli altri paesi europei, il continuo allarme della stampa su questo punto e la oggettivamente limitata disponibilità di risorse inducono ad atteggiamenti di spesa sempre più restrittivi da parte degli Ospedali pubblici. Tagli sistematici si stanno abbattendo in particolare sulla Cardiologia, che essendo una disciplina molto tecnologizzata e ricca di procedure interventistiche si espone a costi più elevati di altre specialità. La cosa più preoccupante è che spesso i razionamenti avvengono esclusivamente in base a considerazioni economiche, senza considerare qualità, quantità e soprattutto appropriatezza della domanda;
- 2) la struttura e l'organizzazione funzionale dei presidi cardiologici nelle Regioni costituiscono le catene produttive delle prestazioni sanitarie. La razionalità dell'assetto complessivo, la complementarietà delle funzioni, la distribuzione geografica dei presidi sono elementi decisivi per l'efficienza della produzione sanitaria, ma anche qui sembra che la logica delle scelte non sia sempre basata sulla conoscenza della materia sanitaria di cui i presidi sono lo strumento operativo;
- 3) il razionamento in corso delle disponibilità terapeutiche (materiali procedurali, devices, farmaci) rischia di metter in crisi la capacità di risposta del sistema ai bisogni dei cittadini. Anche per questo, il problema della appropriatezza è centrale;
- 4) la ricerca scientifica in ambito clinico gode di finanziamenti pubblici vicini allo zero, ed è quindi sostenuta pressoché interamente da finanziamenti aziendali. Il prosciugarsi delle disponibilità economiche delle Aziende in Italia sta di fatto allontanando la ricerca clinica dal nostro Paese. Ovviamente i

problemi economici delle Aziende produttrici di farmaci e di devices non ci riguardano direttamente, saremmo lietissimi di fare ricerca con fondi derivanti da sorgenti diverse, ma non ci sono. Una politica che cancelli gli sprechi e faccia convergere le risorse sulle terapie appropriate ci vedrebbe convinti alleati. Vorremmo contribuire con il nostro sapere professionale a definire il razionale delle scelte;

- 5) anche la diffusione della cultura e le iniziative finalizzate alla incorporazione dei percorsi diagnostico-terapeutici raccomandati non è sostenuta da finanziamenti pubblici. Corsi, convegni, congressi, iniziative editoriali, in pratica l'aggiornamento e la formazione degli operatori sanitari, deve essere neutrale e regolata, ma le risorse per farla vengono in gran parte dal mondo aziendale. Occorre la massima vigilanza (e competenza) perché non diventino promozionali, ma se non ci sono risorse, semplicemente non si fanno. È quanto sta accadendo nel nostro Paese. Le risorse orientate alla pubblicità sulle riviste mediche si sono drasticamente ridotte e non riusciamo a mantenere i nostri giornali scientifici, i congressi annuali delle Società Scientifiche sono messi in forse dalla indisponibilità di risorse. In sintesi, tutto il sistema che sostiene ricerca e formazione si sta sfaldando. La soluzione non sta certo nel non ridurre le spese riducibili, ma nel ridurle senza danneggiare il sistema.

Mi permetta di menzionare qualche esempio di problemi sul tappeto economicamente e epidemiologicamente rilevanti in ambito cardiologico:

- quanti e quali Ospedali dovrebbero essere dotati di struttura e personale per procedure diagnostiche e terapeutiche invasive (in particolare l'angioplastica)?
- vengono commercializzate protesi coronariche – gli stent – medicate con farmaci che prevengono complicazioni che possono vanificare i benefici della procedura (la restenosi). Costano il triplo degli altri. Vanno usati in tutti? Se no, in chi?
- la prevenzione cardiovascolare in soggetti sani o già ammalati ad alto rischio è l'unica strategia efficace per ridurre gli eventi. Se fatta a tappeto ha costi alti. In quali soggetti il rapporto costo/efficacia è favorevole?
- le procedure cardiologiche sono costose e le innovazioni tecnologiche sono continue. Quali sono costo/efficaci?

Potrei continuare. *Ciò che proponiamo, signor Ministro, è di usare le nostre competenze professionali per supportare di conoscenza i decisori pubblici. In pratica di attivare tavoli a livello nazionale e regionale che ci vedano come collaboratori neutrali e competenti.*

Restando in attesa di un riscontro, che ci auguriamo positivo e fattivo, Le invio i sensi della nostra stima.

Con i saluti più cordiali,

Prof. Luigi Tavazzi

### **Questa Lettera è stata inviata:**

Al Presidente del Consiglio On. Silvio Berlusconi  
Al Ministro dell'Economia e delle Finanze On. Giulio Tremonti  
Alla Commissione Sanità del Senato della Repubblica  
Alla Commissione Sanità della XII Commissione - Affari Sociali

### **E per conoscenza:**

Al Presidente della Camera dei Deputati On. Pier Ferdinando Casini  
Al Presidente del Senato Prof. Marcello Pera  
E a tutti gli Assessori alla Sanità Regionali, ai quali sono stati notificati i nomi dei Presidenti dei Consigli Direttivi regionali SIC ed ANMCO, come referenti della FIC.

# CAMBIANO GLI EDITORS DELL'ITALIAN HEART JOURNAL

## UN GRAZIE ED UN BENVENUTO

*Come concordato dal 1° luglio 2002 cambierà la direzione dell'Italian Heart Journal. Il Prof. Attilio Maseri termina la sua attività di Editor, il Dott. Pantaleo Giannuzzi assume la editorship del Giornale e il Prof. Giuseppe Ambrosio la co-editorship con la gestione del Supplement.*

*A nome del Consiglio Direttivo della Federazione Italiana di Cardiologia, desidero esprimere i più sentiti e cordiali ringraziamenti al Prof. Maseri per l'intelligente ed efficace opera svolta nella delicata fase di lancio e di avvio del giornale. Un caldo benvenuto al Prof. Ambrosio. Un grazie infinite al Dott. Giannuzzi, che si accinge a svolgere il ruolo di Editor, dopo avere diretto egregiamente il Supplement. Ci rendiamo conto di quanto impegnativo sia stato ridisegnare e ricostruire il nuovo giornale della Cardiologia Italiana. È stato un successo.*

*Il futuro non si presenta facile. Le risorse destinate dall'imprenditoria sanitaria all'informazione commerciale sulla stampa scientifica scritta, tendono a ridursi e diventa sempre più difficile mantenere gratuita, o quasi, la disponibilità dei giornali scientifici.*

*D'altra parte la stampa scientifica internazionale, è attraente per molti italiani che hanno una buona produzione scientifica e mantenere elevata la qualità dei lavori pubblicati, senza scoraggiare con troppi rifiuti o pesanti revisioni chi li invia, non è facile. È il faticoso contributo che chiediamo agli Editors.*

*Questi ultimi, da noi, si aspettano un'attenzione privilegiata per l'Italian Heart Journal. Dobbiamo impegnarci a darla. Ancora grazie quindi a tutti coloro che sono impegnati nella produzione del Giornale incluso l'editore, la CEPI, che svolge un ottimo lavoro.*

LUIGI TAVAZZI

Presidente Federazione Italiana di Cardiologia



## L'IMPEGNO EDITORIALE

di **Pantaleo Giannuzzi**

*L'Italian Heart Journal, Organo Ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia, è giunto al terzo anno di vita.*

*Come già annunciato dal Prof. Luigi Tavazzi, Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, con il presente fascicolo di luglio assumiamo l'incarico di Editor e Co-Editor.*

*Siamo onorati di sostituire il Prof. Attilio Maseri, primo Editor dell'Italian Heart Journal che ha avuto un ruolo fondamentale nel processo di unificazione della stampa scientifica della Cardiologia Italiana, al quale esprimiamo gratitudine e riconoscenza per la visibilità e soprattutto per la personalità che ha saputo rapidamente imprimere al nuovo Giornale. Noi accettiamo di continuare la sua opera con orgoglio, entusiasmo e determinazione.*

*L'Italian Heart Journal è nato intorno all'idea condivisa da tutti di pubblicare in Inglese gli aspetti più innovativi della ricerca italiana e in lingua Italiana tutto ciò che può contribuire alla formazione professionale e alla diffusione delle conoscenze su tutti gli aspetti – fisiopatologici, clinici e gestionali – relativi alla pratica della Cardiologia.*

*A tale scopo il Giornale ha inteso stimolare ed ha privilegiato articoli originali in tutti i settori della ricerca e, nello stesso tempo, ha sviluppato il dibattito*

e lo scambio di informazioni in tutti i campi della Medicina Cardiovascolare. Di fatto, al di là di ogni possibile giudizio, il Giornale non è passato inosservato e crediamo che molti lettori hanno potuto cogliere gli aspetti innovativi e forse anche qualche spunto di interesse.

Noi vogliamo continuare su questa linea: mossi i primi passi, l'*Italian Heart Journal* ha bisogno di crescere e consolidare i propri contenuti.

Il Giornale pubblicherà in Inglese articoli originali in tutti i settori della ricerca clinica e della ricerca di base, di epidemiologia, obiettivi e disegni di trial, editoriali, rassegne, opinioni e nuove ipotesi di lavoro.

Un obiettivo importante del Giornale è quello di incoraggiare e favorire la pubblicazione di articoli finalizzati alla descrizione, in modo più estensivo e dettagliato, di nuovi metodi di ricerca e di metodiche o tecniche innovative, così pure di obiettivi e disegni di trial che in genere, a causa delle limitazioni di spazio, sono descritti in modo troppo conciso insieme ai risultati principali dello studio, così da risultare spesso incomprensibili.

Come di consueto, ogni numero del Giornale sarà accompagnato dall'*Italian Heart Journal Supplement*. Questo pubblicherà, in italiano, editoriali, rassegne, messe a punto sulle più recenti acquisizioni nei vari campi della Cardiologia a scopo informativo ed educativo, studi epidemiologici ed osservazionali, Linee Guida cliniche, casi clinici ed immagini in ambito cardiovascolare, valutazioni di politica sanitaria ed economica, management in Cardiologia, analisi di appropriatezza e di qualità, commenti ed opinioni su tutti i campi della Cardiologia Clinica, rassegne bibliografiche guidate, recensioni di volumi, corrispondenza e notizie della Federazione Italiana di Cardiologia.

L'*Italian Heart Journal Supplement* svilupperà altresì gli aspetti clinici e gestionali legati alla pratica della Cardiologia e vuole rappresentare un forum speciale per lo scambio di informazioni e di conoscenze in tutti i campi della medicina cardiovascolare. A questo riguardo, sarà incoraggiata la partecipazione di competenze professionali provenienti da ambiti culturali affini.

Siamo convinti che la qualità del Giornale dipenda sia dal contributo che tutti voi dedicherete, dando un giusto valore ed un elevato contenuto, sia dalla vostra capacità di analisi e riflessione. Ogni suggerimento che possa migliorare la qualità è ben gradito, sempre pronti a valutare tutte le idee che meritano di essere sviluppate attraverso il Giornale.

Noi auspichiamo che tutti i Cardiologi Italiani, individualmente o nell'ambito delle varie unità operative, possano sentire maggiormente l'impegno editoriale, valutando di volta in volta quanto dei risultati di proprie ricerche (in forma completa, preliminare o semplicemente come ipotesi di lavoro, disegni di trial, ecc.), delle proprie analisi osservazionali e delle riflessioni all'interno del proprio gruppo di lavoro, possano essere approfonditi e comunicati alla Comunità Cardiologica Italiana attraverso l'*Italian Heart Journal*.

Infine, crediamo che l'attenzione al Giornale e a tutto ciò che riguarda la diffusione dei risultati della ricerca, lo sviluppo delle conoscenze, la formazione e lo scambio di opinioni sia un dovere di tutti i Cardiologi, sia come singoli che come Associazione.

Siamo fiduciosi che con l'impegno ed il contributo di tutti, l'*Italian Heart Journal* continuerà ad arricchire ed espandere i propri contenuti in tutti i settori della medicina cardiovascolare e a consolidare il proprio ruolo scientifico e culturale nella Comunità Cardiologica Italiana.

La nostra ambizione è che il Giornale possa realmente diventare un valido riferimento ed un utile strumento di formazione e di lavoro per tutti i Cardiologi. Contiamo sull'aiuto di tutti per raggiungere questi obiettivi.

### LETTERA AI SOCI ANMCO

Cari Amici,

dopo un percorso lungo e non proprio agevole, legato ad un progetto ambizioso che tendeva a realizzare un vero e proprio nuovo sindacato sotto la stretta tutela dell'ANMCO, grazie alla collaborazione di tutti i Soci che hanno manifestato il proprio costruttivo parere, siamo giunti, con l'Assemblea Nazionale di quest'anno, ad una soluzione che, credo, possa essere gradita alla maggioranza di chi è orgogliosamente iscritto alla nostra Associazione.

Ricordando che l'ANMCO risulta già oggi firmataria del contratto nazionale, e alla luce delle informazioni del Dott. Carmine Gigli Presidente della FeSMED (di cui l'ANMCO fa parte e alla quale paga una quota annuale), è stata individuata una soluzione che permette all'ANMCO (ma soprattutto ai suoi Associati in sede locale) di avere una maggiore rappresentatività nei tavoli di discussione nazionale e decentrati.

In pratica è sufficiente che ciascun Socio che lo voglia dia mandato alla sua Amministrazione di trattenere mensilmente, a partire dal primo gennaio 2003, una quota da devolvere all'ANMCO (chi aderisce a questa iniziativa non è tenuto a pagare la quota associativa annuale). In tale modo automaticamente, a livello nazionale, la nostra partecipazione sarà registrata e quantificata. Quanto più alto sarà il numero degli iscritti, tanto maggiore sarà il nostro peso in FeSMED e, quindi, in campo nazionale e, soprattutto, locale. Ricordiamo infatti come sia importante essere coinvolti, almeno a titolo informativo, nelle decisioni che ogni singola direzione aziendale intende prendere.

Ancora, e speriamo per molto tempo, i cardiologi sono una categoria abbastanza numerosa negli ospedali: esiste perciò la concreta possibilità di essere i rappresentanti FeSMED presso le nostre aziende ospedaliere e partecipare attivamente alle scelte organizzative (ovviamente difendendo anche gli interessi degli altri Associati FeSMED).

Non mi dilungo ulteriormente e vi rimando alla lettera del nostro Giuseppe Pinelli, tradizionale interlocutore per le questioni sindacali, che illustrerà brevemente le modalità di adesione.

Per altri approfondimenti sulla problematica del sindacato ANMCO, vi rimando al numero 127 del maggio 2002 di *Cardiologia negli Ospedali*, nel quale sempre il Dott. Pinelli ha ampiamente ed esaurientemente illustrato la storia e le finalità di una rappresentanza sindacale ANMCO-guidata.

Il Consiglio Direttivo si augura che questa iniziativa abbia il riscontro che merita, giudicando importante la rappresentatività dei cardiologi ai diversi livelli istituzionali. Abbiamo già chiarito ed approvato che la strada delle consultazioni in ambito regionale rappresenta il vero cuore attuale del rapporto col decisore pubblico, e alcune Regioni ci stanno provando. Riteniamo però che i cardiologi ospedalieri debbano essere più presenti, sia a monte (rapporti con il Ministero, l'ARAN, ecc.) sia a valle (aziende sanitarie locali, presidi ospedalieri, aziende ospedaliere) di queste istituzioni, e non solo come società scientifica (e le iniziative per essere più visibili sono state avviate dall'attuale CD ANMCO) ma anche come referenti organizzativi: per far ciò è necessaria anche una rappresentatività di tipo sindacale per essere, a livello locale, più direttamente coinvolti.

**Antonio Mafri**

Il Vicepresidente per le attività gestionali e organizzative

**Per ulteriori approfondimenti sulla problematica del Sindacato potete consultare il N. 127 del Notiziario "Cardiologia negli Ospedali" anche sul sito WEB dell'Associazione alla pagina <http://www.anmco.it/download/riviste/CardiologiaOspedali/CARDI27.pdf>**



Caro Amico e Collega,

è giunto il momento di attivarci per dare corpo alla Sezione Sindacale dell'ANMCO che, come Voi sapete, è stata recentemente approvata in Assemblea Generale dei Soci tenutasi a Firenze in occasione del XXXIII Congresso Nazionale di Cardiologia.

A tale proposito ricordo che l'ANMCO è già rappresentata come sigla sindacale all'interno della FeSMeD (Federazione Sindacale Medici Dirigenti), la quale è pienamente legittimata, al pari degli altri sindacati medici di categoria, a trattare le parti normative ed economiche del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL). In concreto si tratta ora di incrementare il

numero dei nostri iscritti alla FeSMeD che attualmente risulta irrilevante, come è stato rimarcato dal suo Presidente Dott. Carmine Gigli, nell'articolo di "Cardiologia negli Ospedali" del maggio u.s.

## Perché iscriversi numerosi alla ANMCO-FeSMeD

### Vantaggi:

- La FeSMeD è accreditata presso l'ARAN a trattare le parti normative ed economiche del CCNL a livello nazionale, regionale ed aziendale.
- L'iscrizione numerosa dei nostri Soci alla ANMCO-FeSMeD permette di avere un peso decisionale maggiore e riservato come sezione sindacale dell'ANMCO nel Direttivo Nazionale FeSMeD.
- C'è la possibilità di nominare nostri iscritti in qualità di delegati regionali ed aziendali sotto la sigla ANMCO-FeSMeD, con riflessi positivi su tutte le problematiche specifiche cardiologiche (vedi soppressione servizi, U.O., piani sanitari regionali, ecc.).

L'iscrizione alla ANMCO-FeSMeD non è incompatibile con l'iscrizione ad altri sindacati.

### Come iscriversi:

- consegnare l'allegato modulo compilato all'ufficio personale dell'ASL e spedire una copia dello stesso alla Segreteria Nazionale ANMCO a partire dal gennaio 2003.

**Costo mensile: 12 Euro**

FESMED	N. DELEGHE	%
Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI)	1.427	26,66
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)	3	0,06
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere (ANMDO)	332	6,20
Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)	2.931	54,76
Sindacato Endoscopisti Digestivi Italiani (SEDI)	182	3,40
Sindacato Unitario Medici Italiani (SUMI)	364	6,80
Miste	113	2,11
<b>TOTALE</b>	<b>5.352</b>	<b>100</b>

La finalità è dare maggior peso sindacale all'ANMCO che, in tale maniera, potrà portare avanti anche le specifiche problematiche dei Cardiologi ospedalieri. Ricordo che le deleghe sindacali per essere valide devono risultare da una trattenuta operata sullo stipendio dal datore di lavoro, nel caso specifico l'Azienda Sanitaria di appartenenza. In pratica, la delega sindacale dovrà essere presentata all'Ufficio Personale sul modulo riportato in calce. Il modulo dovrà essere compilato in doppia copia; una copia da consegnare all'Ufficio personale dell'Azienda e l'altra da inviare alla Segreteria Nazionale ANMCO, Via La Marmorata, 36 - 50121 Firenze - Fax 055 579334.

La quota sociale, come potete vedere, grazie alla disponibilità del Direttivo FeSMeD, è stata adeguata al minimo sindacale richiesto dall'ARAN e risulta mediamente inferiore rispetto alle trattenute che operano le altre sigle sindacali. È importante sottolineare nuovamente che il braccio sindacale dell'ANMCO rimane struttura organizzativa all'interno dell'Associazione, quindi sottoposta ai vincoli statutari che dovranno garantire il funzionamento e la corretta applica-

zione della politica sindacale espressa in Consiglio Direttivo ed in Consiglio Nazionale, approvata in sede di Assemblea Generale dei Soci.

In buona sostanza la Sezione Sindacale dell'ANMCO, al pari della Fondazione e del Centro Studi agirà in maniera sinergica con il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale e avrà il compito operativo di realizzare strategie e gli obiettivi definiti dai predetti Organismi.

È importante sottolineare che, sebbene l'adesione alla FeSMED non sia incompatibile con l'iscrizione ad altri sindacati, riterrei opportuno che tale scelta venga effettuata unitariamente nei confronti di un sindacato forte, autonomo e rappresentativo anche della categoria dei Cardiologi Ospedalieri qual è appunto la FeSMED.

Confidiamo vivamente che aderirete compatti a questa grossa opportunità che ci consente di essere presenti ed esprimere il nostro parere in una sede sindacale accreditata per affrontare adeguatamente le problematiche complessive legate alla gestione, al rinnovo del CCNL ed alle proposte di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il contributo di iscritti dell'ANMCO, oltre a rafforzare il ruolo della FeSMED, consentirà sia a livello regionale che aziendale di essere adeguatamente rappresentati a difesa degli interessi dei Cardiologi Ospedalieri.

**Giuseppe Pinelli**

Data .....

Il sottoscritto Prof/Dott.....  
(cognome e nome)

Nato a ..... il .....

Abitante a ..... prov. .... c.a.p. ....

Via .....

Telefono: casa ..... ospedale .....

e-mail .....

Qualifica .....

Unità Operativa/Servizio .....

Ospedale .....

USSL n° ..... Regione .....

Via ..... Città ..... c.a.p. ....

autorizza l'Amministrazione a trattenere la quota associativa a favore dell'ANMCO, per l'importo stabilito dal Consiglio Nazionale ANMCO e che attualmente ammonta a € 12 mensili.

L'importo verrà versato semestralmente alla Segreteria Nazionale ANMCO sul C/C 17441/00 Cassa di Risparmio di Firenze, Agenzia 1, ABI 06160 - CAB 02801 intestato a Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Via La Marmora, 36 - 50121 FIRENZE - Tel. 055 571798 - Fax 055 579334.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta da effettuarsi entro il 31 ottobre di ogni anno, fermo restando l'obbligo di pagamento per tutto l'anno in corso.

Ai fini associativi la presente delega ha valore in tutto il territorio nazionale, per cui un eventuale trasferimento in altra USSL non sospende gli obblighi statutari.

FIRMA .....

**Consegnare all'Ufficio personale della USSL e spedirne una copia alla Segreteria Nazionale ANMCO**

## LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN CARDIOLOGIA: UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO IN RETE FUNZIONALE PER BACINO DI UTENZA

Eremo di Lecceto, 19-20 aprile 2002

### Discussants

Dott.ssa Albanese Maria Cecilia	Dott. Brocchi Giuliano	Dott. D'Agostino Carlo
Dott. Mafrici Antonio	Dott. Pede Sergio	Prof. Tavazzi Luigi
Dott. Ammirati Fabrizio	Dott. Cacciatore Giuseppe	Dott.ssa De Vincenzo Carolina
Dott. Maggioni Aldo	Dott. Pinelli Giuseppe	Dott. Tubaro Marco
Prof.ssa Arbustini Eloisa	Dott. Chiarandà Giacomo	Dott. Disertori Marcello
Dott. Martines Carlo	Dott. Pirelli Salvatore	Dott. Uguccione Massimo
Dott. Bettini Roberto	Dott. Chiarella Francesco	Dott. D'Orazio Giuseppe
Dott. Mazzotta Gianfranco	Dott. Porcu Maurizio	Dott. Vergassola Rossano
Dott. Bobbio Marco	Dott. Chieffo Carmelo	Dott. Galvani Marcello
Dott. Mazzuoli Francesco	Dott. Rosato Giuseppe	Dott. Vincenti Antonio
Dott. Boccanelli Alessandro	Dott. Cirrincione Vincenzo	Dott. Giovannini Ezio
Dott. Miceli Domenico	Prof. Santini Massimo	Dott. Zoni Berisso Massimo
Dott. Bonomo Paolo	Dott. Colonna Pier Luigi	Dott. Greco Cesare
Dott. Mobilij Antonio	Dott. Scherillo Marino	Dott. Zonzin Pietro
Dott. Bovenzi Francesco	Dott. Commodo Enzo	Dott. Guiducci Umberto
Dott. Monea Pasquale	Dott. Schweiger Carlo	Dott. Zuppiroli Alfredo

**N**egli anni lo sviluppo della Cardiologia in Italia è stato continuo, rapido e per molti aspetti incontrollato, per adeguarsi all'evoluzione tecnologica da un lato e dall'altro per rispondere a esigenze di servizio e a disposizioni normative talora variabili e contraddittorie. Vi è stata poi la tendenza a privilegiare in maniera quasi esclusiva le forme acute di malattia, con un particolare e comprensibile riguardo alle forme di ischemia miocardica, trascurando la organizzazione della gestione delle fasi croniche delle cardiopatie, che sono proprio quelle che oggi ci propongono il più oneroso problema di tipo assistenziale, prevalentemente sul versante dei tempi di ricovero. In questa ottica è stato spesso trascurato il rapporto sia con le altre cardiologie, che, ancor di più, con le altre figure mediche, sia interne che esterne all'ospedale.

Di conseguenza l'assetto organizzativo delle strutture cardiologiche si è venuto via via modificando, anche attraverso elementi di spontaneità adattativa, e oggi risulta cambiato rispetto al progetto organico originale, non più adeguato ai bisogni sanitari cardiologici della comunità.

Un coacervo di situazioni hanno sicuramente influito:

- La nascita di Dipartimenti generali per funzioni, nei quali trovano facile collocazione parti della Cardiologia;
- L'accresciuta complessità delle situazioni patologiche da affrontare, che quasi sempre richiedono competenze plurispecialistiche, con potenziale diluizione del problema cardiologico nel contesto di altre comorbidità;
- Il rapido sviluppo delle tecnologie cardiologiche applicate, in ambito emodinamico ed elettrofisiologico ad esempio, con conseguente necessità di personale totalmente dedicato;
- La competizione con la sanità privata;
- La gestione da parte di più specialisti di patologie ad alta diffusione (come l'ipertensione arteriosa e lo scompenso cardiaco);
- La crescente difficoltà economica della Sanità pubblica, con tendenza al risparmio e all'accorpamento di servizi e funzioni o all'annullamento di attività specialistiche, specie nelle strutture più periferiche.

**Al modificarsi del panorama generale della Sanità nel nostro Paese anche l'assetto organizzativo delle nostre Unità Operative deve necessariamente adeguarsi.**

Bisogna comunque tenere conto che accanto alle motivazioni di ordine generale ne esistono anche altre interne alla Cardiologia.

L'affermarsi di sub-specialità ad alto contenuto tecnologico ed interventistico, con alta capacità produttiva in termini di procedure, ha portato in tali settori alla tendenza a svincolarsi dal contesto clinico cardiologico in cui operano, di fatto agendo talora in termini di totale autonomia e svincolati da progetti di continuità assistenziale cardiologica, per committenti diversi, anche non cardiologi. Contestualmente funzioni cardiologiche parziali e spesso avulse da un contesto più generale possano essere viste principalmente come un onere insostenibile da parte di molte Aziende Sanitarie.

In questo contesto la nostra stessa funzione di Cardiologi è entrata in crisi, e le nostre Unità Operative o rischiano di perdere o hanno già perduto e stanno continuando a perdere compattezza ed autonomia. Le conseguenze sono la perdita di continuità nella cura del malato e la perdita di cultura cardiologica, realizzata e costruita con fatica nel corso di questi anni.

**Non sono in gioco interessi corporativi, ma la qualità stessa e il senso della nostra funzione di Cardiologi del servizio pubblico.**

È necessario, pertanto, porre rimedio in tempi rapidi a questa situazione, al fine di adeguare il ruolo della Cardiologia al nuovo panorama sanitario del Paese, recuperando l'unità funzionale della Cardiologia nei confronti dell'unicità e continuità del percorso sanitario per il cittadino, riaffermando il nostro ruolo leader in ambito cardiologico. In altri termini si tratta di confermare nei fatti la specificità e l'autonomia della nostra competenza cardiologica.

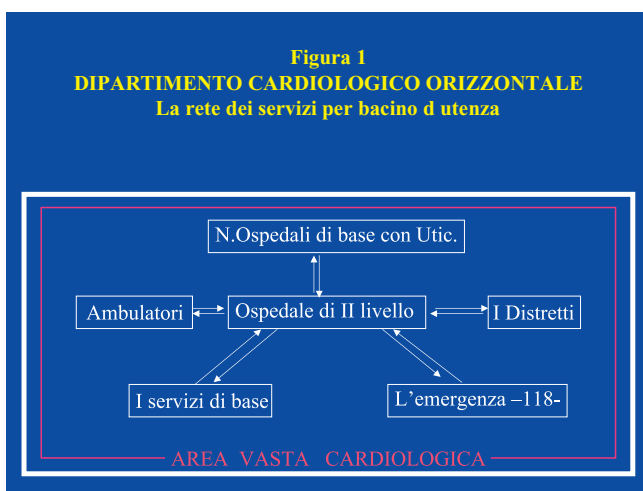
È indispensabile quindi avere il coraggio e la capacità di riprogettare il nostro modello operativo, per adeguarlo alle nuove esigenze.

**Il livello organizzativo capace di recuperare efficienza è la proposta di nuove modalità di dipartimentalizzazione cardiologica orizzontale** (che poi si chiamino effettivamente "Dipartimenti" ha solo rilevanza semantica) che colleghino tra loro in rete le diverse unità operative, costituendo reti funzionali per bacini di utenza, avviando anche un processo culturale e formativo che coinvolga il personale tutto, medico, infermieristico, amministrativo, ecc., che in questo contesto verrà chiamato ad operare (Figura 1).

La progettazione prima e l'integrazione poi della rete dei servizi di Cardiologia esistenti sono i passaggi obbligati attraverso cui trasformare la nostra organizzazione da un sistema basato su singole unità separate tra loro ad una rete coordinata e strutturata, all'interno di aree geografiche definite, dotate delle capacità operative funzionali necessarie (area vasta cardiologica), garantendo le necessarie autonomie, ma tenendo conto della funzione complessiva del sistema.

In questo assetto organizzativo trova risposta anche il potenziale isolamento professionale e culturale degli operatori sanitari, comunque a rischio di confinamento nelle proprie competenze, siano esse di primo livello o di alta specializzazione tecnologica o chirurgica, all'interno delle proprie strutture murarie. Punto cruciale di questa filosofia è la presenza di un continuo scambio bidirezionale tra il centro

periferico e quello centrale. Molti dei fallimenti di questa politica sono dovuti all'eccessiva gestione dei pazienti da parte del centro di riferimento, anche dopo la fase acuta. Lo scambio può riguardare non solamente i pazienti, ma anche i medici e tutte le iniziative di tipo scientifico. Il centro periferico deve mettersi in grado di gestire la storia a lungo termine dei pazienti del proprio terri-



torio, sia organizzativamente che culturalmente e deve poter contare su prestazioni tempestive ed “agevolate” da parte del centro di riferimento. Bisogna arrivare a comprendere che è un “bravo cardiologo” non chi esegue una procedura tecnicamente avanzata, ma chi dà una corretta indicazione alla stessa.

**La rete dei servizi è in grado di garantire non solo la completezza dell'intervento ma anche la sua continuità dal territorio all'ospedale e viceversa, nell'ambito di un determinato bacino di utenza** (Figura 2).

La nuova organizzazione cardiologica, a prescindere dalla propria collocazione strutturale geografica e muraria, dovrà quindi essere costituita dalla totalità dei servizi coinvolti, resi capaci di operare secondo un modello condiviso in modo uniforme e coordinato, dalla prevenzione alla cura alla riabilitazione.

È un modello strategicamente in linea con quanto ipotizzato dal Ministero della Salute, capace di garantire la continuità degli interventi sanitari, evitando inutili e costose duplicazioni di servizi e di prestazioni, capace di operare risparmi di scala, di garantire risorse alle diverse strutture coinvolte, dal Distretto, alle Unità Operative ospedaliere, dalle più semplici alle più sofisticate, sino al Dipartimento Cardiologico complesso comprendente anche le competenze cardiocirurgiche.

Questa rete di servizi dovrebbe costituire di massima il nuovo assetto base organizzativo della Cardiologia che, consentendo il recupero del percorso clinico complessivo,

restituisce senso ed unitarietà alla disciplina e al Cardiologo.

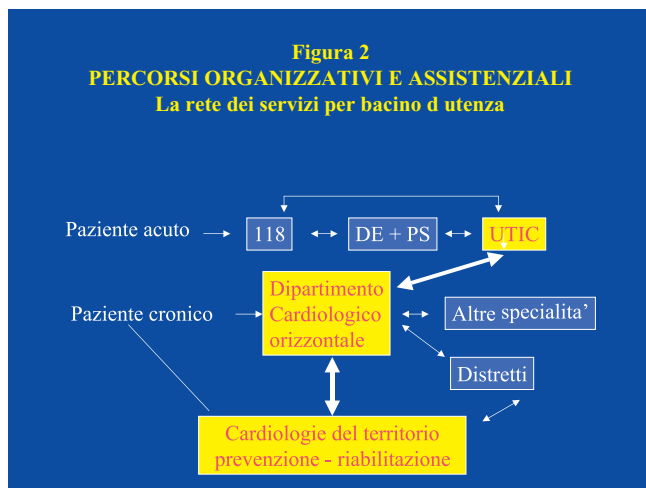
Al centro della rete dei servizi deve rimanere la Terapia Intensiva Cardiologica, all'interno del proprio ambito territoriale o bacino d'utenza, collegata strutturalmente alle attività ambulatoriali distrettuali, al servizio di 118 per l'emergenza extra-ospedaliera e alle strutture cardiologiche di secondo livello comprese le cardiocirurgiche.

Il modello ipotizzato dovrà essere in grado di dare risposta a tutti i problemi cardiologici, dall'emergenza alla patologia cronica, utilizzando al meglio le risorse umane e strumentali già esistenti, senza la rincorsa a procedure fini a se stesse e coniugando il proprio all'intervento degli altri specialisti, con l'obiettivo di integrare le diverse competenze, razionalizzando e innalzando la qualità del servizio sanitario nel suo complesso.

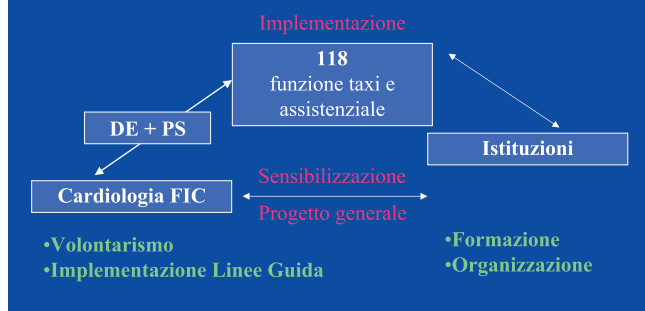
Se poi si tratterà di spostare solamente il paziente, oppure il paziente con il suo cardiologo che dovrà partecipare all'effettuazione della procedura, oppure infine si tratterà di far muovere il cardiologo che eseguirà fuori sede la procedura potrà essere deciso caso per caso con un accordo locale. Ci sono già diverse esperienze con le varie modalità e se funzionano non è il caso di modificarle; l'importante è che la scelta sia accettata e condivisa da tutte le parti contraenti.

La risposta alle problematiche attuali non risiede quindi nella chiusura di ogni Unità Operativa in se stessa e in una propria isolata gestione operativa di prestazioni cardiologiche, ma piuttosto nel riappropriarsi della nostra competenza cardiologica, in qualunque sede territoriale od ospedaliera essa si esprima, per ridisegnare un servizio di risposta ai bisogni cardiologici di un determinato bacino di utenza mediante una struttura a rete. Tale rete cardiologica assistenziale si arricchirà mediante la collaborazione coordinata e integrata con tutte le altre figure professionali sanitarie coinvolte, in un utilizzo razionale ed efficace delle risorse esistenti.

**Un ambito prioritario ove realizzare operativamente questo nuovo assetto organizzativo in rete deve essere la strutturazione di un servizio per l'emergenza cardiologica territoriale e per l'arresto cardiocircolatorio extraospedaliero** (Figura 3).



**Figura 3**  
**LE RETI PER L'EMERGENZA**  
**Sindromi coronariche acute e arresto cardiaco**



Si tratta in effetti di una esigenza quantitativamente rilevante, con significativa ricaduta sul piano prognostico, che può garantire il recupero della continuità assistenziale fra ospedale e territorio e la razionalizzazione degli interventi attraverso la crescita di una nuova cultura cardiologica, in collaborazione e nel contesto dell'organizzazione del 118. Anche il 118, ancora da avviare in alcune realtà, è d'altra parte in fase di ripensamento in molte altre. Attualmente nella massima parte delle Regioni il 118 limita ancora i suoi compiti al trasporto passivo del malato (funzione taxi). Solo in pochissime realtà è in fase di avvio un servizio con compiti anche di assistenza e di gestione del malato nella fase dell'emergenza.

L'emergenza cardiologica non ha però ancora trovato un ruolo e un assetto organizzativo generale. Sarebbe molto

costruttivo per i cittadini se questo ripensamento fosse sinergico e coordinato con quello dei Cardiologi.

Il servizio per l'emergenza cardiologica territoriale e per l'arresto cardiocircolatorio extraospedaliero deve infatti ruotare attorno a diverse competenze specialistiche: il medico del 118, il cardiologo, il rianimatore, il medico dell'emergenza, il medico del DEA. Deve anche tenere conto della cardiologia territoriale e dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

In questo ambito l'ANMCO dovrà concorrere a esplicitare in modo chiaro e realistico quale potrà essere il modello organizzativo del servizio per l'emergenza cardiologica e per l'arresto cardiocircolatorio extraospedaliero nelle diverse realtà geografiche e nei diversi bacini di utenza, nel contesto e all'interno del servizio del 118.

**È essenziale che queste modalità organizzative vengano poi trasferite e contestualizzate a livello regionale da parte dei cardiologi ospedalieri ed universitari insieme a tutti gli altri operatori coinvolti, al fine di presentare un modello condiviso ed uniforme da negoziare con la controparte amministrativo-politica.**

La strutturazione del servizio dovrà tenere conto di alcuni aspetti di primaria importanza:

- un sistema di soccorso territoriale cardiologico non può che essere inserito, guidato e coordinato dalle centrali operative territoriali del servizio 118;
- deve essere capace di operare con funzione diagnostica e prognostica precoce, utilizzando sistemi di telemedicina (tele ecg, esami, report clinici) in modo da garantire un efficace triage pre-ricovero del cardiopatico acuto;
- il sistema deve poter ospedalizzare in modo mirato il paziente nella struttura ospedaliera idonea a farsi carico in modo adeguato e complessivo del problema (PTCA primaria, diagnostica pre intervento, ecc.), senza seguire schematismi teorici ma in relazione alla realtà esistente e alla organizzazione praticabile;
- deve poter garantire in modo non improvvisato e secondo standard predefiniti e condivisi il trasporto protetto del paziente;
- deve creare, organizzare e coordinare la rete di primo intervento e di primo soccorso dell'attacco cardiaco improvviso, compreso l'arresto cardio-circolatorio, in un determinato contesto geografico, coinvolgendo razionalmente anche le forze di protezione operanti sul territorio e le organizzazioni civili e di volontariato.

La organizzazione di un modello operativo così configurato per l'emergenza cardiologica territoriale rappresenterebbe non solo un'importante assunzione di ruolo strategico per la Cardiologia, ma faciliterebbe anche la crescita culturale di ogni Cardiologo, così come richiesto dal nuovo assetto organizzativo dei servizi cardiologici in rete funzionale per bacino di utenza.

## CONSIGLIO DIRETTIVO: “WORK IN PROGRESS”



**U**n preciso compito del Consiglio Direttivo è quello di informare periodicamente i Lettori sui principali contenuti relativi al lavoro svolto e sulle numerose iniziative di studio, di formazione e di ricerca che sono state messe in cantiere.

Il gran flusso di informazioni che con estrema puntualità, grazie al lodevole lavoro della Segreteria, viaggia di continuo attraverso le reti telematiche, comunicati, telefono, fax, audio-conferenze, Consigli Direttivi e Nazionali, sembra proprio non bastare.

Per questo è utile compiere un ulteriore sforzo, nel tentativo di migliorare la comunicazione e raggiungere al tempo stesso quell'irrinunciabile e fondamentale obiettivo di accrescere l'aggregazione e la partecipazione attiva tra i Soci, in uno spirito di stima, fiducia e colleganza.

Di seguito quindi è presentato un riepilogo, raccolto in brevi appunti, di quanto l'attuale Consiglio Direttivo in continuità con il passato, ha inteso “*seminare*” in questi pochi mesi e, in particolare, riguardo a quelle iniziative che rappresentano delle vere ed inderogabili risorse strategiche dell'Associazione.

- Organizzazione Funzionale della Cardiologia
- Centro di Formazione
- Ricerca
- Congresso Nazionale ANMCO 2003



Campo di grano con seminatore  
Vincent Van Gogh, 1888  
Otterlo, Rijksmuseum Kroller - Muller



## ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA

**L**a realizzazione in tempi brevi di un documento che disegni ed indichi i più razionali ed appropriati profili organizzativi ed assistenziali in Cardiologia, è ritenuta una scelta prioritaria dal Consiglio Direttivo.

**Il documento finale rappresenterà una delle riflessioni più importanti ed attese da tanti, utile a guidare in modo omogeneo, condiviso ed organico, il destino della moderna Cardiologia.**

Sei i grandi capitoli che raccolgono le proposte di discussione per lavorare in Commissioni miste insieme alla SIC.

### **1. EPIDEMIOLOGIA**

- a) Analisi della realtà cardiologica italiana e per regioni e macro-aree.
- b) Valutazione del “total cardiovascular burden” sul Servizio Sanitario Nazionale.

### **2. APPROPRIATEZZA CLINICA STRUMENTALE E STRUTTURALE**

- a) La definizione del costo del disease-management e dei percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici.
- b) Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale e l’attuale spinta verso la regionalizzazione: studio dei differenti scenari e modelli organizzativi e applicativi.
- c) La Cardiologia tra qualità, disgregazione e superspecializzazione: come difendere la specificità cardiologica e spingere verso la continuità assistenziale per il cittadino.
- d) La figura del Cardiologo e dell’Infermiere per la Cardiologia di oggi e di domani.

### **3. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE PER L’EMERGENZA CARDIOLOGICA**

- a) Riferimento assistenziale prioritario alle sindromi coronariche acute, alle aritmie maggiori e all’arresto cardiaco.
- b) Centralità irrinunciabile e referenziale della Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC).
- c) Studio delle reti ospedaliere integrate secondo bacini d’utenza con la definizione e programmazione dei percorsi diagnostico terapeutici.
- d) Ruolo e collaborazione con il 118, rapporti con il laboratorio di interventistica e con la cardiochirurgia.

### **4. ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DEL PAZIENTE CRONICO**

- a) Analisi in un contesto organizzato fra prevenzione e riabilitazione secondo bacini d’utenza, e mirata allo scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica cronica, polipatologie dell’anziano ed altro.
- b) Studio di un modello multidisciplinare di rete integrata con altre specialità coinvolte (Medicina Interna, Pneumologia, Nefrologia, Diabetologia, Medicina d’Urgenza, Medicina Generale, Cardiologi del territorio, ecc.).

### **5. LISTE D’ATTESA**

Analisi del quotidiano “oscillare” tra consumismo sanitario e appropriatezza.

### **6. CARDIOPATIE CONGENITE IN ETÀ PEDIATRICA ED ADULTA**

Studio delle reti assistenziali.





## NASCE IL CENTRO FORMAZIONE ANMCO

*La Vera Università non ha una sua sede.*

*La Vera Università è una condizione mentale.*

*Essa è il corpo della ragione stessa che si perpetua.*

ROBERT M. PIRSIG

*“Lo Zen e l’Arte della Manutenzione della Motocicletta”*

Il Consiglio Direttivo (CD) e il Consiglio Nazionale (CN) hanno varato il Centro Formazione ANMCO. Di seguito viene riportata la struttura di questo nuovo organismo e le sue finalità.

### MODELLO CONCETTUALE

È una struttura dell’ANMCO dedicata alla elaborazione concettuale ed organizzativa di eventi formativi specifici per i Cardiologi, Internisti, Medici di Medicina Generale ed Infermieri per le tre Aree di formazione.

#### *Area Knowledge*

Area dell’aggiornamento tecnico-scientifico ed organizzativo-gestionale per specifici temi clinici: prevenzione cardiovascolare, sindromi coronariche acute, scompenso cardiaco, aritmie cardiache e malattie del circolo polmonare.

#### *Area Skillness*

Area del mantenimento della competenza clinica per specifici settori tecnologici: ecocardiografia, emodinamica, elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca, cardiologia nucleare.

#### *Area Research*

Area dell’aggiornamento nella ricerca scientifica di base in Cardiologia (fisiopatologia, genetica) e nella metodologia della ricerca clinica (analisi e conduzione di trial, biostatistica).

### MODELLO ORGANIZZATIVO

#### *Comitato di Coordinamento*

È costituito da:

- Marino Scherillo (Coordinatore)
- Giuseppe Di Pasquale
- Pantaleo Giannuzzi (Editor Italian Heart Journal)
- Aldo P. Maggioni (Direttore del Centro Studi)
- Salvatore Pirelli
- Paolo Verdecchia
- Rossano Vergassola
- Massimo Zoni Berisso

e da:

- Evasio Pasini

- Carlo Ramponi  
in qualità di Esperti.  
Ha i seguenti compiti:
- elaborazione del Piano Annuale Formativo sulla scorta di definiti bisogni formativi, di concerto con il CD ed il CN ANMCO;
- valutazione delle proposte formative pervenute all'ANMCO;
- gestione organizzativa ed economica della formazione ANMCO;
- interazione con la Commissione Nazionale per la Educazione Continua in Medicina presso il Ministero della Salute per la richiesta dei crediti formativi per ogni evento ANMCO.

## LE ATTIVITÀ EDUCAZIONALI ANMCO

### CAMPAGNE EDUCAZIONALI NAZIONALI

#### Obiettivo

Promuovere nella *koinè* cardiologica nazionale la *good medical practice* nell'appropriata gestione clinica ed organizzativa di specifici pazienti cardiopatici.

Si tratta di un'attività educativa già sperimentata con successo dall'ANMCO negli anni precedenti (Tabella 1).

In tutti i casi veniva prevista una “*formazione a cascata*”: formazione dei formatori mediante un appropriato pacchetto didattico (slide atlas, rassegna bibliografica ragionata) che veniva poi diffuso dai formatori in occasione di un “*one day meeting*” tenuto in ogni Regione.

#### Modello Organizzativo

Il Centro Formazione ANMCO selezionerà ogni anno le Campagne Educazionali Nazionali da varare in base a definite priorità.

### CONSENSUS MEETING

#### Obiettivi

- Selezionare appropriati e condivisi percorsi diagnostici terapeutici nella comunità per specifici problemi clinici in base alle evidenze scientifiche disponibili.

- Elaborare un documento di indirizzo condiviso per i Cardiologi Italiani ed il Decisore Pubblico del Sistema Sanitario da pubblicare sull'Italian Heart Journal. Un primo esempio è il Consensus Meeting della FIC (ANMCO/SIC) “Infarto Miocardico Acuto con ST Elevato Persistente: Verso un Appropriate Percorso Diagnostico-Terapeutico nella Comunità”, tenuto a Roma il 14-15 giugno 2002 che ha dato origine ad un Documento di Consenso che verrà pubblicato sul numero di novembre 2002 dell'Italian Heart Journal.

#### Modello Organizzativo

Il Centro Formazione ANMCO selezionerà ogni anno i Consensus Meeting da varare in base a definite priorità.

È necessario prevedere i seguenti organismi:

- *Comitato Organizzatore:*

### Le Campagne Educazionali già varate dall'ANMCO

Il ritardo Evitabile nell'IMA (1993)
Implementazione dei beta-bloccanti nella terapia dello Scoppio Cardiaco (1997)
Linee Guida Cliniche in Cardiologia (1997)
Forum ANMCO-FADOI sullo Scoppio Cardiaco (1999)
Forum Q&A sulle Sindromi Coronariche Acute (2001)
Gestione in Team del Diabetico Coronaropatico (2001)
Le Priorità di Intervento in Prevenzione (2002)
Il Rischio Cardiovascolare Globale (in progress)
La prevenzione Post-Infarto Miocardico Acuto (2002)

Tabella 1

- *Comitato Scientifico*: costituito da esperti sul tema che hanno il compito di preparare il Consensus Meeting, in particolare:
  - Selezionare il pacchetto didattico (diapositive, lucidi, raccolta bibliografica) per ognuna delle Aree tematiche individuate;
  - Introdurre i temi mediante una breve presentazione;
  - Stimolare il contributo dei Discussant;
  - Ricepire eventuali contributi dei Discussant;
  - Scrivere il documento finale da pubblicare sull'Italian Heart Journal.
- *Gruppo dei Discussant*: costituito da 80-100 componenti Opinion Leader sul tema, che hanno il compito di partecipare attivamente alla discussione in occasione del Consensus Meeting al fine di raggiungere una stesura condivisa del documento finale. Il Consensus Meeting si svolge in 2 giorni ed è composto da quattro Workshop della durata di 100 minuti (40' presentazione, 60' discussione interattiva) per ognuno dei 4 temi selezionati. Ogni 100 minuti i Discussant cambiano sala secondo un ordine predefinito. In tal modo ogni Discussant potrà fornire il suo contributo per ciascuno dei temi trattati. Nel secondo giorno i Coordinatori dei quattro Workshop esporranno le conclusioni raggiunte in ogni Workshop (Tabella 2).

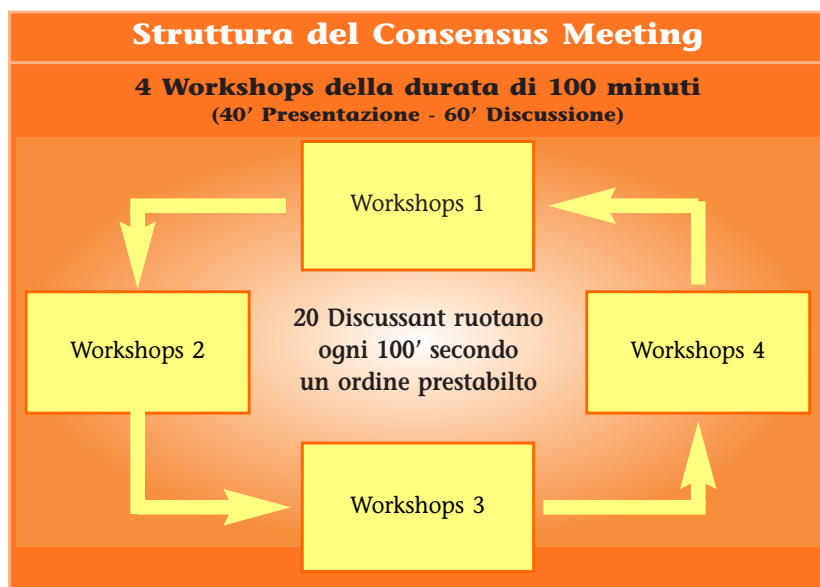


Tabella 2

### CORSO RESIDENZIALE

Il CORSO RESidenziale (CORE) ANMCO rappresenta il nucleo centrale dell'attività educativa dell'ANMCO ed è interamente finanziato dall'Associazione.

È un Corso Teorico-Pratico della durata di 1-2 giorni, specificamente disegnato per Cardiologi o Infermieri su aspetti clinici rilevanti nella gestione del paziente cardiopatico. Può svolgersi presso il Learning Center ANMCO (Corso Murale) o una sede regionale (Corso Extramurale), preferibilmente istituzionale. La parte pratica dovrà avere una durata non inferiore al 40% della durata totale del Corso e potrà essere svolta mediante discussione interattiva di Casi Clinici e/o di video presentazioni di procedure diagnostiche ed interventistiche in Cardiologia.

Ogni anno il Centro Formazione ANMCO:

- definirà il budget da destinare ai CORE ANMCO e la quota di iscrizione per i partecipanti, di concerto con il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale ANMCO;
- definirà il numero totale ed il calendario dei CORE ANMCO Murali ed Extramurali per Cardiologi ed Infermieri, curando che vi sia almeno 1 Corso Extramurale per Cardiologi ed 1 Corso Extramurale per Infermieri all'anno in ogni Regione;
- selezionerà i CORE ANMCO in base alla valutazione fatta dal Comitato di Coordinamento del Centro Formazione ANMCO.

*Finalità*: aggiornamento tecnico-scientifico e organizzativo-gestionale per specifici temi clinici e mantenimento della competenza clinica per definiti settori tecnologici (ecocardiografia, emodinamica, ecc.).

*Struttura base*: 5 Docenti, 25-40 Discenti.

## FORUM

È un Corso-Convegno della durata di 1-2 giorni. Può svolgersi presso il Learning Center ANMCO o una sede regionale, preferibilmente istituzionale.

*Finalità:* aggiornamento tecnico-scientifico e organizzativo-gestionale per specifici temi clinici.

*Struttura base:* 8 Docenti, 25-100 Discenti.

## CORSI e-le@rning

Corso Teorico-Pratico a distanza mediante appropriata piattaforma Web accessibile per un periodo di 6-12 mesi.

*Finalità:* aggiornamento tecnico-scientifico e organizzativo-gestionale per specifici temi clinici (prevenzione cardiovascolare, sindromi coronariche acute, ecc.) e mantenimento della competenza clinica per definiti settori tecnologici (ecocardiografia, emodinamica, ecc.).

## CORSI BLS-D ed ACLS

È una specifica attività educativa dell'ANMCO varata con successo già del 2000 ad opera dell'Area Emergenza-Urgenza. Questa preziosa iniziativa ha consentito fino ad oggi la formazione di 94 Istruttori BLS-D e 34 Istruttori ACLS. È già pronta la pianificazione di questi corsi per il 2003.

## MASTER ANMCO

### *Obiettivi*

Sono Corsi Teorico-Pratici di lunga durata costituiti da 100-150 ore di lezione da svolgersi nell'arco di 4-6 mesi realizzati dall'ANMCO con una partnership autorevole nazionale o estera.

Devono prevedere oltre alle lezioni teoriche anche un'attività pratica che dovrà essere svolta dai partecipanti presso Centri di Eccellenza nazionali o esteri opportunamente identificati.

Devono essere riconosciuti dall'autorità regolatoria italiana ai fini della valutazione del curriculum professionale nei concorsi o per l'attribuzione di incarichi di responsabilità professionale.

### *Tipologia*

È possibile prevedere i seguenti Master ANMCO da varare di concerto con le Società Scientifiche del settore di competenza:

- *Master Competenza Clinica e Master Competenza Nursing in:* Prevenzione e Riabilitazione Cardiologica, Cardiologia d'Urgenza, Scompenso Cardiaco, Ecocardiografia, Emodinamica e Cardiologia Interventistica, Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione, Cardiologia Nucleare, Cardiologia Pediatrica;
- *Master in Direzione di Struttura Cardiologica;*
- *Master in Cardiologia Forense;*
- *Master in Epidemiologia Clinica e Biostatistica;*
- *Master in Analisi e Conduzione di Trial Clinici in Cardiologia;*
- *Master in Cardiologia Genetica;*
- *Master in Ricerca di Base in Cardiologia;*
- *Master in Comunicazione Scientifica.*

### *Modello Organizzativo*

Sono in corso contatti con Partner autorevoli per verificare la fattibilità di questa iniziativa.

## MINIMASTER ANMCO

### *Obiettivo*

Fornire ai Cardiologi e agli Infermieri partecipanti al Congresso ANMCO 2003 la possibilità di partecipare ad un Corso Teorico-Pratico "full immersion" di 7 ore su aspetti clinici rilevanti nella gestione del paziente cardiopatico tenuto da Esperti. Ad ogni partecipante verrà attribuito il Credito Formativo definito dalla Commissione ECM del Ministero della Salute. Agli Esperti verrà rilasciato il certificato di Docente del MiniMaster ANMCO.

### *Modello Organizzativo*

Il MiniMaster ANMCO è a numero chiuso per 25 discenti. Il Consiglio Direttivo ANMCO di concerto con il Chairman di Area ANMCO competente, selezionerà 1 Coordinatore e 4 Esperti che formeranno il Team Docenti per ogni MiniMaster ANMCO.

Ogni Team Docenti provvederà ad elaborare un appropriato programma scientifico del MiniMaster ANMCO secondo il seguente schema predefinito.

*I FASE: Questionario di Ingresso*

Durata: 30 minuti.

*II FASE:*

- Durante il Congresso ANMCO
- Durata: 6 ore
- È articolata in 2 Moduli Formativi di 3 ore ciascuno.

*III FASE: Questionario di uscita*

**di Marcello Galvani**



## IL NUOVO COMITATO SCIENTIFICO ANMCO

Il 7 settembre 2002 si è per la prima volta riunito il nuovo Comitato Scientifico ANMCO, per discutere sulle conclusioni raggiunte di concerto con il Consiglio Direttivo ANMCO.

Il nuovo Comitato Scientifico, che come noto è tornato a lavorare all'interno dell'Associazione, è ora composto da: Giuseppe Steffenino (Coordinatore), Marcello Galvani (Segretario), Pantaleo Giannuzzi (Editor Italian Heart Journal) e dai rappresentanti delle Aree, ovvero Pietro Delise (Co-Chairman Area Aritmie), Eugenio Quaini (Area Chirurgica), Francesco Chiarella (Chairman Area Emergenza-Urgenza), Eloisa Arbustini (Chairman Area Genetica), Gianfranco Mazzotta (Co-Chairman Area Informatica), Pietro Zoncin (Chairman Area Malattie del Circolo Polmonare), Domenico Miceli (Co-Chairman Area Nursing), Massimo Uguccioni (Chairman Area Prevenzione), Pier Antonio Ravazzi (Chairman Area Management & Qualità) e Maurizio Porcu (Chairman Area Scompenso).

Nella Riunione si è discusso delle prossime attività scientifiche dell'Associazione e, su mandato del Presidente dell'ANMCO, si è messo a punto un elenco di

progetti di ricerca di possibile attuazione. Tale elenco è basato sia sulle proposte nate (o nasciture) all'interno delle Aree che sulle indicazioni riguardanti temi di particolare rilevanza scientifica ed associativa segnalati dallo stesso Consiglio Direttivo.

Si è discusso inoltre in dettaglio su come integrare i due tipi di proposte e su come sia ritenuto importante anche il contributo dei singoli Associati per migliorare le proposte già sul campo e per individuare nuove aree di interesse che tengano conto della ricchezza culturale e propositiva della nostra Associazione. Ben venga dunque il contributo di chi, trovando questi temi interessanti, vorrà impegnarsi di persona!

Il risultato di questo proficuo lavoro è riassunto nella Tabella che segue.

## PROGETTI DI RICERCA DI PROSSIMA ELABORAZIONE

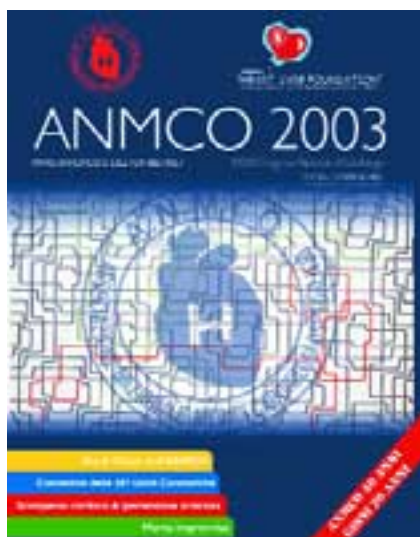
Descrizione sommaria	Aree / Persone impegnate
1) <b>BLITZ-2</b> : registro di breve durata delle SCA con ST non-sopraslivellato	Emergenza/Urgenza
2) <b>Dolore toracico in PS</b> : osservazionale Riproposizione studio PREMIER	Emergenza/Urgenza
3) <b>Dimissione precoce post-IMA</b> : osservazionale Riproposizione studio EARLY	Emergenza/Urgenza
4) <b>Multicentrico randomizzato sul trattamento ripercussivo dell'IMA ST-sopra</b> , con implementazione di "rete" tra centri con/senza interventistica. Potrebbe anche essere limitato a pazienti anziani. Tra le opzioni terapeutiche a confronto vi potrà essere la lisi seguita da coronarografia ed eventuale PT-CA entro 48 h, ed il trasferimento immediato per PTCA diretta	Emergenza/Urgenza Dott. Cavallini, Dott. Mafri, Dott. Steffenino
5) <b>Definizione di un corredo minimale di dati sulle SCA</b> , e identificazione / messa a punto di un mini-software (a partire da RUTA, Cardioscreen e quant'altro esistente) rapidamente implementabile nelle UTIC italiane	Dott. Chiarella, Dott. Di Chiara, Dott. Galvani, Dott. Greco, Dott. Maggioni, Dott. Mazzotta, Dott. Ruggeri (Informatico), Dott. Tubaro
6) <b>Studio osservazionale su aspetti clinici di trattamento / prognosi della FA</b>	Aritmie
7) <b>Registro Nazionale delle FA familiari</b>	Aritmie / Genetica
8) <b>Registro nazionale delle cardiomiopatie dilatative associate a blocco atrioventricolare</b>	Scopenso / Genetica
9) <b>Registro Nazionale delle Cardiomiopatie Familiari</b>	Genetica / Scopenso
10) <b>Registro Nazionale dello Scopenso Cardiaco Acuto</b>	Scopenso
11) <b>Studio di strategia finalizzata alla riduzione delle ospedalizzazioni</b>	Scopenso
12) <b>Registro Nazionale</b> per il monitoraggio della transizione dall'ipertensione arteriosa alla disfunzione ventricolare sinistra ed allo scopenso cardiaco. Il progetto originario, così formulato, verrà inserito in un progetto più vasto - di cui sarà parte - di monitoraggio <b>dei FdR per lo sviluppo della disfunzione ventricolare sinistra</b>	Prevenzione / Scopenso
13) <b>Studio randomizzato su somministrazione di statine / progressione della sclerosi aortica</b>	Prevenzione
14) <b>Epidemiologia della morte improvvisa</b>	Prevenzione
15) <b>Osservazione di attività e competenze degli IP nei settori specifici della Cardiologia</b>	Nursing
16) <b>Osservazione delle complicanze dopo indagini diagnostiche strumentali</b>	Nursing
17) <b>Raccolta delle FAQ dopo dimissione</b>	Nursing
18) <b>Organizzazione del paziente scopenso. Deospedalizzazione e gestione congiunta con altri specialisti. Valutazione dei carichi di lavoro e consumo delle risorse</b>	Management & Qualità / Scopenso
19) <b>Valutazione del significato dell'alterazione ecocardiografica nelle fasi iniziali dello scopenso cardiaco in correlazione con indici biomorali. Ricaduta in ambiti organizzativi in un'attività ambulatoriale dedicata</b>	Management & Qualità / Scopenso
20) <b>Registro attività di Day Hospital. Aspetti clinici e amministrativo-organizzativi (costi/benefici)</b>	Management & Qualità

## EVOLUZIONE DEL PROGETTO PER IL XXXIV CONGRESSO NAZIONALE

*Definiti i contenuti delle Main Sessions  
Si attendono le proposte per i Simposi e per i Seminari interattivi*



*Gli eventi interattivi avranno contenuti  
determinati dal contributo di idee degli Associati*



*Il clinico incontrerà il ricercatore di base?*

**U**n breve aggiornamento sullo *stato di avanzamento dei lavori* per il prossimo Congresso Nazionale, di cui si è già presentato il Progetto iniziale (vedi “Cardiologia negli Ospedali” n. 128/129, pag. 11).

Sono stati definiti i temi e larga parte dei contenuti delle **Main Sessions**. La prima sarà su **Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia** e – a sottolineare l'importanza centrale che l'ANMCO attribuisce all'argomento – aprirà il Congresso il pomeriggio del sabato 31 maggio 2003; diverse *task forces* stanno già alacremente lavorando allo sviluppo di un Documento che costituirà la base della *Session*, con una elaborazione che coinvolge la SIC ed il rapporto con essa all'interno della Federazione Italiana di Cardiologia. È auspicabile – in occasione della presentazione – la presenza delle Autorità interessate in materia di politica ed economia sanitaria, che sarà richiesta in modo mirato dall'ANMCO.

Un altro momento significativo sarà rappresentato dalla **Convention delle 387 UTIC** italiane; essa sarà caratterizzata da un *mix* di presentazioni legate al particolare significato che alcune ricorrenze “storiche” hanno per l'ANMCO (nel 2003 cadranno il quarantennale della nascita dell'Associazione ed il ventennale dell'inizio del primo GISSI) e di temi correlati all'individuazione delle strategie di trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (argomento perennemente in cerca di chiarimento ed omogeneizzazione, come si comprende se si osserva il panorama diversificato e – se si vuole – confuso che emerge dall'analisi delle realtà operative italiane).

I temi delle altre *Main Sessions* sono **Iipertensione & Scompenso cardiaco** (se ne approfondiranno le connessioni epidemiologiche, fisiopatologiche, cliniche ed organizzative), **Morte improvvisa** (con accento sulla prevenzione della quota extraospedaliera, esigenza particolarmente sentita dall'ANMCO in questo momento) e **Studi clinici dell'ANMCO** (tradizionale appuntamento, che concluderà la parte “plenaria” del Congresso mercoledì 4 giugno).

In attesa che le proposte – inviate dalle Sezioni Regionali, dalle Aree, dai Gruppi di studio, dalle Società cardiologiche “di settore”, da singoli associati – pervengano e siano analizzate dal Consiglio Direttivo (cosa che sarà in buona parte già avvenuta, quando queste note saranno lette), e che di conseguenza assumano una forma più definita lo “scheletro” già delineato per gli **eventi seminariali interattivi** (nelle varie tipologie: Casi clinici; Controversie; *How to ...*; *Focus on ...*) e per i **Simposi** tradizionali, vogliamo ancora ricordare le altre forme di presentazione previste nella complessa articolazione di questo Congresso:

le quattro sedute di **Update** (aggiornamento sulle evidenze scientifiche su specifici temi); le **Riflessioni a margine** (con esperti della comunicazione in campo medico); i **Minimaster** (corsi teorico-pratici, con numero limitato di partecipanti e con elevato impatto in termini di crediti formativi).

Un Simposio particolarmente stimolante sarà – infine – quello che si potrebbe proporre come l'inizio di un percorso da sviluppare in futuro: **Il clinico incontra il ricercatore di base**.

## LA PARTECIPAZIONE AI PROGETTI DI RICERCA È VOLONTARIA, MA QUANDO CI SI È IMPEGNATI LA BUONA QUALITÀ DEI DATI È OBBLIGATORIA



### LA PREMESSA

Come più volte è stato sottolineato, il network dei cardiologi ANMCO si è distinto, a livello internazionale, per la capacità di lavorare in collaborazione nella produzione di rilevanti dati sia attraverso studi clinici controllati che progetti osservazionali di epidemiologia clinica.

Per questo motivo negli ultimi anni siamo stati invitati:

- a fare parte di reti collaborative internazionali, nelle quali all'Italia è stato riconosciuto un ruolo particolarmente rilevante sia in termini di quantità di pazienti da arruolare che di visibilità di nostri associati nei comitati di maggior rilievo dello studio;
- a condurre studi clinici controllati, nei quali tutta la responsabilità del progetto è lasciata nelle nostre mani, così come la proprietà dei dati.

Questi tipi di riconoscimento, non comuni nel contesto generale di ricerca in cui viviamo, presuppongono da parte nostra una capacità di mantenere gli impegni che ci assumiamo sia in termini di arruolamento, in tempi adeguati, dei pazienti previsti che di qualità dei dati, in particolare per quel che riguarda il completamento delle informazioni per tutti i pazienti inclusi in uno studio.

Sia per quanto riguarda la quantità che la qualità dei dati, negli ultimi anni gli standard di riferimento si sono notevolmente innalzati, così da rendere necessario un maggior impegno da parte di tutti per ottenere risultati che siano competitivi a livello internazionale.

### ALCUNE CONSIDERAZIONI PRATICHE

Fatta questa necessaria premessa, credo sia doveroso fare una serie di considerazioni che derivano dalla esperienza di ormai molti anni nella gestione degli studi ai quali i cardiologi ANMCO vengono invitati a partecipare dalla Associazione:

- in generale, con molta fatica e dispendio di tempo, energie e risorse economiche, siamo sempre riusciti, fino ad ora, a concludere con successo i progetti nei quali ci siamo impegnati. Ci sono un paio di eccezioni, ma le motivazioni dell'insuccesso sono da attribuirsi alla difficoltà oggettiva nella identificazione dei pazienti eleggibili, difficoltà probabilmente sottovalutate dagli Steering Committee prima che gli studi cominciassero;
- spesso la adesione entusiastica ad un progetto non viene seguita in molti centri da un corrispondente entusiasmo nello svolgerlo;
- oggi per attivare un centro è necessario investire una cospicua quantità di risorse sia umane che economiche per poter ottenere tutte le autorizzazioni necessarie (lavoro di segreteria per i contatti con i comitati etici e con le amministrazioni ospedaliere per ottenere una convenzione, pagamento delle quote richieste dai comitati etici, apertura di una assicurazione). Se alla adesione ad un progetto, non segue poi una adeguata partecipazione, tutte queste risorse vengono impegnate inutilmente.



## **LE CONSEGUENZE DI UNA INADEGUATA PARTECIPAZIONE A PROGETTI AI QUALI SI ERA DATA LA ADESIONE**

Al di là delle perdite di tempo e denaro, che ho descritto sopra, una inadeguata partecipazione a un progetto comporta problemi di (per lo meno) tre ordini: adeguata performance di tutto un gruppo di lavoro, eticità nei confronti del paziente, affidabilità dei risultati finali.

### ***Inadeguata performance del gruppo di lavoro nel suo insieme***

Quando si fanno dei piani all'inizio di uno studio, si considerano ovviamente come attivi tutti i centri che hanno dato l'adesione e si assumono dei tempi di completamento del progetto che dipendono (a) dalla numerosità dei centri partecipanti, (b) dai tempi di ottenimento delle autorizzazioni, (c) dalla frequenza dei casi che presentano la patologia oggetto di studio, (d) dalla complessità delle procedure di controllo della qualità dei dati e di analisi degli stessi.

Quando un centro o più centri, su cui si contava, vengono meno in termini di inclusione di pazienti, salta tutto l'assetto organizzativo rendendo difficile il mantenimento delle previsioni iniziali. In altre parole, la mancata partecipazione attiva di chi si era preso un impegno, e su cui si contava, mette in seria difficoltà il lavoro di tutti, anche di quelli che lavorano in modo del tutto affidabile.

Quando non si fa quanto ci si era impegnati a fare, si determina, in altre parole, un grave danno a tutti gli altri colleghi che hanno lavorato adeguatamente.

### ***Eticità nei confronti del paziente***

Quando un paziente viene incluso in uno studio e poi non viene seguito adeguatamente, la sua partecipazione (e quindi anche la eventuale esposizione ad un rischio) diventa del tutto inutile e rischia di far diventare inutile anche quella di tutti gli altri pazienti, se la frequenza del fenomeno "perso al follow-up" assume dimensioni critiche. Quando si chiede, con la procedura di consenso informato, una partecipazione attiva da parte del paziente, ci si impegna implicitamente a seguirlo attivamente per tutta la durata dello studio, qualsiasi cosa succeda. Questo comportamento dovrebbe fare parte della nostra eticità di ricercatori clinici. Non seguire le regole di uno studio significa di fatto danneggiare un paziente che aveva dato spontaneamente la sua disponibilità ad entrare in un progetto, ben sapendo di non riceverne alcun beneficio se non quello di essere seguito con molta attenzione.

### ***Affidabilità dei risultati finali***

Se la inclusione di un numero adeguato di pazienti o l'ottenimento delle informazioni necessarie per tutti quelli che sono stati inclusi viene meno, il progetto, nel suo insieme, rischia di non poter produrre risultati sufficientemente affidabili. Si sono quindi sprecate le risorse economiche investite, il lavoro di tutti coloro che hanno coordinato il progetto, di quei centri clinici che hanno lavorato bene, di tutti i pazienti che, generosamente, hanno dato il loro consenso a partecipare, senza ottenere niente in cambio direttamente per loro, e nemmeno per i malati futuri.

Il centro di coordinamento, in questi casi, ha il dovere/obbligo di comunicare la situazione di difficoltà e/o inadempienza ai Comitati Etici dei centri clinici, che hanno svolto attività chiaramente inadeguate rispetto agli impegni previsti, così che possano essere prese le decisioni opportune quando verranno valutate ulteriori richieste di partecipazione ad altri futuri progetti.

***In conclusione***, ritengo veramente necessario oggi, ancor più che nel passato, che la adesione ad un progetto di ricerca da parte di un centro clinico sia veramente meditata e, una volta espressa, venga seguita da una attività adeguata agli impegni presi. Questo, prima di tutto, per poter continuare a produrre risultati utili da trasferire alla pratica clinica di tutti i giorni per poter migliorare la cura dei nostri malati, e, in secondo luogo, per continuare ad essere competitivi e riconosciuti come affidabili nel mondo della ricerca internazionale (il che significa anche continuare a fare crescere la cultura generale e di ricerca di tutti noi e riuscire a portare nel nostro paese le risorse economiche necessarie a svolgerla).

# UN AGGIORNAMENTO SULLO STATUS DELLO STUDIO SULLA PREVENZIONE SECONDARIA CARDIOVASCOLARE (SPS)



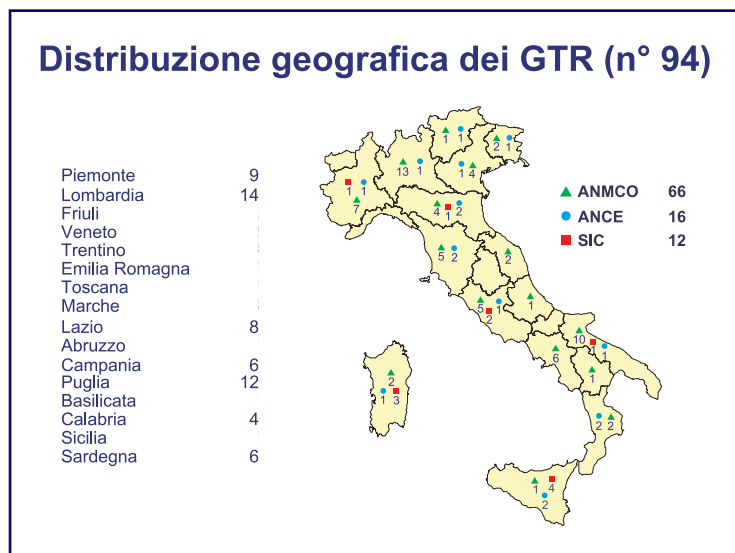
## I ricercatori dello Studio

Lo Studio sulla Prevenzione Secondaria Cardiovascolare (SPS) è stato attivato nel febbraio 1999. Il progetto è nato dalla cooperazione tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli specialisti in Cardiologia (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO, Società Italiana di Cardiologia - SIC, Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri - ANCE).

## Gli obiettivi

Lo studio si propone di:

1. **aggiornare l'epidemiologia del post-infarto**, valutando il livello di rischio cardiovascolare nel paziente con storia di IMA e descrivendo le modalità di gestione del rischio nella realtà della pratica clinica quotidiana;
2. **migliorare la prevenzione cardiovascolare post-IMA**, facilitando la diffusione delle attuali conoscenze scientifiche sulla prevenzione cardiovascolare e favorendo la interazione tra specialisti cardiologi e MMG.



Oltre all'importanza della valutazione del rischio cardiovascolare nel paziente post-IMA, caratteristica peculiare dello Studio è quindi il tentativo di sperimentare a livello nazionale un modello di ricerca che aumenti le interazioni tra le due figure professionali che hanno in carico la gestione del paziente coronaropatico: **il medico di medicina generale e il cardiologo**.

## Distribuzione geografica dei GTR

Il network dello Studio SPS è costituito da **94 Gruppi Territoriali di Ricerca (GTR)** a loro volta formati da un cardiologo locale e da un gruppo di medici di medicina generale.

La Figura mostra la distribuzione dei GTR sul territorio nazionale.

L'uniformità di tale distribuzione anticipa la possibilità di avere un campione realmente rappresentativo della realtà italiana dei pazienti infartuati.

## Disegno dello Studio

Lo Studio si articola intorno a due punti:

- 1) Lo **studio osservazionale prospettico**, con raccolta di dati al reclutamento e durante un follow-up di 3 anni;



- 2) gli **incontri periodici dei GTR** (3-4 per anno), con il duplice scopo di confrontarsi su argomenti di prevenzione cardiovascolare ed informarsi sulle novità dalla ricerca, da una parte, e di discutere insieme casi clinici particolarmente significativi/istruttivi, dall'altra.

<b>I numeri dello Studio SPS</b> (settembre 2002)	
Cardiologi	<b>94</b>
MMG	<b>739</b>
Pazienti con pregresso IMA	<b>7032</b>

### **I numeri dello Studio SPS**

Lo Studio è iniziato con riunioni centralizzate di aggiornamento con i Cardiologi partecipanti i quali hanno poi avviato la costituzione del network di ricerca organizzando riunioni periferiche con i medici di medicina generale.

Il reclutamento dei pazienti è iniziato presso gli ambulatori dei MMG nel febbraio 2000 (la fase di reclutamento consiste in una visita di valutazione iniziale con registrazione delle informazioni essenziali sullo stato clinico dei pazienti). A conclusione di questa fase, sono stati reclutati 7032 pazienti con storia di IMA.

Le potenzialità dello studio sono riassunte da questi pochi numeri (figura): **94 cardiologi, 739 medici di medicina generale, 7032 pazienti** con storia di infarto miocardico reclutati nello studio osservazionale.

<b>L'importanza dello Studio SPS</b>	
<i>Studi</i>	<i>n° paz.</i>
ASPIRE	<b>1982</b>
EUROASPIRE	<b>3589</b>
Italia (prov.: Udine, Treviso e Verona)	<b>425</b>
EUROASPIRE II	<b>5556</b>
Italia (prov.: Treviso e Verona)	<b>258</b>
SPS	<b>7032</b>

### **L'importanza dello Studio SPS**

Considerando la numerosità del campione reclutato, lo Studio SPS si può ritenere il **più grande**, nel suo genere, tra quelli che sono stati effettuati fino ad oggi. È stata realizzata, infatti, una preziosa banca dati ricca di informazioni relative ad una popolazione mediterranea di oltre 7000 pazienti sopravvissuti ad un evento infartuale.

*I risultati di questa ricerca consentiranno di ottenere dati di "outcome" in una popolazione rappresentativa del mondo reale e permetteranno, inoltre, di costruire una carta del rischio specifica ed aggiornata per il nostro Paese.*

A differenza degli studi ASPIRE ed EUROASPIRE, nello Studio SPS è previsto anche un **follow-up di 3 anni** durante il quale si potranno valutare: l'incidenza di eventi clinici rilevanti (IMA, ictus, morte); le modifiche della gestione del rischio cardiovascolare; la corrispondenza tra i risultati dei nuovi trial clinici e la loro applicazione nella pratica clinica quotidiana.

### **Lo stato del follow-up**

Il follow-up dei pazienti reclutati nello studio è tuttavia deludente. Le visite relative al 1° anno di follow-up sono state effettuate in **2150** pazienti a fronte di **4332** visite previste in base alla data di reclutamento e per **1948** pazienti il ritardo nell'invio di schede di follow-up è superiore ai 12 mesi.

### **Comunicazione dal Direttivo dello Studio**

Il Comitato Direttivo dello Studio, pur soddisfatto dei dati prodotti sulla prevenzione cardiovascolare post-IMA con la visita di reclutamento (presto disponibili per valutazione della comunità scientifica), ritiene però del tutto insufficiente il follow-up dello Studio.

Le premesse per la produzione di dati validi, scientificamente rilevanti e "competitivi" a livello internazionale ci sono tutte e pertanto il **Comitato Direttivo dello Studio**, pur nella consapevolezza delle difficoltà di fare ricerca nella quotidianità della pratica clinica, ritiene importante **sollecitare tutti i ricercatori SPS ad adoperarsi per favorire l'esecuzione delle visite di follow-up e l'invio delle relative schede alla Segreteria dello Studio.**



Le potenzialità della collaborazione tra ANMCO, ANCE, SIC e medici di medicina generale, la dimensione nazionale e l'importanza dei temi trattati, fanno dello studio SPS uno studio di outcome di particolare rilevanza per la Cardiologia Italiana.

È però evidente che senza un maggiore impegno dei ricercatori SPS tali potenzialità non potranno essere sfruttate fino in fondo.

## Centri SPS ANMCO

Cardiologo di riferimento	Città	Cardiologo di riferimento	Città
ABRIGNANI Maurizio	TRAPANI	IACOPETTI Luciana	PESCIA
ACCOGLI Michele	TRICASE	IACUITTI Giuseppe	DESIO
ACTIS Emma	ALBA	JEMOLI Rosanna	COMO
ASSANELLI Deodato	BRESCIA	LACCHE Augusto	ROMA
AUCELLO Giuseppe	MERCATO SAN SEVERINO	LOPIZZO Antonio	POTENZA
AVALLONE Aniello	ROMA	MAGGIO Carlo	RIVOLI
BERTOLA Pierluigi	CANELLI	MANTINI Loredana	LANCIANO
BETTINI Roberto	MEZZOLOMBARDO	MARINI Giuseppe	COMO
BIANCHI Enzo M.	VERBANIA	MARINI Roberto	GORIZIA
BORRELLO Gennarino	CATANZARO	MAZZOLENI Dante	BERGAMO
BOSCHETTI Carla	ROMA	MAZZOTTA Aurelio	LUGO
CALDAROLA Pasquale	TERLIZZI	MUREDDU Giovanna	NUORO
CANDELPERGHER Giovanni	CASTELFRANCO VENETO	NEJROTTI Andrea	TORINO
CARBONIERI Emanuele	SAN BONIFACIO	PACETTI Paola	FIVIZZANO
CESARONI Piero	PESARO	PARTESANA Nora	SONDALO
CIRICUGNO Santo	CASARANO	PECI Paolo	SERiate
COPPETTI Silvia	CREMONA	PEDE Sergio	SAN PIETRO VERNOTICO
CORDONI Mario	PIOMBINO	PENNETTA Antonio	GALLIPOLI
CREMASCHI Enrico	GUASTALLA	PERTICONE Francesco	CATANZARO
CUCCHI Gianfranco	SONDRIO	PIANTADOSI Franco Roberto	NAPOLI
D'ALONZO Saverio	CONVERSANO	PISUTTU Gian Piero	SASSARI
DANGELO Giovanni	OLIVETO CITRA	RAINOLDI Maria Laura	MILANO
DE MATTEIS Carmine	S. FELICE A CANCELLO	RAISARO Arturo	PAVIA
DEORSOLA Antonella	CUNEO	REYNAUD Sergio	SALUZZO
FANTINI Eugenio	RICCIONE	SANTINI Alberto	FIRENZE
FORMICHI Marco	ESTE	SARCINA Giuseppe	BARLETTA
FRISINGHELLI Anna	PASSIRANA-RHO	SEMPRINI Pierluigi	RIMINI
FULGIONE Cosimo	NAPOLI	STORELLI Antonio	BRINDISI
GARA Elisabetta	MILANO	VILLELLA Alessandro	LUCERA
GIAMPERI Mario	SALTARA	VILLELLA Massimo	S. GIOVANNI ROTONDO
GIASI Michele	NAPOLI	ZAMBALDI Giorgio	FIRENZE
GRECO Gabriella	ROMA	ZAMPIERO Aldo Antonio	CAMPOSAMPIERO
GUZZARDI Giuseppe	ROMA	ZILIO Giorgetto	MONFALCONE

# PRONTO... CUORE? DA UN'ESPERIENZA PILOTA NASCE UNA PROPOSTA



**N**el mese di agosto è stata attivata una prima esperienza di contatto telefonico diretto tra cittadini e Cardiologi sotto l'egida di Heart Care Foundation ed ANMCO.

## Turni per Mese della Prevenzione "Donna Moderna"

Mese: Agosto 2002		Dottore
Venerdì	2	BOCCANELLI
Lunedì	5	BOVENZI
Mercoledì	7	BONCOMPAGNI
Venerdì	9	ARBUSTINI
Lunedì	12	SCHERILLO
Mercoledì	14	SCHWEIGER
Venerdì	16	VERGARA
Lunedì	19	RAVAZZI
Mercoledì	21	PEDE
Venerdì	23	UGUCCIONI
Lunedì	26	TUBARO
Mercoledì	28	GULIZIA
Venerdì	30	AMMIRATI
Lunedì	2	DI PASQUALE/MICELI
Mercoledì	4	VERGASSOLA

Tabella 1

In collaborazione con la rivista femminile "Donna Moderna" (la più diffusa in Italia in questo settore) è stato lanciato il "Mese dell'Ipertensione". Sedici membri del Consiglio Nazionale si sono resi disponibili a rispondere alle domande dei cittadini dalle ore 10 alle ore 12 in alcuni giorni annunciati dalla rivista. (Tabella 1)

La procedura era la seguente: il lettore/lettrice chiamava il Numero Verde della Fondazione, una Segretaria raccoglieva alcuni dati anagrafici e passava la telefonata al Cardiologo di turno.

Questa modalità ci ha consentito di raccogliere alcuni dati iniziali, rafforzati poi da un questionario compilato dai 16 Cardiologi che avevano partecipato all'iniziativa: val la pena di ri-

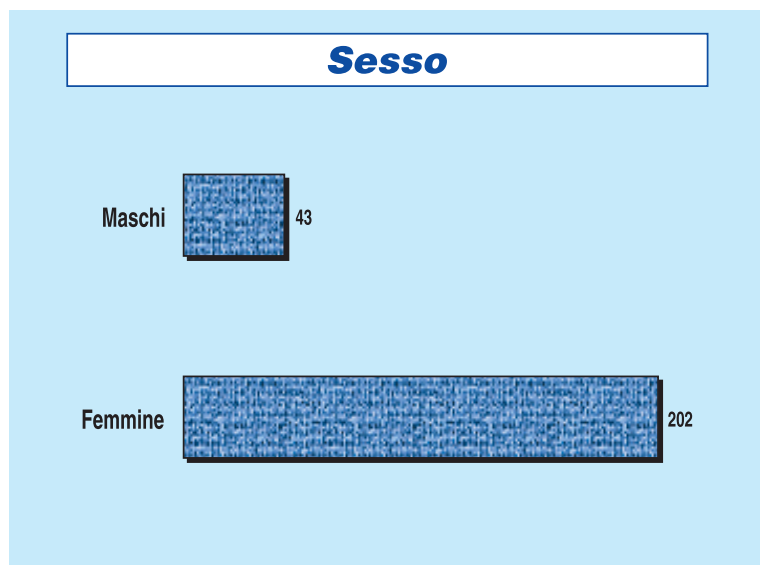
flettere assieme su quanto è emerso da questa esperienza pilota per valutare se e come sia possibile proseguire ed ampliare l'esperienza.

Alcuni dati sono desumibili dalle figure. In sintesi: hanno chiamato in circa 30 ore complessive 245 persone di cui 43 maschi (Figura 1) (malgrado

l'input venisse da una rivista femminile); interessante la distribuzione per fasce d'età: prevalgono nettamente le chiamate da persone tra 40 e 70 anni, ma vi sono stati anche cittadini tra 20 e 30 anni e tra 80 e 90 anni (Figura 2). Anche la distribuzione per professione è interessante: pensionate e casalinghe sono i gruppi più rappresentati, ma hanno telefonato anche studenti, professionisti, insegnanti, disoccupati e infermiere (Figura 3).

La distribuzione per Regione è meno affidabile considerando che si trattava di un periodo di ferie e che la rivista può avere diversa diffusione nelle varie Regioni; comunque tutte le Regioni sono state rappresentate salvo la Valle d'Aosta e il Molise (Figura 4).

Figura 1



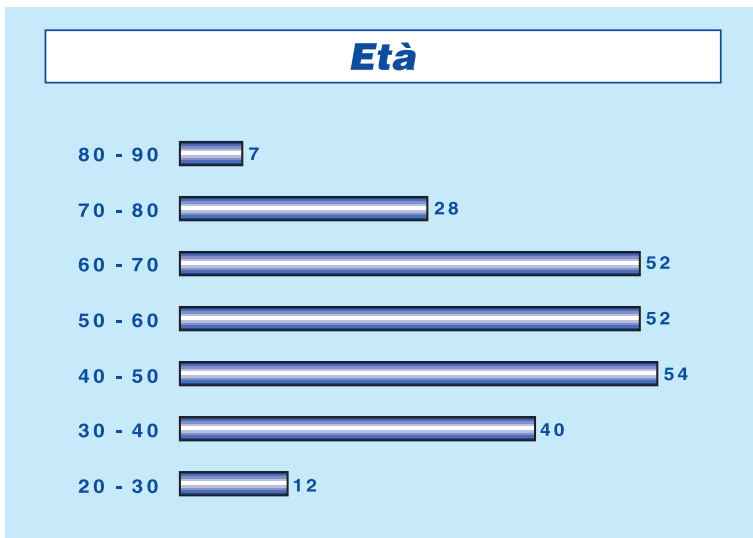
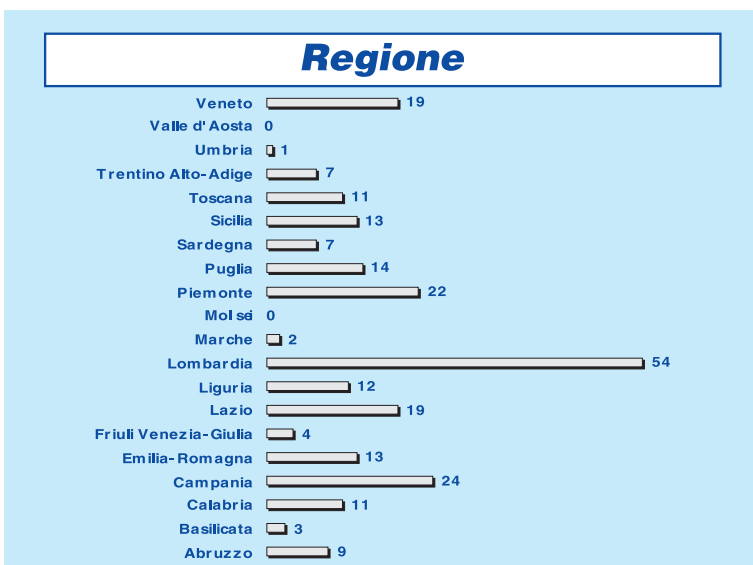


Figura 2

Figura 3



Figura 4



A questi primi dati se ne aggiungono altri derivanti dal questionario compilato dai Cardiologi partecipanti.

Il grado di soddisfazione del cittadino per il servizio (a giudizio del Cardiologo) è risultato molto alto. Anche se il tema avrebbe dovuto essere limitato all'ipertensione in 2/3 dei casi le domande hanno riguardato altri temi (colesterolo, obesità, attività fisica, terapia ormonale sostitutiva, ipotensione e cardiopalmo i più frequenti).

Le domande erano orientate ad avere chiarimenti su 1) terapia farmacologica (59%); 2) stili di vita (27%); 3) indagini diagnostiche (17%); 4) indicazioni di Centri qualificati (10%); altro (21%). Naturalmente la somma supera il 100% perché lo stesso cittadino ha in vari casi richiesto chiarimenti su più temi (Figura 5).

Di particolare rilievo il fatto che quasi i 2/3 dei cittadini ha chiesto esplicitamente l'indicazione a un farmaco specifico e/o un parere su variazioni di dosaggio. Ne consegue naturalmente che ben 13/16 dei Cardiologi hanno ritenuto opportuno consigliare di rivolgersi al proprio medico curante (Figura 6).

Alla specifica domanda se questa o simili iniziative possano creare difficoltà di rapporto con i MMG, 1/3 dei Cardiologi ha risposto sì, ma ha aggiunto che la problematica può essere superata non entrando nelle indicazioni farmacologiche specifiche e consigliando comunque di rivolgersi al proprio curante.

Da ultimo, chi ha partecipato all'iniziativa, ritiene che debba essere proseguita, naturalmente mettendo a punto procedure e temi.

Sulla base di questi dati semplici e naturalmente senza pretesa di scientificità ed esaustività, possiamo porci alcune domande.

- 1) È avvertito il bisogno di tale Servizio? La risposta è sicuramente sì. Una media di circa 8 telefonate all'ora, a partire da un campione di popolazione selezionato dalla lettura di una rivista, indica fame di informazioni e necessità di colloquio.
- 2) Il bisogno è diffuso? La distribuzione per sesso, età e Regione indica che l'esigenza è sostanzialmente di tutti.
- 3) Il Servizio fornito è soddisfacente? Qui purtroppo mancano dati di "customer satisfaction" ma il plebiscitario giudizio di soddisfazione filtrato dai Cardiologi sembrerebbe indicare una risposta positiva.

## Le domande erano orientate ad avere chiarimenti su...

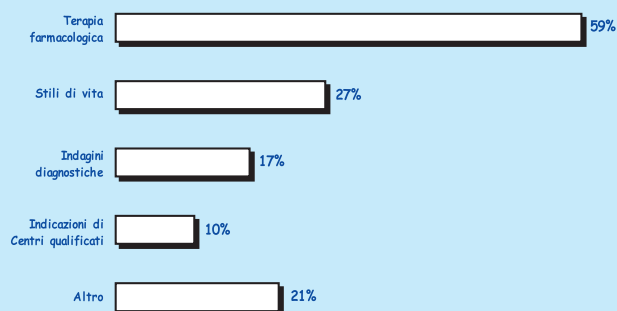


Figura 5

4) Il Servizio è fattibile? La mia risposta personale è sicuramente positiva a partire dalla constatazione che in poche ore siamo riusciti a reclutare 16 Cardiologi tra quelli partecipanti al Consiglio Nazionale, disponibili per il mese d'agosto, che certamente non è il più adatto. Considerando che gli iscritti all'ANMCO sono attorno a 5.000 non dovrebbe essere impossibile trovare 300 Cardiologi che nell'arco di un anno siano disponibili a dedicare alcune ore a questo Servizio.

300 Cardiologi per un anno significa che potremmo essere in grado di rispondere per 2-3 ore ogni giorno, sabato compreso. Questa è la forza di HCF/ANMCO, che nessun altro possiede e che ci caratterizza.

siede e che ci caratterizza.

5) Quale Servizio? A questa domanda la risposta è articolata. In primo luogo potremmo essere autonomi e non collegati ad un giornale o rivista; la promozione dell'iniziativa andrebbe fatta dal nostro ufficio stampa e da agenzie di comunicazione; poi il passa parola basterebbe e avanzerebbe.

Per quanto riguarda i temi da trattare, potrebbe essere fatto un calendario su temi specifici (prevenzione, sintomi di allarme di attacco cardiaco, aritmie, procedure diagnostiche) da affidare di volta in volta ad Aree ANMCO competenti, oppure non identificare un tema a priori, lasciando libero il cittadino di porre domande su tutti gli ambiti della Cardiologia.

Questa seconda scelta risulta meno tecnica e quindi meno controllabile, ma sicuramente più fruibile dal cittadino.

6) Quali difficoltà? Dando per scontata la fattibilità, l'elemento più rilevante è il potenziale conflitto di ruolo con il MMG; a mio parere la miccia può e deve essere disinnescata sin dall'inizio, ufficializzando che lo scopo dell'iniziativa è esclusivamente di "counseling" e che il contatto con lo specialista ha lo scopo di promuovere il riferimento al MMG, a cui naturalmente compete ogni definitiva scelta diagnostico-terapeutica.

## Quante volte avete ritenuto opportuno consigliare di rivolgersi direttamente al Medico Curante...

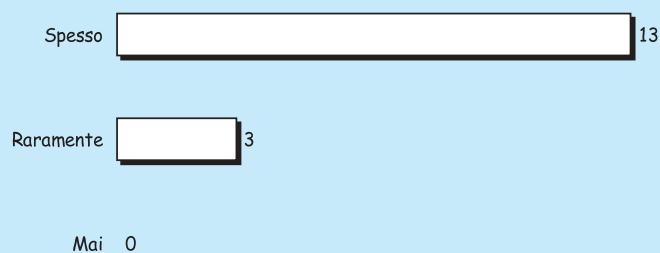


Figura 6

In conclusione credo che dall'esperienza iniziale emergano elementi forti per attivare un "call-center" che potremmo chiamare "Pronto... Cuore?" e che potremmo affiancare all'attivazione di un analogo strumento on line attraverso il sito della Fondazione.

Sarebbe auspicabile se fin da ora i Cardiologi interessati facessero pervenire ad Heart Care Foundation (Numero Verde: 800-052233, e-mail: [heartcarefound@heartcarefound.com](mailto:heartcarefound@heartcarefound.com), Fax 055/582756) la loro disponibilità e i loro consigli per lo sviluppo dell'iniziativa.

## ANMCO E MASS MEDIA, QUESTIONE DI FEELING



**È** tutta colpa di mia sorella. Se oggi mi occupo di comunicazione e divulgazione scientifica la responsabilità è in buona parte da attribuire a lei. Andavamo entrambe all'Università: io scienza delle comunicazioni, lei medicina. Entrambe molto scrupolose e studiose (tutte e due, infatti, ci siamo poi laureate *cum laude*). Ma io avevo un'amica con cui studiare, lei, invece, no. Dunque, toccava a me ascoltarla mentre ripassava gli esami e toccava ancora a me interrogarla per verificare se aveva studiato bene. E così, mentre preparavo sociologia dei media, finivo per studiare anche istologia, fisiologia e anatomia patologica.

Dunque, dopo cinque anni, mi sono ritrovata laureata in scienza delle comunicazioni con una "specializzazione" in medicina generale. Occuparsi di comunicazione, divulgazione e Pubbliche Relazioni per il mondo universitario, clinico e scientifico è diventato così una sorta di percorso umano e professionale quasi obbligato. Non poteva insomma andarmi diversamente. E, aggiungo oggi, non poteva andarmi meglio.

Insieme a Gino Di Mare – contitolare di Star Service Communication – abbiamo dato vita a un'agenzia che ormai da anni si muove nel mondo complesso, difficile e affascinante della divulgazione medico-scientifica.

Abbiamo curato Congressi, campagne di informazione e iniziative educative per conto della Società Italiana di Gastroenterologia, per la Società Italiana di Reumatologia, per la Clinica Pediatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma, per la Lega Italiana contro l'Epilessia, per la Fondazione Italiana Gestalt Psicosociale, per l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer e per molte altre associazioni e società scientifiche che sarebbe troppo lungo citare.

Poi un giorno l'incontro con l'ANMCO. Un incontro importante, di quelli che segnano una svolta.

Il fatto è che nel nostro lavoro occorre conciliare due necessità spesso in rotta di collisione: quella della divulgazione (e quindi della necessaria "semplificazione" del messaggio) e quella del rispetto del rigore scientifico, per evitare che possibili banalizzazioni contribuiscano a creare messaggi illusori o poco corretti. A un buon ufficio stampa spetta così il difficile compito di creare ogni volta questa complessa alchimia.

Con l'ANMCO l'intesa invece è stata immediata.

La necessità di informare in modo scientificamente corretto ma anche di "entrare" nelle case della gente comune con messaggi divulgativi ed educativi era sentita dall'ANMCO nello stesso modo in cui la sentivamo noi. È questo che ci ha consentito di realizzare quella "quadratura del cerchio"



che ogni ufficio stampa dovrebbe sempre cercare: l'ANMCO costituisce insomma l'approdo sognato da ogni agenzia di comunicazione medico-scientifica.

Negli ultimi anni, abbiamo ideato insieme campagne di comunicazione, insieme abbiamo avviato progetti per arrivare prima e meglio alla gente, insieme abbiamo pensato e continuiamo a pensare a modi sempre nuovi per divulgare, informare ed educare.

Quotidiani, periodici di settore e settimanali, agenzie di stampa, network nazionali e locali, televisione soprattutto, con la sua grande forza persuasiva: è anche grazie al nostro impegno – perdonateci l'orgogliosa e immodesta rivendicazione – che i messaggi dell'ANMCO sono sempre più presenti e visibili nel panorama mediatico nazionale.

Divulgare, informare, educare: è la sfida che tutti insieme continuiamo ad affrontare ogni giorno.

“Nessuno ci ringrazierà per l'infarto che non ha mai avuto”, dice spesso il Presidente dell'ANMCO. Noi crediamo che se anche grazie al nostro impegno divulgativo sarà possibile prevenire anche un solo infarto avremo ottenuto una grande vittoria.

E questo ci riempie di soddisfazione: perché, in fondo, anche i responsabili degli uffici stampa hanno un cuore.

## È NATO L'UFFICIO STAMPA: ISTRUZIONI PER L'USO

di Francesco Bovenzi

### Il lavoro degli amanuensi

Miniatura dallo Psalterium Gallicanum, opera romana con influenza bizantina (secolo XII)  
Roma, Biblioteca Vallicelliana



**P**er quel che mi riguarda, non so chi o cosa mi fece incontrare la Cardiologia; so per certo che il motto “al cuor non si comanda” ancora mi seduce.

A me, dunque, il compito di presentare il nostro neonato Ufficio Stampa: **Star Service Communication.**

Una presentazione solitamente precede, ma in questo caso ai bei ricordi della Dott.ssa Alessandra Di Mare non possono che seguire solo brevi note e delle semplici indicazioni sulle regole d'accesso al nostro nuovo servizio.

Lo scopo è quello di accrescere la nostra immagine presso il grande pubblico, e contestualmente, migliorare le pubbliche relazioni e potenziare la capacità di comunicazione, sia dell'ANMCO, che della Heart Care Foundation.

Uno strumento indispensabile attraverso il quale veicoleremo all'esterno tutte le nostre iniziative in ambito di ricerca, di buona pratica clinica, di prevenzione e di educazione sanitaria.

Intensificheremo la visibilità delle nostre attività editoriali, la pubblicità, la propaganda. Moltiplicheremo il colloquio:

- con i cittadini per educare più efficacemente,
- con le istituzioni politiche per guidare le scelte,
- con le Società Scientifiche per continuità di confronto,
- con Enti ed Aziende per migliorare il dialogo.

Tutto questo avverrà in modo semplice, rapido e capillare, con competenza e professionalità, contribuendo a promuovere l'immagine dell'Associazione presso la collettività.

Con le Aziende, con le quali continui flussi informativi sono bilateralmente trasmessi, potremo meglio divulgare messaggi ed interessi comuni riguardanti la Cardiologia, concordando e condividendo in modo lineare l'utilizzo dei rispettivi uffici stampa.

Questo indubbiamente, rafforzerà l'immagine di assoluta eticità e credibilità della nostra Associazione, ed anche la fiducia del nostro interlocutore.

**Le Delegazioni Regionali** se vorranno, potranno servirsi dell'Agenzia per veicolare messaggi locali, ma dovranno farne richiesta a Simona Saracco della Segreteria, la quale terrà conto di mettere in contatto la Star Service con i Presidenti Regionali.

I messaggi da divulgare verranno in ogni caso sempre concordati con il Consiglio Direttivo, per fare in modo che non si discostino da quelli nazionali.

Molteplici gli strumenti disponibili in funzione delle necessità, della tempistica e dell'obiettivo da raggiungere. Per dare un esempio, il costo di una Conferenza Stampa locale è di € 5.000, tuttavia questa non rappresenta l'unico strumento utilizzabile; ogni necessità o idea che riguardi editoria, stampa ed organi d'informazione sarà utilmente valutata e realizzata (comunicati, interviste, passaggi radiotelevisivi su network nazionali o regionali, ecc.).

Ricordo infine che, all'interno della nostra Associazione, la sede dell'Assemblea resta il luogo sovrano in cui la comunicazione riveste carattere di ufficialità, come di fatto avviene nel Consiglio Nazionale.

Gli altri organi di informazione, "Cardiologia negli Ospedali" e il sito Web ANMCO, serviranno ad accrescere nel modo migliore la nostra capacità di trasmettere informazioni agli Associati e a tutte le figure variamente interessate.

## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

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

### Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina a fianco ed invialo al Presidente 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 € 10,33 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 51,65 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 41,32 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 30,99 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 € \_\_\_\_\_

per la quota associativa dell'anno \_\_\_\_\_

#### Socio Ordinario

- € 51,65 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 41,32 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 10,33 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

#### Socio Aggregato

- € 30,99

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 (055/579334)

## PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2002 - 2004

### ABRUZZO

Dott. ANGELO VACRI - Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE) - tel. 085/82761 - e-mail: [angelougo.vacri@tin.it](mailto:angelougo.vacri@tin.it)

### BASILICATA

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

### CALABRIA

Dott. GIUSEPPE ZAMPAGLIONE - Ospedale Civile San Giovanni di Dio - Via XXV Aprile - 88900 Crotona (KR) - tel. 0962/924111 - e-mail: [zampg@libero.it](mailto:zampg@libero.it)

### CAMPANIA

Dott. CARMELO CHIEFFO - Ospedale Civile - Via Tescione - 81100 CASERTA - tel. 0823/232395 - e-mail: [riabce@tin.it](mailto:riabce@tin.it)

### EMILIA ROMAGNA

Dott. UMBERTO GUIDUCCI - Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento, 80 - 42100 Reggio Emilia - tel. 0522/296111 - e-mail: [guiducci.umberto@asmn.re.it](mailto:guiducci.umberto@asmn.re.it)

### FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott. GIANFRANCO SINAGRA - Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111 - e-mail: [gianfranco.sinagra@uots.sanita.fvg.it](mailto:gianfranco.sinagra@uots.sanita.fvg.it)

### LAZIO

Prof. MASSIMO SANTINI - Ospedale S. Filippo Neri - Via G. Martinotti, 20 - 00135 ROMA - tel. 06/33062294 - e-mail: [m.santini@rmnet.it](mailto:m.santini@rmnet.it)

### LIGURIA

Dott. ROBERTO MUREDDU - Ospedale Civile - Via S. Agata, 57 - 18100 Imperia - tel. 0183/794352 - e-mail: [im.cardiologia@asl1.liguria.it](mailto:im.cardiologia@asl1.liguria.it)

### LOMBARDIA

Dott. ANTONIO VINCENTI - Ospedale San Gerardo - Via Donizzetti, 106 - 20052 MONZA - tel. 039/2333032 - e-mail: [monzarit@tin.it](mailto:monzarit@tin.it)

### MARCHE

Dott. NINO CIAMPANI - Ospedale Civile - Via Cellini, 1 - 60019 Senigallia (AN) - tel. 071/79091 - e-mail: [nino.ciampani@tin.it](mailto:nino.ciampani@tin.it)

### MOLISE

Dott.ssa VANDA MAZZA - Ospedale F. Veneziale - Via S. Ippolito - 86170 ISERNIA - tel. 0865/442285 - e-mail: [vandam@supereva.it](mailto:vandam@supereva.it)

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. GIULIANO BROCCHI - Ospedale Martini - Via Tofane, 71 - 10142 Torino - tel. 011/70951 - e-mail: [gbrocchi@libero.it](mailto:gbrocchi@libero.it)

### P.A. BOLZANO

Dott. WALTER PITSCHIEDER - Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO - tel. 0471/909950 - e-mail: [walter.pitschieder@asbz.it](mailto:walter.pitschieder@asbz.it)

### P.A. TRENTO

Dott. ROBERTO BETTINI - Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN) - tel. 0461/611111 - e-mail: [bettini@tn.apss.tn.it](mailto:bettini@tn.apss.tn.it)

### PUGLIA

Dott. GIANFRANCO IGNONE - Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi - tel. 0831/537466 - e-mail: [ignonegf@libero.it](mailto:ignonegf@libero.it)

### SARDEGNA

Dott. PAOLO BONOMO - Ospedale SS. Trinità - Via Is. Mirrionis, 92 - 09100 CAGLIARI - tel. 070/6091 - e-mail: [paobonomo@interfree.it](mailto:paobonomo@interfree.it)

### SICILIA

Dott. MICHELE GULIZIA - Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania - tel. 095/7591111 - e-mail: [michele.gulizia@tin.it](mailto:michele.gulizia@tin.it)

### TOSCANA

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI - Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 FIRENZE - tel. 055/4277285 - e-mail: [frmazzuo@tin.it](mailto:frmazzuo@tin.it)

### UMBRIA

Dott. GIORGIO MARAGONI - Ospedale S. Matteo degli Infermi - Via Loreto, 3 - 06049 SPOLETO - tel. 0743/210513 - e-mail: [g.maragoni@asl3.umbria.it](mailto:g.maragoni@asl3.umbria.it)

### VENETO

Dott. LOREDANO MILANI - Ospedale Civile - Via N. Sauro, 25 - 30027 San Donà di Piave (VE) - tel. 0421/227111 - e-mail: [cardiosd@dacos.it](mailto:cardiosd@dacos.it)



# Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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



HEART CARE  
FOUNDATION

**Non compilare**

Codice Unico \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Non compilare**

Codice ANMCO \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

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

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

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

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

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

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

### COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

**Ruolo:**  Cardiologo  Cardiochirurgo  Medico

**Struttura:**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  Privata

Altro \_\_\_\_\_

### Tipologia:

Divisione di Cardiologia \*

Divisione di Cardiochirurgia \*

Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto \*

Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto \*

Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto \*

Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto \*

Divisione Medicina \*

Altro \* \_\_\_\_\_

\* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**):

SI  NO

Nome del Primario o facente funzione \_\_\_\_\_

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

### Presidio:

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

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

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

### Qualifica:

Dirigente II livello

Dirigente I livello

Prof. Ordinario

Prof. Associato

Ricercatore - Borsista - Medico in formazione

Medico di base

Altro \_\_\_\_\_

**In quiescenza:**

**Non di ruolo:**

**Non compilare**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE 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:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <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 Malattie del Circolo Polmonare - AMCP |
| <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ | <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS     | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione - AP                      |
| <input type="checkbox"/> Area Scoppio - AS               |   |   |

- Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Heart Care Foundation - ONLUS

### 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 per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S.Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

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 ANMCO, ECO s.r.l., Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S.Matteo).

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 Presidente 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 \_\_\_\_\_



## BILANCIO E PROSPETTIVE DOPO UN BIENNIO DI LAVORO

### Area Emergenza-Urgenza

Chairman:  
Francesco Chiarella

Co-Chairman:  
Leonardo Bolognese

Comitato di Coordinamento:  
Stefano De Servi  
Antonio Di Chiara  
Cesare Greco  
Stefano Savonitto

**D**opo un biennio di appassionante lavoro, il Comitato di Coordinamento dell'Area è vicino alla conclusione del mandato e a fine anno passerà il testimone. Come vuole lo Statuto, ciò avverrà nel segno della continuità con la nomina a Chairman dell'attuale Co-Chairman, il Dott. Leonardo Bolognese, cui va l'augurio di tutti. Alla luce dell'esperienza di questi due anni possono essere opportune alcune riflessioni ed un breve consuntivo.

### AMICIZIA E PROFESSIONALITÀ

La prima riflessione è inerente la qualità di rapporto e l'intendimento che ha animato i componenti del Board dell'Area. L'amicizia e la professionalità sono stati gli elementi che hanno caratterizzato il lavoro fatto insieme. Senza un clima di amicizia e senza l'apporto di ciascun componente del Board, il programma individuato all'inizio del mandato non sarebbe stato svolto. Amicizia e professionalità hanno coeso i protagonisti della Cascata Formativa per la Rianimazione Cardiopolmonare al punto che, nei Corsi Istruttori, si è iniziato a parlare di "stile ANMCO" per descrivere questo binomio. In questo clima si è sviluppato il lavoro di

persone motivate, generose, consapevoli dell'utilità dei risultati che si sarebbero potuti conseguire, si sono superate fatica e difficoltà. L'impegno e la motivazione hanno favorito una adesione che sia per l'indagine Blitz che per la cascata formativa ha superato le aspettative.

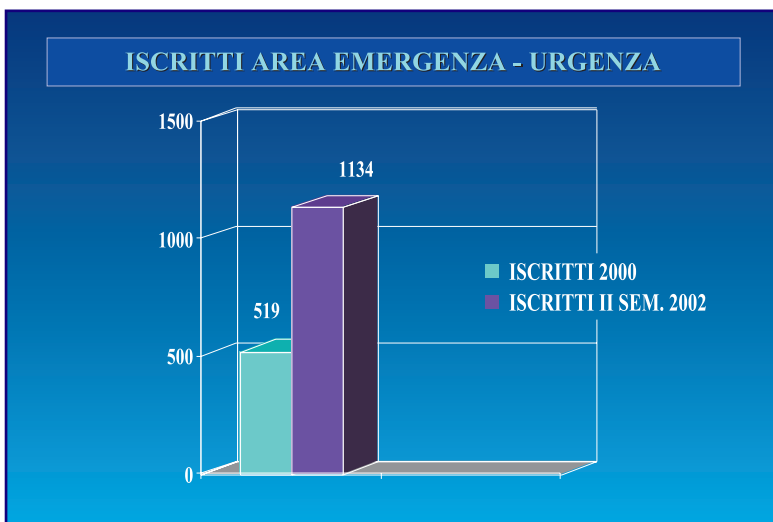
Le tematiche qualificanti individuate dal Board all'inizio del mandato riguardavano la **Cardiopatìa Ischemica Acuta** e l'**Arresto Cardiaco**. L'impegno dell'Area su questi punti ha suscitato forte interesse da parte di cardiologi, di medici ed infermieri dei Dipartimenti di Emergenza e del 118. Il numero di Iscritti all'Area è sensibilmente aumentato (Fig. 1), le iniziative proposte sono state seguite con interesse, le molte richieste di partecipazione ai Corsi al Learning Center ed alle iniziative educazionali hanno spesso ecceduto le disponibilità, generando liste d'attesa.

### LE ATTIVITÀ SVOLTE LEARNING CENTER ED AGGIORNAMENTO

Alla cardiopatìa ischemica acuta sono state dedicate quattro giornate di alto profilo al Learning Center: la prima, l'8 marzo 2001, in connessione "Streaming on Internet" con molte sedi periferiche, la seconda sull'IMA ridefinito, la terza su Chest Pain Unit e dolore toracico, l'ultima, il 30 settembre scorso, sugli orizzonti aperti per l'infarto dalle nuove terapie.

Alle giornate è stato accordato un elevato punteggio in crediti formativi, le diapositive di alcuni Corsi sono state messe a disposizione sulla pagina dell'Area del sito Web dell'ANMCO. La ridefinizione dell'Infarto Miocardio Acuto è stata oggetto di approfondita discussione che ha portato alla stesura di un **'position paper'** del **Board dell'Area**, pubblicato su Italian Heart Journal nel mese di febbraio 2002. Su

Figura 1



CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza)

COMITATO SCIENTIFICO CORSI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE ANMCO		
AZZOLINI	PAOLO	ROMA
BANDINI	FABRIZIO	FIRENZE
BARONI	RICCARDO	FIRENZE
BONOMO	PAOLO	CAGLIARI
BURATTINI	MAURIZIO	ROMA
CAMPIONE	SALVATORE	CATANIA
CICCONI	ELISEO	CATANZARO
COGLIANDRO	TIZIANA	ROMA
D'ONGHIA	GIOVANNI	TRENTO
DANESI	ALESSANDRO	ROMA
DE MICHELIS	BRUNELLA	TORINO
FALCIDIENO	MARCO	GENOVA
FRADELLA	GIUSEPPE	FIRENZE
LEO	ENRICO	ROMA
LIPPOLIS	PIERO	PISA
MENUNNI	MAURO	ROMA
NEGLIA	DANILO	PISA
PAGLIAI	SUSANNA	FIRENZE
PALAZZO	GIUSEPPE	CATANIA
PIACENTI	MARCELLO	PISA
PRATESI	MAURO	FIRENZE
SCHIRIPA	DOMENICO	CATANZARO
TARAS	MARGHERITA	FIRENZE
VERGASSOLA	ROSSANO	FIRENZE
VIRGILLO	FRANCESCO	CATANZARO

Figura 2

tale tematica vi è stata anche l'iniziativa del **Gruppo di Studio Intersocietario ANMCO, SIBIOC, SIMEL, SIMEU**, che ha promosso un incontro nell'ottobre 2001 a Villa Demidoff, Firenze, e prodotto dati sull'impiego dei marcatori di necrosi nelle UTIC e curato un documento sulla ridefinizione di infarto, pubblicato sull'Italian Heart Journal di settembre.

### STUDIO BLITZ

I dati italiani sull'epidemiologia dell'infarto risalivano a GISSI-Ritardo Evitabile (1991) e

ad EARISA (1996). Occorreva una survey per fare il punto sullo stato attuale. In tempi record (meno di un anno) è stata concepita, avviata e portata a termine l'indagine prospettica BLITZ sui percorsi pre ed intra-ospedalieri e sulla gestione del paziente con infarto miocardico acuto. I primi risultati sono stati presentati al Congresso Nazionale 2002.

Ha suscitato impressione la **elevatissima adesione delle UTIC** (il 90% ha fornito dati). Lo studio BLITZ, voluto dal Consiglio Direttivo, supportato da Boehringer Ingelheim Italia, e reso possibile dalla alta professionalità del Centro Studi, è stato un successo prima per tutti i Ricercatori e poi per l'Area Emergenza che lo ha proposto e realizzato.

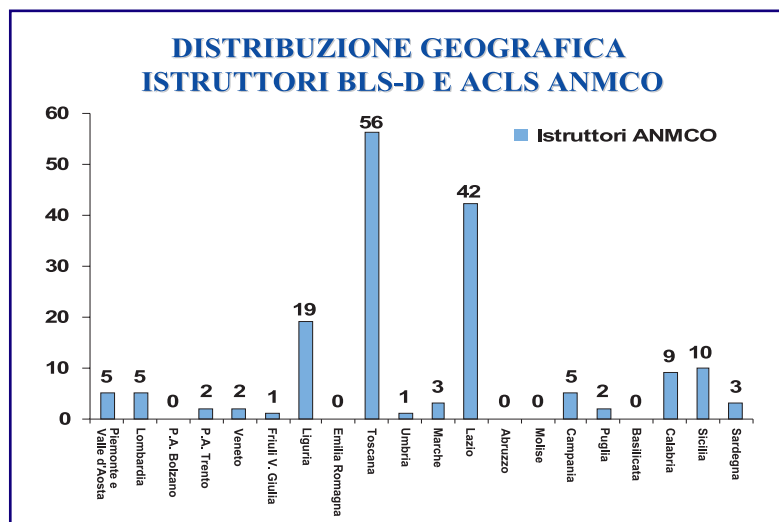
I risultati definitivi verranno presentati in occasione del Final Investigator's Meeting, previsto all'inizio del prossimo anno, cui tutti i Ricercatori saranno invitati a partecipare.

### Corsi BLS-D / ACLS: la cascata formativa ANMCO

I Cardiologi dell'ANMCO, a lungo assenti o quasi nel settore della Rianimazione Cardiopolmonare, avvertivano questa lacuna culturale ed organizzativa come non più sopportabile. L'Area Emergenza ha colto questo disagio, ha riflettuto sulle disposizioni ministeriali che inseriscono le certificazioni BLS-D ed ACLS tra i requisiti professionali di accreditamento, sull'obbligo di Crediti Formativi per tutto il personale sanitario, sulla nuova Legge 7684 sull'impiego dei defibrillatori e si è proposta di avviare la Cascata Formativa ANMCO.

In due anni di serrato lavoro l'impegno profuso ha portato a risultati che sono sotto gli occhi di tutti. È stato individuato un apposito **Comitato Scientifico composto dai Direttori di Corso**, garante del controllo di qualità e della omogeneità del processo formativo (Fig. 2) ed è stato costituito il corpo docente della cascata formativa. Gli Istruttori BLS-D e ACLS ANMCO sono presenti in quasi tutte le regioni, anche se la loro distribuzione non è omogenea (fig. 3)

Figura 3



e dovrà svilupparsi nei prossimi anni. Gli Istruttori sono stati riuniti due volte in Convention, in cui sono stati messi a fuoco i percorsi di formazione, le nuove strategie e tecniche didattiche (*Learning systems, Active-Learning, Feeling-based approach*), il ruolo del formatore, il concetto di mediatore didattico, la drammaturgia dell'ambiente di apprendimento, elementi di fondamentale importanza per chi abbia un ruolo di docente ed in particolare per chi opera in tema di Arresto Cardiaco.

Parole chiave del processo: **professionalità** (conoscenze approfondite, sensibilizzazione tecnica, capacità organizzativa, di studio, di addestramento, di lavoro di gruppo), **continuità** (formazione continua ed in itinere, affiancamenti, co-docenza, aggiornamento, re-training) e **specificità** (Didattica differenziata secondo i destinatari: provider, istruttori, operatori sanitari e laici).

Si è messo a punto **materiale didattico originale** conforme alle Linee Guida ILCOR, sono state preparate ed effettuate 113 Giornate di Corsi ANMCO che hanno abilitato 1399 Providers e 40 Istruttori (Fig. 4).

CORSI ANMCO EFFETTUATI NEL BIENNIO 2001-2002					
	2001		2002		TOTALE
	BLS-D	ACLS	BLS-D	ACLS	
Giornate di Corsi	19	12	54	28	113
Numero partecipanti	333	56	759	251	1399

Figura 4

Sono in preparazione i Corsi Pediatric Advanced Life Support (PALS) ed ACLS avanzato. È stato allestito il **“Registro Nazionale” dei Providers e degli Istruttori** e l'Archivio dei verbali dei Corsi.

Il documento programmatico ed organizzativo relativo ai Corsi ANMCO e l'annuario degli Istruttori ANMCO sono stati raccolti in un volumetto distribuito in 5000 copie al Congresso Nazionale (Fig. 5).

In questo contesto ha visto la luce l'iniziativa **“Un Corso ACLS per Regione”**, sostenuta da Boehringer Ingelheim Italia, che l'Area Emergenza ha offerto a tutte le Delegazioni Regionali e che verrà completata con lo

svolgimento di 15 Corsi nel 2003.

Il processo attivato prevede un ulteriore sviluppo e l'operatività di Direttori di Corso e di Istruttori ANMCO in ciascuna Regione.

Per i prossimi mesi il programma è intenso ed articolato (Fig. 6) e comprenderà un **Corso Istruttori** ed un **Master per Formatori**.



Figura 5

### PROSSIMI STUDI

#### BLITZ-2: Epidemiologia clinica del Paziente con sindrome Coronarica acuta “Non ST-Elevation”

Nella realtà italiana mancano informazioni sulla epidemiologia e sulla gestione dei pazienti con angina instabile ed IMA non-Q. In particolare non è noto se prevale l'atteggiamento aggressivo rispetto al conservativo, quale posto occupi la stratificazione del rischio, se la possibilità di accertamento coronarografico immediato modifichi la terapia.

Al fine di raccogliere dati su percorso ospedaliero, trasferimenti e procedure diagnostico-terapeutiche l'Area Emergenza ha presentato un protocollo corredato di scheda raccolta dati per una indagine osservazionale, prospettica sulle sindromi coronariche acute “non ST-elevation” afferenti alle strutture cardiologiche italiane.

Il protocollo è attualmente all'esame del Comitato Scientifico: se approvato si passerà immediatamente alla fase operativa.

#### Infarto Miocardico nell'anziano

Nonostante il continuo aumento della popolazione anziana infartuata e la severa prognosi dell'IMA ST-elevation in questa fascia di età, il problema terapeutico viene spesso sottovalutato e molti anziani (oltre il 50%



CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza)

## CALENDARIO CORSI BLS-D/ACLS PRIMI MESI 2003 (dati aggiornati al 23 ottobre 2002)

### GENNAIO

- 13 Corso BLS-D - Sede: CNR - Pisa
- 22 Corso BLS-D - Roma

### FEBBRAIO

- 1 Corso BLS-D - Foggia
- 6 Corso ACLS - Sede: Maria Vittoria - Torino
- 7 Corso ACLS - Sede: Maria Vittoria - Torino
- 12 Corso BLS-D - Roma
- 17 Corso BLS-D - Sede: CNR - Pisa
- 18 Corso ACLS - Sede: CNR - Pisa
- 19 Corso ACLS - Sede: CNR - Pisa
- 27 Corso ACLS - Pescara
- 28 Corso ACLS - Pescara

### MARZO

- 11 Corso BLS-D Istruttori - Sede: ANMCO - Firenze
- 12 Corso BLS-D Istruttori - Sede: ANMCO - Firenze
- 12 Corso BLS-D - Roma
- 17 Corso BLS-D - Sede: CNR - Pisa
- 20 Corso BLS-D - Roma
- 29 Corso BLS-D - Sappi

### APRILE

- 2 Corso ACLS Istruttori - Sede: ANMCO - Firenze
- 3 Corso ACLS Istruttori - Sede: ANMCO - Firenze
- 10 Corso BLS-D - Sede: Hotel Diador - Taormina
- 11 Corso BLS-D - Sede: Hotel Diador - Taormina
- 14 Corso BLS-D - Sede: CNR - Pisa
- 15 Corso BLS-D - Sede: CNR - Pisa
- 16 Corso ACLS - Sede: CNR - Pisa
- 16 Corso BLS-D - Roma

### MAGGIO

- 8 Corso BLS-D - Trieste
- 9 Corso ACLS - Trieste
- 10 Corso ACLS - Trieste
- 12 Corso BLS-D - Sede: CNR - Pisa
- 14 Corso BLS-D - Roma
- 22 Corso ACLS - Sede: Maria Vittoria - Torino
- 23 Corso ACLS - Sede: Maria Vittoria - Torino

Figura 6

nello Studio BLITZ) non vengono sottoposti a terapia ripercusiva. Ciò è in parte dovuto all'elevato rischio emorragico connesso alla terapia fibrinolitica ed alla mancanza di studi controllati (adeguata potenza e follow-up) relativi alle strategie di ripercusione meccanica. È in via di definizione uno studio randomizzato sulla strategia terapeutica ottimale nei pazienti "thrombolytic eligible" di età >75 anni: l'Area Emergenza presenterà entro novembre il Protocollo di Studio al Comitato Scientifico ANMCO.

### Studi EARLY e PREMIER

Uno dei dati sorprendenti forniti dall'indagine BLITZ riguarda la durata media della degenza nei pazienti ricoverati per infarto miocardico acuto, che si protrae mediamente per 10 giorni, di cui 5 in UTIC.

Alla luce di tale dato e delle recenti indicazioni nazionali sulla riduzione dei tempi di ricovero verrà riconsiderato

lo studio sulla dimissione precoce (o anticipata) già preparato nel precedente biennio dall'Area Emergenza. Verrà riproposto inoltre lo Studio PREMIER, sulla gestione del dolore toracico in Pronto Soccorso e sull'impiego dei marcatori di necrosi già messo a punto da Marcello Galvani.

### Trials Internazionali (vedi riquadro)

Due importanti studi internazionali, guidati

#### CARESS-IN-AMI

Studio randomizzato multicentrico internazionale sul trattamento dell'infarto miocardico acuto, cui parteciperanno 120 Centri europei (Italia, Francia e Germania) non dotati di Laboratori di Emodinamica.

Lo studio confronterà, nei pazienti con infarto miocardico ad alto rischio, gli effetti di due diverse strategie di ripercusione, la terapia combinata (basse dosi di fibrinolitico ed inibitori glicoproteici) associata ad angioplastica in caso di mancata ripercusione versus terapia combinata sistematicamente seguita da angioplastica.

#### FINESSE

Studio randomizzato in doppio cieco su 3000 pazienti con IMA entro sei ore da inizio sintomi. Tre bracci: PTCA primaria standard con abciximab dopo l'angiografia; PTCA primaria facilitata con solo abciximab somministrato al momento della prima diagnosi; PTCA primaria facilitata con abciximab e dose dimezzata di reteplase in Pronto Soccorso, seguita da coronarografia ed eventuale PTCA. Endpoint primario: eventi a 90 giorni (morte, reinfarto, FV, shock cardiogeno e nuovo ricovero per scompenso cardiaco). Parteciperanno per l'Italia 20 Centri con Interventistica Coronarica, ciascuno con uno-due Centri satellite.

da componenti il Board dell'Area, sono ritenuti di grande interesse.

Nel primo, **CARESS-IN-AMI**, che ha ricevuto l'endorsement di ANMCO e GISE, avranno un ruolo guida Leonardo Bolognese, Principal Investigator insieme a Carlo Di Mario, Giuseppe Steffenino, Zoran Olivari e Ciro Indolfi membri dello Steering Committee.

Del secondo, **FINESSE**, studio della Cleveland Clinic Foundation, Stefano Savonitto è Coordinatore per l'Italia.

### L'IMPEGNO PER IL PROSSIMO CONGRESSO NAZIONALE

L'Area Emergenza è coinvolta a vario titolo nella preparazione del prossimo Congresso Nazionale.

Tra i campi di interesse e di intervento:

- il resoconto di **indagini epidemiologiche e di studi randomizzati** che si

svilupperanno nei prossimi mesi

- la **Convention delle UTIC**, importante momento di incontro delle 380 Unità di Terapia Intensiva Cardiologica del nostro Paese;
- la proposta di numerosi **Simposi e Minimaster**
- il contributo alla messa a punto di un **"Minimal Data Set"**, strumento informatico di raccolta, gestione e monitoraggio di dati relativi ai Pazienti con cardiopatia ischemica acuta ammessi alle UTIC. A tal fine è operativo un Gruppo di Lavoro in cui confluiscono le esperienze maturate dall'Area Emergenza, dall'Area Informatica, dal Registro Triveneto RUTA e dalla Regione Emilia Romagna.
- la presentazione dei **nuovi Corsi ANMCO PALS** (Pediatric Advanced Life Support), BLS-D per laici, ACLS per esperti.

## Area MANAGEMENT & QUALITÀ

di Evasio Pasini

## L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA ECM: LA REGIONALIZZAZIONE

Il programma nazionale per educazione continua in medicina (ECM) è sicuramente una delle novità più importanti che hanno coinvolto negli ultimi anni professionisti che in esso operano nel mondo sanitario. Tuttavia il progetto ECM è in continua evoluzione. Una importante novità degli ultimi mesi è la regionalizzazione del programma ECM.

### Che cosa si intende per regionalizzazione del programma ECM?

Il documento di riferimento che spiega che

cosa è la regionalizzazione dell'ECM è l'accordo Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001.

Tale documento ha come obiettivo *"l'accordo sugli obiettivi della formazione continua di interesse nazionale di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 16/ter del D.L. 502/92 proposti dalla Commissione Nazionale ECM"*.

Il punto 6 dell'accordo è il punto di maggior interesse. Esso definisce il ruolo delle Regioni nel processo ECM che viene così definito: **"Alle Regioni, per quanto di**

**propria competenza ed in coerenza con gli indirizzi nazionali, è affidato il compito di promuovere sul loro territorio il sistema ECM e sono, pertanto, chiamate ad essere garanti della qualità e trasparenza del sistema stesso. Detto ruolo di promozione e garanzia del sistema è incompatibile con quello di provider”.**

L'accordo Stato-Regioni prevede inoltre una proposta operativa che affida alle Regioni, “*garantendo adeguate forme di partecipazione degli Ordini Professionali e Società Scientifiche*” specifici compiti. Tali compiti sono:

- 1) l'analisi dei bisogni formativi;
- 2) l'individuazione degli obiettivi formativi;
- 3) l'accreditamento dei progetti formativi;
- 4) l'individuazione dei requisiti ulteriori e le procedure per accreditare i provider;
- 5) la verifica e le valutazioni finali su: provider, evento formativo, ricadute professionali dell'evento formativo;
- 6) la promozione e realizzazione di un'anagrafe, accurata e trasparente, dei crediti accumulati dai singoli professionisti.

### **A che punto siamo?**

Sino ad ora solo la Regione Emilia Romagna ha recepito tale accordo deliberando in merito.

La Delibera Regionale del 17 giugno scorso ha stabilito alcuni punti salienti che sono:

- 1) riconoscimento provvisorio dei provider ovvero:
  - Università
  - Aziende sanitarie
  - IRCCS
  - Altre strutture tecnico-scientifiche del Sistema Sanitario Nazionale;
- 2) costituzione di due organi operativi quali: la Consulta Regionale per la Formazione in Sanità (CRFS) e la Commissione Regionale per l'ECM.

La CRFS è presieduta dall'Assessore alla Sanità della Regione ed è costituita da rappresentanti degli Ordini Professionali e da altre Associazioni Professionali interessate. La Commissione Regionale ECM sarà costituita da esperti designati dall'Assessorato Regionale, dalle Università, dal mondo del lavoro, dalle pari opportunità. I componenti della Commissione saranno individuati in base alle competenze nelle scienze della formazione e nei campi di interesse scientifico dell'assistenza sanitaria. Tale Commissione potrà al caso organizzarsi in sotto-Commissioni.

Da un punto di vista operativo la Regione Emilia Romagna identificherà i propri bisogni formativi nell'ambito dei propri poteri di programmazione. Saranno di fatto le Aziende Sanitarie, in coerenza con il Piano Sanitario Regionale, a formulare piani formativi annuali che si articolano in una serie di eventi formativi. Il Piano dovrà fornire per ciascun evento:

- gli obiettivi formativi;
- il numero e le caratteristiche dei partecipanti;
- la durata dell'evento;
- i criteri di valutazione dell'apprendimento.

Sarà l'Azienda Sanitaria proponente che, in base ai criteri stabiliti dalla Regione, indicherà i crediti formativi per ogni evento formativo. Sarà la Regione a valutare gli eventi e ad assegnare i crediti formativi.

### **Riflessioni conclusive**

Altre Regioni stanno per deliberare in merito all'Accordo Stato-Regioni qui presentato.

**DA QUANTO ESPOSTO ORIGINA UNA DOMANDA: QUALE SARÀ IL RUOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE IN QUESTA EVOLUZIONE?... LA DISCUSSIONE È APERTA.**

*L'articolo che segue è un prezioso contributo della Prof.ssa Paola Di Giulio, Docente di Scienze Infermieristiche all'Università di Torino e membro del Comitato di Coordinamento dell'Area, sulle cure palliative in Cardiologia, specificamente per i pazienti con scompenso cardiaco in fase avanzata, che, per molti versi, pongono problematiche assistenziali e terapeutiche analoghe a quelle dei pazienti oncologici, mentre non sembra essere ancora maturata, per i pazienti cardiaci, la consapevolezza di trovarsi di fronte a pazienti "terminali", sia dal punto di vista assistenziale che da quello organizzativo. L'articolo in particolare evidenzia anche*

*la necessità di una formazione "ad hoc" di tutto il personale addetto all'assistenza di questa tipologia di pazienti.*

*In questo modo la pagina dell'Area Nursing del nostro Notiziario intende inaugurare una nuova forma di collaborazione con tutti coloro i quali vorranno inviare contributi in tema di problematiche infermieristiche in Cardiologia: il Notiziario raggiunge infatti tutti gli iscritti all'Area e può costituire un ottimo veicolo per l'arricchimento culturale degli Infermieri delle Cardiologie ospedaliere italiane.*

**Domenico Miceli**

## CURE PALLIATIVE PER I PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO

di Paola Di Giulio

Queste riflessioni prendono spunto da un recente articolo pubblicato sul British Medical Journal (Hanratty B, Hibbert D, Mair F, May C, Ward C, Capewell S, Litva A, Corcoran G. Doctor's perception of palliative care for heart failure patients: focus group study. BMJ 2002; 325: 581-5) che non riguarda direttamente gli infermieri, ma affronta un problema molto presente nei pazienti con scompenso cardiaco e con importanti implicazioni assistenziali.

Lo studio esplora le percezioni dei medici sul bisogno di cure palliative per il paziente con scompenso cardiaco e le possibili barriere al cambiamento. Si intende per cure palliative un approccio finalizzato ad un controllo ottimale dei sintomi ed al miglioramento della qualità di vita.

Il bisogno di cure palliative per pazienti diversi dai pazienti oncologici viene ormai ampiamente riconosciuto: sono molte le categorie di pazienti (con Alzheimer, malattie respiratorie croniche, malattie neurologiche ed anche cardiovascolari, quali lo scompenso cardiaco) che hanno un decorso lungo,

con momenti di acuzie, e potrebbero trarre notevoli benefici da una presa in carico nelle cure palliative. I pazienti che muoiono con scompenso cardiaco hanno un decorso imprevedibile e problemi ed aspettative diverse dai pazienti oncologici.

Nello studio citato sono stati organizzati dei focus group tra medici di diverse Aree (medici di medicina generale, cardiologi, geriatri e palliativisti) per valutare la loro percezione del bisogno di cure palliative nei pazienti con scompenso cardiaco.

Dall'analisi delle discussioni è emerso che i pazienti con scompenso cardiaco hanno una serie di bisogni di assistenza durante la fase terminale che non trovano risposta: infatti i servizi specializzati in cure palliative vedono pochi pazienti con scompenso né esistono modelli di assistenza per questi pazienti, ad esempio per la gestione dei sintomi, perché la maggioranza delle conoscenze si basa su studi fatti sui pazienti oncologici. I medici identificano alcune barriere allo sviluppo di servizi di cure palliative (comuni peraltro al funzionamento delle cure pallia-

tive anche per altri tipi di pazienti): la mancanza di comunicazione tra i servizi, la difficoltà ad esprimere una prognosi e la definizione del ruolo e delle responsabilità dei medici che ruotano attorno al paziente (specialista, medico di medicina generale). Ritengono che la responsabilità del paziente dovrebbe essere dei medici di medicina generale e considerano una priorità avere nei servizi domiciliari "infermiere specializzate che abbiano un quadro di tutta la situazione, che riescano a coordinare i servizi in modo da tenere sotto controllo la situazione del paziente. In questo caso dovrebbe esser relativamente facile osservare un trend e intervenire quindi con un approccio palliativo nel momento opportuno".

### **Le implicazioni per l'assistenza e la formazione**

Le patologie croniche pongono sempre più in rilievo la responsabilità dell'accompagnamento del paziente, in tutte le sue fasi della vita, e la necessità di sviluppare un approccio di trattamento-assistenza per le situazioni nelle quali non è più possibile curare la malattia, ma si devono concentrare gli sforzi per migliorare la qualità di vita.

Le domande con cui confrontarsi sono numerose: quando passare da trattamenti invasivi a un'assistenza di sostegno; come migliorare il controllo dei sintomi ed il trattamento delle comorbidità; quando e come discutere la prognosi, cercare di capire quello che il paziente preferisce; come e quando informare, come educare i familiari.

Il settore delle cure palliative ha sviluppato un'esperienza basata soprattutto sui pazienti oncologici, ed esistono poche comunicazioni tra chi si occupa di cure palliative e chi lavora in aree intensive; come anche tra chi lavora in geriatria e chi in cure palliative. Gli studi che cominciano ad essere pubblicati sollevano più il problema dal

punto di vista individuale del paziente che dal punto di vista dell'organizzazione dell'assistenza<sup>1-2</sup>.

È stato dimostrato che i pazienti con scompenso cardiaco hanno un accesso peggiore rispetto ai pazienti oncologici ad una serie di servizi territoriali.

Prendere in carico globalmente il paziente non significa affidare ad una sola persona o ad un solo servizio tutte le risposte ai problemi assistenziali, ma cominciare a pensare ad un'organizzazione che non si occupi solo della fase acuta ma anche della fase cronica e terminale. Gli ambulatori per lo scompenso sono una risposta alla cronicità ma rimane scoperta l'area della gestione della terminalità.

La cultura e l'esperienza sviluppate nel campo dell'oncologia sono un punto di partenza fondamentale, ma la prevalenza di sintomi e problemi è diversa tra chi è in fase terminale per cancro e chi per scompenso cardiaco. Ad esempio se il dolore è prevalente nei pazienti oncologici, nei pazienti con scompenso prevarrà la dispnea di origine cardiaca, gli edemi.

Descrivere i problemi dei pazienti terminali è la base per conoscere la prevalenza dei problemi, il vissuto dei pazienti e dei familiari ed articolare piani di intervento.

Nei programmi di master e corsi di perfezionamento in area critica per infermieri si dovrebbe tenere conto di questi aspetti e introdurre contenuti che diano spazi non solo all'area dell'intervento ma anche a quella dell'accompagnamento.

1. McCarthy M, Lay M, Addington-Hall JM. Dying from heart disease: symptoms and hospital care in the last year of life reported by informal carers. *J R Coll Physicians* 1996; 30: 325-8.

2. Rogers AE, Addington-Hall JM, Aberly AJ, McCoy ASM, Bulpitt C, Coats AJS et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ* 2000; 321:605-7.

## AGGIORNAMENTI E NUOVE INIZIATIVE

*L'Area Scompensato è intensamente impegnata in progetti già avviati ed in nuove iniziative*

**N**el gennaio 2002 si è conclusa la fase di arruolamento del **BRING UP 2** con 94 centri che hanno reclutato 2018 pazienti per i quali è in corso il follow-up. Per quanto riguarda lo studio **OHM-CHF** sono stati valutati 492 pazienti e sono state inviate 131 schede basali e 104 schede di arruolamento.

Nel luglio 2002 ha avuto inizio lo studio **GISSI-HF**, il cui obiettivo è dimostrare che in pazienti con scompenso cardiaco trattati al meglio delle terapie raccomandate, una somministrazione a lungo termine di (a) n-3 PUFA, (b) rosuvastatina è più efficace che il corrispondente placebo nella riduzione di: mortalità per tutte le cause; mortalità per

tutte le cause o ospedalizzazione. Contemporaneamente è cominciato lo studio AREA IN-CHF che si propone di studiare con eco-Doppler le variazioni del volume telediastolico sinistro e della funzione diastolica indotte dal trattamento con canrenone per 12 mesi in una popolazione di 800 pazienti con scompenso cardiaco in classe NYHA II.

Per entrambi gli studi è in corso un veloce processo di attivazione dei Centri che hanno aderito e i primi pazienti sono già stati arruolati.

Prossime iniziative che sono state messe in cantiere e che necessitano una prossima elaborazione sono:

1) **Registro delle cardiomiopatie dilatative familiari**, in collaborazione con l'Area Genetica. Sulla base delle at-

tuali conoscenze una causa genetica è identificabile nel 25-50% dei casi di cardiomiopatia dilatativa, con interessamento muscolare nel 20% delle forme ereditarie. L'identificazione di una trasmissione ereditaria nella cardiomiopatia dilatativa indica che in un sottogruppo di casi la causa della malattia è una mutazione in un gene che ha una funzione critica per il muscolo cardiaco. Gran parte della ricerca di base è rivolta alla identificazione dei geni che causano la malattia. Le possibili ricadute sul piano clinico sono il counseling genetico, la diagnosi pre-clinica, l'instaurazione di terapie profilattiche per lo scompenso e la morte improvvisa. Il Comitato di coordinamento dell'Area Scompensato propone la creazione di un Registro con l'obiettivo di studiare la frequenza, le caratteristiche cliniche e genetiche ed il significato prognostico della forma familiare in pazienti con cardiomiopatia dilatativa idiopatica accertata. Oltre ai dati clinici e strumentali già utilizzati nel Registro IN-CHF sarà necessaria un'accurata ricostruzione della storia familiare di almeno tre generazioni, con ricostruzione del pedigree, un esame fisico con particolare attenzione alle caratteristiche muscolari, la programmazione di uno screening non invasivo per i parenti di primo grado. Per i casi accertati verrà eseguita un'analisi molecolare.

2) **Registro Nazionale dei pazienti con scompenso acuto**. Sulla base del grande successo del registro dei pazienti con scompenso cardiaco cronico ottenuto dal IN-CHF, il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato sta

*Lo studio BRING UP 2 è nella fase di follow-up dei pazienti. Lo studio OHM-CHF è in attiva fase di svolgimento*

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso)

**Lo studio GISSI-HF ed AREA IN-CHF sono entrambi al loro esordio con l'arruolamento dei primi pazienti**

progettando un registro per i pazienti con scompenso acuto, che a nostro avviso dovrebbe includere i pazienti che entrano nelle strutture cardiologiche per edema polmonare acuto o shock di qualunque natura. Per motivi scientifici, organizzativi ed economici non sembra al momento utile estendere tale registro a tutti i casi di instabilizzazione dello scompenso. Le finalità di tale registro sono molteplici: valutazione delle dimensioni del problema, identificazione dei differenti meccanismi fisiopatologici che sottendono tale condizione, prognosi, definizione di percorsi diagnostici e terapeutici. Si valuterà con il Centro

Studi la possibilità di utilizzare, almeno in parte e con opportune modifiche, il software già in uso per lo scompenso cronico affinché i dati del paziente ricoverato per scompenso acuto possano facilmente confluire in quest'ultimo. In tal modo sarà possibile avere la storia e l'evoluzione clinica completa dello scompenso nei singoli pazienti.

Tutti i progetti, che richiederanno un'approfondita valutazione ed elaborazione da parte dei Comitati di Coordinamento delle Aree interessate, saranno possibili grazie all'impegno ed alla collaborazione dei Centri che aderiscono al Network, che hanno consentito la realizzazione di numerosi studi ed il raggiungimento di significativi risultati scientifici.

## **DAL GRUPPO ITALIANO DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA**

*Nei giorni 3, 4 e 5 ottobre 2002 si è tenuto a Cosenza il Congresso Nazionale del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, con oltre mille partecipanti tra cardiologi, infermieri, fisioterapisti e psicologi.*

*Durante il Congresso l'Assemblea del GICR ha eletto il nuovo Consiglio Direttivo per il biennio 2002-2004 che risulta così composto:*

*FRANCESCO FATTIROLLI - Coordinatore*

*SALVATORE PIRELLI - Vice-Coordinatore*

*CARMINE CHIEFFO - Past-Coordinatore*

*ROBERTO TRAMARIN - Consigliere*

*ROMUALDO BELARDINELLI - Consigliere*

*CARLO VIGORITO - Consigliere*

*MARGHERITA VONA - Consigliere*

*PIER LUIGI TEMPORELLI - Tesoriere*

## RINNOVATO IL DIRETTIVO ANMCO ABRUZZO

*Impegni ed obiettivi per il prossimo biennio 2002-2004*

di Angelo Vacri

Il nuovo Consiglio Direttivo dell'ANMCO Abruzzo è composto da A. Vacri, A. Mobilij, L. Fagagnini, G. Levatesi, A. Mariani, M. Pasquale, A. Valerio. Nella prima Riunione il Consiglio ha indicato all'unanimità come Presidente il Dott. Angelo Vacri.

*L'impegno del Direttivo per ottenere un più forte coinvolgimento dell'ANMCO Abruzzo nei rapporti con le Istituzioni Regionali*

L'attività per il prossimo biennio si realizzerà in continuità con quanto già realizzato dal precedente Direttivo, completando alcune iniziative già avviate, elaborando nuove proposte, in linea con le nuove tendenze che stanno emergendo nel SSN, e rafforzando, infine, l'immagine dell'ANMCO come Associazione sensibile ai problemi di politica sanitaria e propositiva nella ricerca di soluzioni appropriate e compatibili con le attuali risorse del sistema.

Sinteticamente sono di seguito riportati i punti qualificanti del nuovo programma.

### COLLABORAZIONE CON ISTITUZIONI REGIONALI

Finora, nonostante l'azione dei precedenti Delegati ANMCO e SIC, ben scarso è stato il coinvolgimento delle due Società in Commissioni tecniche dell'Assessorato alla Sanità (unica eccezione quella sull'appropriatezza delle richieste di prestazioni specialistiche).

Pertanto obiettivo prioritario è ottenere un maggior coinvolgimento nelle scelte tecniche, in particolare nell'Area, estesa e multidisciplinare, dell'**Emergenza-Urgenza**, nell'ambito della **Prevenzione Cardiovascolare**, e nel settore dello **Scompenso Cardiaco**, dove forte è l'esigenza di forme diversificate di assistenza ed è, altresì, ancora carente l'auspicata integrazione ospedale-territorio.

*Riaffermare la specificità della Cardiologia contrastando la dispersione delle competenze*

L'azione dovrà essere, quindi, "a tutto campo" e portare possibilmente all'elaborazione di un "**Piano Cardiologico Regionale**", che ribadisca l'unicità e specificità della Cardiologia, contro il rischio, più volte sottolineato, in vari ambiti, di una dispersione delle competenze.

### ATTIVITÀ CULTURALI

Oltre al tradizionale Convegno annuale (**il prossimo si terrà a Sulmona il 31 gennaio e 1 febbraio 2003** anziché, come precedentemente comunicato, il 6 e 7 dicembre 2002) verranno organizzati, nel corso dell'anno, eventi formativi su argomenti di largo interesse (Linee Guida, diagnostica, terapia, ecc.), ed almeno un Corso BLS-D e/o ACLS ANMCO.

### Rapporti con altre Società Scientifiche

Ottimale ed improntato alla massima collaborazione, in particolare nell'ambito della realizzazione dei rispettivi Convegni annuali, è quello con la SIC.



Insieme, in un'ottica di Federazione (come recentemente sottolineato dal Prof. L. Tavazzi in una lettera indirizzata a tutti gli Assessori alla Sanità), si dovrà interagire con le Istituzioni Regionali.

È auspicabile, peraltro, in ambito culturale, così come da tempo avviene a livello nazionale, la collaborazione con altre Società con Aree di interesse comuni.

*Essenziale per la crescita dell'ANMCO Abruzzo incrementare la partecipazione attiva degli Associati*

#### **MAGGIOR IMPEGNO DEI SOCI**

È sempre difficile, per vari motivi, coinvolgere in attività dell'ANMCO, un numero ampio di Associati: saranno pertanto valutate ed attuate iniziative atte ad incrementare la partecipazione attiva (Gruppi di Lavoro, Referenti, ecc.).

Si cercherà inoltre di accrescere il "peso" dell'ANMCO Abruzzo incrementando il numero degli Associati attraverso una capillare informazione sull'Associazione.

## *Piemonte-Valle d'Aosta*

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

### **DIRETTIVO RINNOVATO – PROGRAMMA 2002-2004**

*Nuovo Direttivo-nuovo programma nella continuità con le iniziative del Direttivo precedente*

*di Giuliano Brocchi*



#### **Il nuovo Direttivo Regionale e la nuova strutturazione organizzativa.**

La numerosità dei Soci (400) e la loro dispersione in un'ampia area ed in numerose strutture ha consigliato la suddivisione della Regione in **quadranti**, che rispettano quelli identificati dalla Regione, con **referenti** di quadrante **membri del Direttivo Regionale**, al fine di mantenere i contatti con i referenti delle strutture, promuovendo la trasmissione di informazioni e facendosi portavoce dei problemi locali.

#### **IL NUOVO DIRETTIVO:**

<b>Giuliano Brocchi</b>	Presidente – Referente Quadrante Torino – Rapporti con Istituzioni ed altre Società Scientifiche
<b>Alessandra Chinaglia</b>	Segretario – Quadrante Torino
<b>Emanuele Antonielli</b>	Referente Quadrante sud ovest (Cuneo)
<b>Angelo Sante Bongo</b>	Referente Quadrante Nord Est (Novara, Vercelli, Verbania Cusio Ossola, Biella)
<b>Marco De Marchi</b>	Referente Regione Autonoma Valle d'Aosta
<b>Vincenzo Martinelli</b>	Referente Quadrante Sud Est (Alessandria, Asti)
<b>Alfredo Pizzuti</b>	Referente Quadrante Torino – ECM – Sito internet

Sono state definite le **LINEE GENERALI DEL PROGRAMMA 2002-2004** con l'obiettivo di salvaguardare il ruolo della Cardiologia piemontese in ambito regionale e nazionale.

### **RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI**

In un momento particolare in cui l'obiettivo principale è la riduzione del deficit del bilancio, con la ridefinizione delle Aziende Sanitarie e la riorganizzazione degli ospedali, con l'istituzione dei quadranti e la razionalizzazione ed integrazione delle strutture, è particolarmente importante che le Associazioni Scientifiche siano coinvolte dai decisori.

L'obiettivo è di **essere istituzionalmente i referenti per i problemi della Cardiologia**, proponendo modelli organizzativi in reti funzionali per bacino d'utenza a tutela della continuità assistenziale. Il tutto presentandosi alle istituzioni regionali come interlocutori con una sola voce: quella dei Cardiologi della Regione come Federazione Italiana di Cardiologia, dando la disponibilità a partecipare a Commissioni e Gruppi di Lavoro sulle tematiche più importanti.

L'ANMCO Regionale ha avuto parte attiva nel PROGETTO TORINO NETWORK, da inserire nel progetto più ampio della gestione dell'infarto miocardico da territorio a ospedale, nell'ambito del progetto più generale del Network dell'Emergenza, definendo con la regione le modalità organizzative.

### **RAPPORTI CON ANMCO NAZIONALE**

L'obiettivo è migliorare la visibilità della Cardiologia Regionale continuando a proporre Simposi e Learning.

### **RAPPORTI CON ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE**

L'obiettivo è di consolidare e migliorare i rapporti, continuando ad organizzare Riunioni scientifiche congiunte, evitando doppioni o minicongressi.

### **ORGANIZZAZIONE ANMCO REGIONALE**

L'obiettivo è favorire una maggior partecipazione dei Soci, coinvolgendoli nelle iniziative, favorendo la trasmissione delle informazioni con l'invio ai Soci di un breve Notiziario, utilizzando soprattutto il sito web come punto di riferimento, dando adeguata pubblicizzazione alla necessità di rinforzare la **rappresentanza ANMCO nella FESMED**, con azione capillare attraverso i referenti di quadrante e di struttura.

Secondo le indicazioni strategiche nazionali si sta attivando il **Collegio Regionale dei Primari, con il coinvolgimento dei Direttori delle Cardiologie Universitarie**.

### **ATTIVITÀ SCIENTIFICA FORMATIVA CULTURALE**

L'obiettivo è rafforzare la specificità culturale, aumentando la presenza dell'ANMCO nella partecipazione alle iniziative regionali e nazionali, all'attività delle Aree e congressuale. L'ANMCO Regionale partecipa all'organizzazione della iniziativa di **HEART CARE FOUNDATION**, di cui è referente regionale Enzo Comodo, "**Piemonte Regione del Cuore**" dal 7 al 10 novembre 2002, al progetto Torino

Network per l'angioplastica primaria, al registro regionale sul follow up della miocardiopatia ipertrofica. È allo studio la proposta di un registro regionale dei ricoveri per scompenso acuto ad alto assorbimento di risorse in UTIC.

Learning center extramurali:

- 1) Tre Corsi ACLS nell'ambito dell'Area Emergenza-Urgenza.
- 2) "Anomalie della giunzione ventricolo-arteriosa" in collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia Pediatrica.
- 3) "L'applicazione clinica delle metodiche strumentali nello scompenso cardiaco avanzato".
- 4) "Lo scompenso cardiaco: una malattia extraospedaliera".

I migliori auguri.

*P.A. Trento*

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

## PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DI LINEE GUIDA CLINICO-ORGANIZZATIVE IN TRENTINO: "GESTIONE DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO ACUTO IN PRONTO SOCCORSO"

*"Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per l'implementazione di Linee Guida nel Servizio Sanitario Nazionale". Progetto di ricerca TRiPSS II*

di Roberto Bettini



**N**el Trentino è stato dato corso ad un progetto di sviluppo e di implementazione di Linee Guida Clinico-Organizzative su due tipi di intervento sanitario cardiologico scelti secondo priorità derivate da analisi epidemiologiche ed organizzative locali nel quadro più generale delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale. Qui illustriamo l'esperienza di un percorso diagnostico assistenziale relativo alla "**Gestione del paziente con Dolore Toracico Acuto in Pronto Soccorso**".

### IL PROGETTO

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), unica azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Trento (PAT), ha aderito ad un "Progetto di sperimentazione in nove Regioni di strumenti per l'implementazione di Linee Guida nel SSN" denominato TRiPSS II.

Avviato alla fine del '99 nell'ambito del Programma di Ricerca Sanitaria finanziato dal Ministero della Sanità, in rapporto esplicito con il Programma Nazionale per

le Linee Guida, esso è coordinato dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dall'Istituto Superiore di Sanità ed ha due obiettivi:

**TRiPSS: acronimo di  
"Trasferire i risultati della  
Ricerca nella Pratica del  
Servizio Sanitario"**

*I obiettivo:* sviluppare a livello di Aziende Sanitarie una assistenza basata su prove di efficacia attraverso lo strumento di Linee Guida cliniche e clinico-organizzative condivise;

*Il obiettivo:* fornire la supervisione metodologica ed il coordinamento di progetti locali di implementazione di interventi sanitari di documentata efficacia scelti sulla base di priorità definite a livello locale o regionale secondo le indicazioni del

Piano Sanitario Nazionale.

La realizzazione è passata per due fasi distinte:

*I° sottoprogetto* (1999-2000) nel quale le Aziende Sanitarie interessate hanno partecipato al Piano Formativo (lezioni frontali e lavori di gruppo) mediante un gruppo multidisciplinare cui è stato affidato il compito di riportare nella propria Azienda i contenuti acquisiti e di costituire il gruppo aziendale allargato responsabile della pianificazione e della implementazione del progetto;

*II° sottoprogetto* (2001-2002) nel quale le Aziende Sanitarie hanno messo in atto un Piano di Implementazione di interventi di efficacia e appropriatezza ritenuti prioritari nelle diverse realtà locali ed hanno studiato le modalità per realizzare formali valutazioni su impatto, costi ed efficacia delle diverse strategie di implementazione.

La valutazione della validità delle Linee Guida e il ruolo di coordinamento e supervisione sono stati garantiti dal *Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria* (CeVEAS) di Modena mediante un team di Referee esperti esterni al progetto e di Tutor che hanno seguito le tappe dello sviluppo, della messa a punto e implementazione del progetto di intervento.

### **L'IDENTIFICAZIONE DELLA PRIORITÀ E DELL'INTERVENTO**

Il Gruppo di Progetto Trentino ha recepito l'alta priorità delle Malattie Cardiovascolari riconosciuta dal Piano Sanitario Nazionale e Provinciale (che ha contribuito tra l'altro a determinare il recente riassetto organico della "Osservazione Breve" operato dalla APSS nella Rete Ospedaliera della PAT),

l'importanza del Dolore Toracico Acuto (DTA) sull'entità della domanda di prestazioni d'urgenza, la rilevanza clinica della Sindrome Coronarica Acuta (SCA) cui compete un alto rischio intrinseco ed elevata probabilità di ricovero o dimissione inappropriati.

Il Gruppo ha riconosciuto altresì la complessità della problematica del DTA, la carenza di requisiti clinico-assistenziali compatibili con Linee Guida tradizionalmente intese, la necessità di aggiornamento e standardizzazione delle modalità di approccio al problema secondo i principi della medicina basata sull'evidenza.

***I obiettivo del Progetto:  
sviluppare a livello di  
Aziende Sanitarie una  
assistenza basata su prove  
di efficacia attraverso lo  
strumento di Linee Guida  
cliniche e clinico-  
organizzative condivise***

### **TARGET DEL PROGETTO**

È stato consensualmente individuato in ogni *paziente che perviene al Pronto Soccorso con dolore localizzato nella regione compresa tra il naso e l'ombelico o sintomo equivalente insorto nelle 24 ore precedenti l'osservazione, regredito o in atto, non rife-*

ribile a trauma pregresso o ad altra causa non cardiovascolare immediatamente identificabile e potenzialmente secondario ad una possibile SCA.

### RACCOMANDAZIONI

I criteri di priorità dell'intervento sono stati collocati nell'ambito del *codice rosso* (intervento immediato) in presenza di instabilità dei parametri vitali e del *codice giallo* (intervento entro 10 minuti) negli altri casi di dolore.

**II° obiettivo del Progetto:**  
fornire la supervisione metodologica ed il coordinamento di progetti locali di implementazione di interventi sanitari scelti sulla base di priorità definite a livello locale

In tutti deve essere comunque individuata entro 30 m' il rischio di SCA in atto in base a storia clinica, caratteristiche del dolore ed ECG, trattenendo in osservazione quelli a rischio basso e intermedio ed avviando ai reparti quelli a rischio elevato. Riguardo alla probabilità di malattia coronarica è stato identificato come significativo un valore >20% a dieci anni secondo la Carta del Rischio Italiana.

La durata massima della "osservazione breve" al Pronto Soccorso è stata stabilita in 12 ore nelle quali è stata sancita l'obbligatorietà della sorveglianza infermieristica continua, il monitoraggio continuo dei parametri vitali, la disponibilità delle attrezzature per la gestione dell'Emergenza.

Il percorso diagnostico si impernia sull'interpretazione clinica del dolore, sulla determinazione dei marcatori Troponina I e Mioglobina ogni 4 ore (minimo di 2 determinazioni), sul monitoraggio continuo del ritmo e dell'ST e sull'ECG standard eseguito ad intervalli di 4 ore e/o in occasione di ogni variazione clinica.

Fatta eccezione per ASA, Nitrati e trattamento sintomatico è stato stabilito di non entrare nel merito dei problemi specifici inerenti la terapia: l'obiettivo di massima secondo i suggerimenti della letteratura è per "ST sopra" inizio della riperfusione entro 60 m' dall'esordio dei sintomi, per "ST sotto" trattamento secondo le Linee Guida specifiche.

La destinazione del paziente in base all'esito della Osservazione Breve può essere a) dimissione, b) ricovero in Cardiologia o reparto internistico, c) ricovero in UTIC. Nei pazienti che non vengono ricoverati, in base al quadro clinico, viene decisa una valutazione della riserva coronarica prima della dimissione o entro un intervallo massimo di 7 giorni.

**Il Dolore Toracico Acuto**  
costituisce il 5% delle prestazioni effettuate nei Pronto Soccorso Ospedalieri ed è la principale determinante di consulenze cardiologiche di urgenza

### VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Sono stati identificati come criteri di valutazione dell'applicazione del progetto:

- a) **Indicatori di esito:** *Indicatore 1* esito a 30 giorni nei pazienti residenti rinvii a domicilio dal Pronto Soccorso, *Indicatore 2* numero di ricoveri di pazienti residenti con DRG di dimissione I43 "dolore toracico";
- b) **Risultati attesi:** *Indicatore 1* obiettivo tendenziale 0, *Indicatore 2* obiettivo tendenziale riduzione del 30% rispetto allo storico;
- c) **Frequenza delle rilevazioni:** semestrale per i primi 12 mesi (limite agosto 2002);
- d) **Indicatori di processo:** *Indicatore A* tempo di esecuzione del primo ECG, *Indicatore B* tempo di esecuzione della rivascolarizzazione miocardica in presenza di IMA, calcolati entrambi dalla accettazione del paziente in Pronto Soccorso.

*Questa sezione vuole essere la sede, aperta a tutti, per proporre, discutere e approfondire le tematiche organizzativo-sindacali. Quanto vi è pubblicato rappresenta esclusivamente la posizione del firmatario*

## IN TEMA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA

*La Cassazione a sezioni unite definisce i principi per la responsabilità professionale.*

**MEDICI, LA COLPA VA PROVATA.**

*Per i giudici di legittimità è sufficiente un "ragionevole dubbio" per scagionare i camici.*

*Il Sole 24 ore - 17-23 settembre 2002*

***Su questo argomento abbiamo chiesto il commento ad un penalista esperto di sanità***

*Il provvido intervento ermeneutico consacrato nella sentenza n. 27 del 12 settembre 2002, pronunciata dalla Cassazione a Sezioni Unite, reclama adeguata condivisione nella misura in cui "razionalizza" ontologicamente il concetto di prova in rapporto alla colpa professionale medica.*

*La sentenza, senza abbandonarsi a vischiosi ragionamenti, individua un parametro valutativo congruamente adeguato alla complessità e ai rischi che l'attività medica comporta.*

*Bene inteso: i giudici della Cassazione non hanno, di certo, scritto un principio rivoluzionario, tuttavia hanno scritto, comunque, un sano principio che neutralizza le perniciose spinte disgregative insite nell'orientamento giurisprudenziale fino ad oggi di moda; un'orientamento improntato ad un irragionevole criterio di severità di tale consistenza da sconfinare spesso in una vera e propria sorta di "responsabilità oggettiva": il che, realizzando una esasperata distorsione interpretativa finiva con il paralizzare il medico, chiuso fra l'incudine di un giudizio sempre severo "quando fa" ed il martello altrettanto severo "quando non fa".*

*Viceversa - ed è questo il punto di rottura che opera la sentenza in commento - il nesso causale deve necessariamente sfuggire a ogni aleatorio parametro di probabilità e rimesso, invece, il più possibile a un rassicurante parametro di quasi certezza.*

*Il problema di fondo, in tema di colpa professionale sanitaria, consiste nel ritrovare una soluzione che contemperi sia l'esigenza di tutelare adeguatamente il bene della vita e della salute del paziente, sia quella di assicurare una valutazione della condotta del medico confacente alla complessità dell'attività svolta.*

*Ed in questo solco si colloca la definizione del nuovo criterio di valutazione valorizzato nella pronuncia da ultimo emanata dai Giudici di legittimità.*

*Il rispetto di tale rinnovato criterio garantirà il medico rispetto alle ingiustificate rappresaglie conseguenti all'insuccesso del suo intervento e, d'altra parte consentirà la pur necessaria salvaguardia dei beni "supremi" della vita e della incolumità del paziente.*

**Antonio Ciacco**  
Avvocato Penalista in Cosenza



Si apre con questo numero una nuova rubrica del giornale, dedicata alla parte più intima della nostra storia personale e lavorativa.

Un confronto con il passato, con la cultura cardiologica più recente, ma soprattutto un viaggio esistenziale attraverso appunti, aneddoti, memorie, testimonianze ed esperienze della vita umana e professionale di chi forse... senza un'età, non smetterà mai di ascoltare un "cuore".

La matura sensibilità ed i ricordi di un "Maestro/Padre" ci saranno periodicamente raccontati da un discepolo che contribuirà, in questo modo a regalarci sempre nuovi insegnamenti.

L'invito ad intervistare ed a ricordare è aperto a tutti i Lettori che avranno voglia di ripensare a chi, noto o meno noto, esperto del cuore di "ieri", continua a rappresentare "oggi", ed anche per noi tutti, un Maestro in ogni senso. Attraverso il racconto, il dialogo e la lettura, a piccoli passi, riusciremo a recuperare parte del nostro patrimonio educativo e formativo.

Apriamo dunque i nostri scrigni, srotoliamo il tempo davanti ad un riflesso amico in cui tutti potremo rivederci e riconoscerci.

Scriveteci e proponete il Vostro personale "Cuore allo Specchio".

Francesco Bovenzi



1940: una corsia d'ospedale

*Abbiamo vissuto e lavorato, Lei ancor prima e molto più di me, per lasciare ai nostri figli un mondo più libero e giusto. Ma, purtroppo, i momenti in cui la residua speranza sopravvive sono sempre più ridotti.*

*I figli vivono, e ancor più forse vivranno, una vita più facile ma con consapevolezza sempre più debole delle ragioni e delle possibilità che abbiamo per vivere come uomini.*

Vito Laterza

lettera a Eugenio Garin, 1997

## Antonio Mafrici incontra Fausto Rovelli

Per una strana coincidenza, mi trovo a chiedere un appuntamento al professor Fausto Rovelli giusto 23 anni dopo il mio primo colloquio con lui. Era infatti la mattina del 25 settembre 1979 quando lo incontrai per la prima volta: il motivo di quell'appuntamento era la mia richiesta di entrare a far parte della schiera di frequentatori volontari del Centro De Gasperis.

Ero molto intimorito, allora, dalla fama che circondava il professor Rovelli e l'attesa accentuava l'agitazione; il colloquio fu breve e doveti rispondere ad una serie di domande che gli permettessero di inquadrarmi bene. Non fu particolarmente affabile, non lo era mai sul lavoro, ma con tono deciso e stile essenziale (quello che era tipico del suo modo di fare) mi espone in breve quanto mi sarebbe stato richiesto. L'esito fu positivo, entrai a far parte della schiera come ventiduesimo volontario, con obbligo di partecipare a tutti i turni di guardia, e avrei iniziato a partire dal laboratorio di poliocardiografia ed ecocardiografia.

Da allora non ho più lasciato il De Gasperis e ho potuto seguire da vicino tutte le vicende del professor Rovelli fino al momento del suo definitivo ritiro ufficiale dalla scena ospedaliera.

Professor Rovelli, questa è la prima di una serie di interviste, che pubblicheremo su *Cardiologia negli Ospedali*, rivolte a cardiologi che hanno lasciato un segno nella cardiologia italiana. È stato deciso di iniziare con Lei ed è stato affidato a me questo graditissimo incarico. Io credo che sia utile ripercorrere, attraverso la testimonianza di chi ha fatto concretamente qualcosa per la nostra cardiologia, la lunga strada che ci ha portato a raggiungere una posizione di tutto rispetto nel panorama della cardiologia mondiale.

**D.** *Come giudica questa iniziativa? Quale commento, al fatto di essere il primo?*

**R.** La decisione dell'ANMCO di pubblicare una serie di interviste riguardanti alcune persone

che hanno avuto qualche ruolo nello sviluppo della cardiologia nei nostri ospedali non può che essere vista con molta simpatia. Il fatto poi che la mia sia la prima mi fa ovviamente piacere, anche se mi rendo conto che l'anagrafe è stata determinante.

**D.** *Vuol raccontarci a grandi linee la sua storia professionale, in particolare all'inizio, quando ancora non era il Professor Rovelli che oggi tutti conosciamo?*

**R.** Mi dà sempre un certo imbarazzo parlare delle cose lontane, soprattutto personali: spesso nel ricordo sembrano sfumarsi, come in certi panorami quando vengono visti da lontano.

La decisione di fare il medico maturò negli anni del liceo. Mi sono poi laureato nel luglio del 1943; era l'estate dei grandi bombardamenti di Milano.

Ebbi un posto di assistente supplente all'ospedale che poi lasciai nel 1948 per iscrivermi alla Scuola di Cardiologia che era stata istituita da Camillo Colombi.

Negli stessi anni, Angelo De Gasperis, assistente in Clinica Chirurgica, uomo di grande intelligenza e determinazione, decise dopo una permanenza all'estero, di iniziare la chirurgia toracica e cardiaca. Nell'ambito universitario la reazione fu conflittuale e De Gasperis dovette trasferirsi all'ospedale di Niguarda, assistente in una divisione di chirurgia generale.

Cominciai a lavorare con lui come volontario, avviandomi per una strada del tutto incerta, cercando spazi, apparecchi, aiuti, personale, senza alcun titolo.

Solo dopo qualche anno ottenni la nomina di assistente chirurgo e poi di aiuto cardiologo e questo fu nel 1955 il primo riconoscimento ufficiale di cardiologia, rilasciato dalla amministrazione ospedaliera.

De Gasperis morì precocemente, nel luglio 1962.

Fu allora istituito il Centro De Gasperis con una divisione di cardiocirurgia ed una di cardiologia, superando non poche opposizioni, soprattutto per questioni "di principio" che provenivano dall'università.

Cominciò il periodo di stretta collaborazione con Renato Donatelli, grande figura di chirurgo. Si applicarono le prime valvole artificiali, i primi Pace-maker transvenosi, si istituì la prima UCC. Nel 1967 fu promosso un Corso di Aggiornamento della durata di una settimana sulle Cardiopatie Congenite. Fu una scommessa; i temi li delineammo, con Renato Donatelli, durante un viaggio in treno di ritorno dalla Francia dove eravamo stati a visitare un centro in cui si applicavano Pace-maker... Fu un successo, e da allora i Corsi si sono ripetuti ogni anno, su vari temi.

E ancora oggi questo evento culturale è in grado di attrarre l'interesse di centinaia di cardiologi; e io assisto con piacere al ripetersi di questo evento.

**D.** *Professore, dalla lunga lista di cose ed eventi di*

*cui è stato protagonista, vorrei ricordargliene alcune alle quali so che Lei attribuisce un valore particolare: il Giornale Italiano di Cardiologia, il GISSI e il Dipartimento Cardiologico.*

**R.** La decisione di fondare il Giornale Italiano di Cardiologia fu presa in un Consiglio Direttivo nel novembre 1970; eravamo in un periodo di grande depressione per la produzione medico-scientifica e di vera crisi per tutte le riviste scientifiche. Credo che per l'ANMCO fu una decisione di grande coraggio. Il presidente era Giorgio Feruglio.

Ho avuto il compito di essere il primo direttore e fu molto impegnativo. Non c'erano lavori da pubblicare, non c'erano sponsor né fondi economici di sostegno.

Tutti nell'ANMCO si impegnarono a fondo, e anche al Centro De Gasperis: ricordo con affetto la collaborazione di Giacomo Binda e dell'instancabile Fiorella Ghioni.

Al congresso ANMCO, che allora si teneva in primavera, riuscimmo a presentare il primo numero che ottenne consensi generali. Era stata tracciata una strada che ancora oggi continua attivamente migliorandosi.

Per quanto riguarda il GISSI, ricordo che il primo spunto per procedere allo studio nacque proprio al De Gasperis, da una discussione in ospedale sulla possibilità di usare la trombolisi sistemica. La nostra casistica sarebbe stata insufficiente, e per allargare il campo interpellai colleghi, amici e anche qualche istituzione.

Oramai è storia nota: intervennero l'ANMCO, per merito del suo presidente Antonio Lotto, e il Mario Negri, per merito di Gianni Tognoni: ambedue furono determinanti per l'avvio dell'operazione e il suo compimento. Nacque così il GISSI.

Il De Gasperis e un gran numero di UCC italiane vennero coinvolte, e molte ebbero un ruolo attivo nell'organizzazione. Anche il personale infermieristico diede con entusiasmo il suo contributo. È stato per tutti un lavoro intenso, ma non mancarono le soddisfazioni.

Era la prima volta che nel nostro paese si produceva una ricerca policentrica così vasta, così impegnativa e coinvolgente, tale da influire sui sistemi di cura e sul modo di gestire le UCC, e non solo nel nostro paese.

Vi furono poi altri GISSI, ma l'esperienza del GISSI I rimane per me indimenticabile.

**D.** *E il Dipartimento cardiologico?*

**R.** Al De Gasperis si cominciò a parlare di dipartimento a metà degli anni 80.

Entro qualche anno sarei arrivato al termine della mia attività d'ospedale e mi premeva consolidare una situazione organizzativa vasta e complessa.

Non era facile gestire il De Gasperis con tutte le sue articolazioni e le molteplici attività organizzative e culturali.

Come tenere insieme tutte le iniziative maturate e cresciute in tanti anni di attività, come assicurare il coordinamento, la collaborazione, se



non in una logica dipartimentale?

Il progetto fu approvato dal Consiglio Regionale. L'attuazione in pratica ha costituito una esperienza interessante e sono sicuro che per molti versi è stata positiva, anche se sono altrettanto consapevole di alcuni errori che sono stati fatti.

**D.** *Segue sempre attivamente la cardiologia?*

**R.** Al tempo dovuto ho lasciato ogni impegno con l'Ospedale, per non interferire sulle decisioni e sul lavoro di chi aveva preso il mio posto.

Non è stato un distacco facile, ma sono convinto di avere agito correttamente.

Ho continuato ad avere qualche ruolo attivo, soprattutto professionalmente, ed ovviamente ho cercato di rimanere culturalmente aggiornato.

**D.** *Come è organizzata la sua vita ora che gli impegni professionali si sono ridotti?*

**R.** Ora che ho lasciata anche l'attività professionale? Devo ammettere che sono cambiati i ritmi, è fisiologico. Seguo con attenzione quanto avviene nel mondo della cardiologia, nella sanità, all'ANMCO. Mi piace sapere cosa succede al De Gasperis, ma cerco di farlo con discrezione. Partecipo alle rievocazioni, alle commemorazioni.

Abbiamo celebrato recentemente il 40° Anniversario della morte di Angelo De Gasperis ed è stata una manifestazione veramente importante, per la larga partecipazione di gente, di amici, colleghi, anche di pazienti venuti da lontano.

Manifestazione importante non solo per gli aspetti commemorativi, ma anche per il richiamo ad una storia, che non è stata solo di De Gasperis e degli Ospedali di Milano, e ad avvenimenti che molti di noi hanno conosciuto e riguardano l'autonomia dei centri specializzati, la nascita della cardiologia e della cardiocirurgia nel nostro Paese.

**D.** *In questa rubrica vorremmo poter sapere di più dei nostri personaggi anche dal punto di vista non strettamente professionale: se è d'accordo, ci parli un po' di sé.*

**R.** Ho già avuto occasione di dire che non ho avuto tradizioni familiari per la professione medica. I miei genitori erano persone ricche di sentimenti, economicamente modeste.

Il papà era impiegato comunale, la mamma era maestra alle scuole elementari. Certamente avere un figlio medico era per loro motivo di grande soddisfazione. Di fatto, non so se veramente io abbia dato loro le soddisfazioni che si sarebbero meritati, assorbito come fui dal lavoro e dagli impegni. Sono vissuto in periodo di guerra e questo ha lasciato segni importanti. Molti fra i miei amici sono partiti, alcuni non sono più tornati; come studente di medicina ho avuto la fortuna di proseguire i miei studi.

Ho visto crollare il fascismo, sono svanite molte illusioni e sono apparsi nuovi orizzonti e nuove speranze.

Ho certamente avuto una mia vita "privata" oltre a quella professionale, ma in genere non amo parlarne. Preferisco tenerla dentro di me.

**D.** *E lo sport? Sappiamo che Lei lo ha praticato in gioventù.*

**R.** Ho certamente amato lo sport ed ho praticato intensamente il rugby e l'alpinismo.

In pratica, l'attività sportiva ha occupato un breve periodo della mia vita, quello del liceo e dell'università e cessò con gli impegni del lavoro. Le Alpi mi sembrava fossero il mio mondo, dove correvo appena potevo e dove spesso mi rifugiavo anche con il pensiero. Alcune grandi ascensioni, alcune tempeste sulle cime, alcune visioni luminose sono rimaste sempre vive nella mente.

Ho rinunciato alla montagna, alle scalate, agli orizzonti alpini; fu per me una rinuncia importante.

**D.** *Che ruolo ha avuto la famiglia nella sua vita?*

**R.** Mi si chiede in particolare di parlare della mia famiglia perché credo si sappia, lo sanno certamente gli amici, quanto io sia legato alla famiglia, ai figli e a mia moglie Adele.

Conta l'educazione e l'ambiente in cui sono cresciuto, nel secolo scorso, con il culto della famiglia. Sono stato inoltre molto fortunato nella mia vita familiare, e certamente devo attribuirne il merito a mia moglie, sempre presente, affettuosa, attenta, intelligente, anche critica quando occorreva; con una incredibile resistenza al lavoro. Mi è sempre stata vicino!

Adele è stata inoltre una mamma altrettanto attenta, affettuosa, rigida nei suoi principi.

Quei principi nei quali credevamo molto, nel secolo scorso!

**D.** *I suoi figli hanno scelto professioni diverse...*

**R.** Nessuno dei figli si è indirizzato alla medicina. Certamente mi avrebbe fatto piacere, e ancora oggi guardo con compiacimento ai miei amici che hanno un figlio medico.

Mi pare molto bello pensare a un figlio che continua l'opera del padre.

Con i miei figli non ho comunque fatto pressioni, né li ho assediati con consigli. Ciascuno di loro ha preso la sua strada, sono studiosi, impegnati.

Se ho un rimpianto, è di essere stato troppo poco con loro. Non ho saputo trovare il tempo! Questo è certamente un aspetto negativo della mia vita del quale sono pentito, anche perché non ho possibilità di recupero: adesso sono loro ad essere troppo impegnati.

**D.** *Ripensando alla sua vita professionale, c'è qualcosa che oggi non rifarebbe o farebbe in modo diverso? E c'è qualcosa che non ha fatto e che avrebbe voluto fare?*

**R.** Certamente ho commesso degli errori e ho preso decisioni che non vorrei ripetere. Sono comunque del parere che ogni cosa potrebbe essere sempre rifatta al meglio, se fosse possibile!

Ho alcune ragioni di rammarico, ma mi sembra poco interessante rievocare episodi che sono ormai lontani.

Il pentimento è certo un sentimento importante, ma è difficile parlarne.

Avete mai provato ad essere su un monte, quando il sole sta calando o è all'orizzonte?

Alle spalle vi è una valle scura, in ombra, ma dall'altra si apre una vallata piena di luce ed è bello guardare ed immaginare altre valli ed altri monti dove forse non arriverai mai.

È meglio così, guardare oltre.

Mi capita di riflettere sulle cose passate, ma in genere prevale la curiosità di pensare al domani. Come è giusto per chi è 5 volte nonno.

**D.** *Come si definirebbe oggi?*

**R.** Non credo che tocchi a me dare una definizione di me stesso.

Certo, sono stato un privilegiato, per la famiglia che ho avuto e per gli amici che ho incontrato. Ho avuto modo di assistere a molti avvenimenti ed alcuni li ho vissuti anche direttamente.

Ho intensamente vissuto il grande cambiamento della medicina avvenuto nel secolo scorso.

Ho cominciato a frequentare le corsie degli ospedali nel 1939.

L'assistenza, le cure, ma anche il modo di dedicarsi ai malati sono ora del tutto diversi e si sono ottenuti risultati che un tempo non si sarebbero potuti immaginare. Questo sviluppo della medicina è avvenuto per il progresso scientifico e tecnologico, ma anche altri fattori sono stati determinanti e fra questi la ripresa economica, l'evoluzione dello stato sociale e la consapevolezza acquisita del diritto alle cure.

**D.** *E per finire, parliamo dell'ANMCO: cosa ha rappresentato per Lei? Come vede il suo ruolo nella cardiologia italiana?*

**R.** La mia partecipazione alla vita dell'ANMCO è stata attiva sin dall'inizio; sono stato membro del Consiglio Direttivo e per alcuni anni vicepresidente per le attività culturali.

Sono ancora vive nella mente alcune riunioni "storiche" con Puddu, Feruglio, Bellini, Masini, Fazzini, Binda, Camerini, Marsico, Solinas, Piccolo, e tanti altri che contribuirono in modo determinante allo sviluppo della nostra Associazione.

Dare alla nostra Associazione una finalità sindacale o piuttosto l'impronta di società culturale? Avevamo un concetto molto personale del sindacalismo, certamente diverso da quello delle altre categorie professionali. La difesa dei diritti, della carriera o dei salari ci coinvolgeva in modo molto relativo. Per noi il problema era di ottenere il riconoscimento della specialità, l'autonomia dei nostri reparti e dare sviluppo alla cardiologia.

Questo era il nostro obiettivo e lo abbiamo affrontato lavorando sempre più intensamente per migliorare l'assistenza, per ampliare i reparti e, sul piano culturale, per promuovere la ricerca; e prestando molta attenzione alle nuove tecnologie.

In questo modo abbiamo acquisito credibilità e abbiamo raggiunto gli scopi che ci eravamo prefissi: l'ANMCO ha così determinato lo sviluppo della cardiologia in Italia.

Oggi la sfida continua ma a ben altri livelli.

I ricordi di lotte per la sopravvivenza sono ormai lontani. Le nuove condizioni sociali, i problemi che si addensano ovunque pongono tutta la medicina e la sanità in prospettive che potrebbero essere molto diverse.

L'ANMCO è oggi una realtà della quale non si può che essere entusiasti: l'Associazione ha tutti i mezzi, soprattutto quelli culturali ed intellettuali, per dare la sua risposta e la sua impronta anche alle nuove sfide.

L'intervista finisce qui, anche se molte sono le cose che vorrei ancora chiedergli, e molto ancora vorrei sentire. Non avevo mai avuto l'occasione di avvicinare il professor Rovelli in questo modo e per così lungo tempo.

Consentitemi comunque di non essere esclusivamente l'intervistatore asettico, ma di poter brevemente descrivere come ho vissuto questa esperienza.

In passato il mio rapporto col professor Rovelli era stato quasi esclusivamente di tipo professionale. In ospedale, ai congressi, alle cene, gli argomenti di conversazione erano sempre incentrati sulla nostra attività lavorativa; e il professore poi, nelle occasioni pubbliche, doveva dedicare molto del suo tempo ai rapporti "sociali". Una buona parte della sua vita e della sua personalità mi sono state sempre poco note.

Questa intervista ha coperto in parte quel gap. Ho potuto conoscere, anche se velocemente e parzialmente, un altro aspetto del Professor Rovelli, e in un periodo della sua vita nel quale l'esperienza e la saggezza, che discendono dalla sua storia e dalla sua età, ne hanno parzialmente frenato l'impeto, lo hanno reso affabile (ricordate il mio primo incontro?), anzi affettuoso.

Che impressione ne ho ricavato?

Il professor Rovelli è stato, e lo è ancora per me, come una roccia maestosa, una montagna di quelle Alpi che lui porta nel cuore; ma è anche lo scalatore ardito, che non teme la solitudine, che traccia la prima via, con fatica, tenacia, determinazione, anche presunzione, guidato da un istinto finissimo.

Un uomo positivo, nel senso migliore del termine; un esempio, almeno per quelli della mia generazione; un'iniezione di fiducia, molte delle sue parole.

Ma anche un invito ad essere uomini completi, a rivedere fattivamente le proprie convinzioni e a dare il giusto valore anche alle emozioni e ai sentimenti.

Grazie, Professore.

## IL "MAL DI CUORE" DI PINOCCHIO: METAFORA, SINDROME, PARABOLA

Francesco Bovenzi, Francesco Lotesoriere

Disegni di Michela Sassi

... C'era una volta un burattino di legno così caparbio da riuscire infine a diventare un ragazzino in carne ed ossa.

Resta ancora oggi il mistero ed il fascino di quella evoluzione e di come essa avvenne.

Poteva un semplice burattino di legno avere un "cuore"?

Quasi tutti sostengono che furono l'orgoglio e l'amore di Geppetto a regalare alla creatura quella "felicità" che rappresenta il più grande desiderio di ogni essere umano, proprio come fu nella favola del Mago di Oz per il "cuore" del Boscaiolo di Latta.

Ma la nostra propensione... umanistica e cardiologica ci ha spinti molto più in là, fino a considerare il buon cuore del burattino sotto una duplice veste: di luogo dei travagli della sua anima e di organo "tout court", e per di più capace di ammalare.

Un "mal di cuore" per Pinocchio dunque?

Proviamo a partire da quest'ipotesi, quanto meno speciale (per non dire specialistica!...).

La sensazione che, dentro di sé, si muova "qualcosa" di vivo e vitale fa dubitare molto presto al nostro eroe di non essere un semplice burattino; anzi, è proprio questa certezza il motore della lenta trasformazione di Pinocchio da marionetta a uomo.

In effetti, la percezione della vitalità di quel pezzo di catasta è presente sin dai primi momenti del racconto.

Infatti, come per qualsiasi bambino durante il parto, si manifesta anche per Pinocchio con un lamento rivolto a Mastro Ciliegia: *non mi picchiar tanto forte*, tanto da stupirlo di paura e da fargli esclamare: *ma di dove sarà uscita questa vocina che ha detto oh?* Eppure qui non c'è anima viva. Che ci sia nascosto dentro qualcuno?

Nel binomio anima/cuore di Pinocchio è custodita tutta la magica poesia del racconto.

Il cuore come "organo supremo che comanda alla vita" è consumato in parti eguali:

- sia come anima, vitalità, energia, forza, sentimento,
- che come motore che spinge la linfa vitale nel petto del burattino.

Ma dove si nasconde la magia di questa fantastica e duplice embriogenesi organo/anima che

vive il cuore di Pinocchio?

Quando Mastro Geppetto, ... che pure aveva un cuore grosso dalla passione ebbe trovato il nome al suo burattino, allora cominciò a lavorare e gli fece subito i capelli, poi la fronte, poi gli occhi. Dopo

gli occhi fece il naso, ... un nasone che non finiva mai. Dopo il naso gli fece la bocca, ... smise di ridere, ma cacciò fuori tutta la lingua. Dopo la bocca, gli fece il mento, poi il collo, le spalle, lo stomaco, le braccia e le mani. Restavano da fare le gambe ed i piedi. Quando ebbe finito ... lo posò in terra, sul pavimento della stanza per farlo camminare ... voleva dargli subito una buona tiratina di orecchi. Ma figura-

tevi come rimase quando, nel cercare gli orecchi, non riuscì di poterli trovare: ... si era dimenticato di farglieli.

Ed il cuore? Geppetto lo aveva dimenticato?

No, tutti siamo sicuri che lo aveva semplicemente nascosto. Nelle grandi storie anche una mancata citazione è una parola nascosta.

Sappiamo che a Pinocchio mentre camminava con passo frettoloso, - per la strada che menava al Campo dei miracoli - il cuore ... batteva forte e ... faceva tic, tac, tic, tac, come un orologio da sala quando corre davvero.

Ma Pinocchio in verità più di una volta aveva confessato, come quella volta alla Marmottina, di non avere neanche uno zinzino di cuore. Ma davvero? Ed allora?

Un'altra delle sue bugie... infatti, lascio pensare a voi se il cuore del povero Pinocchio cominciò a battere più forte quando pensava ai capelli d'un color turchino sfolgorante della bella Bambina.

Nei momenti di maggior sconforto poi sembrava rimproverare a Geppetto di non aver ricevuto un cuore, anche se pensava ad un'anima, allorquando ripeteva di essere ingrato e senza cuore, come quando



uccise il grillo e poi scoprì che la fame è una *brutta malattia...*, *più forte della paura*.

In fin dei conti ogni *piccolo sfogo* sembrava che gli venisse *proprio dal cuore*, tanto da non riuscire a frenare *l'impeto del suo buon cuore* quando saltava felice al collo di Geppetto.

In altri momenti invece, quando aveva paura ed era sconsolato ed inquieto, come durante l'arresto dopo un combattimento con i compagni, un semplice pensiero si trasformava in *una spina acutissima che gli buca il cuore*, quello stesso *cuore eccellente, che in fondo aveva anche* quando si mosse a compassione per salvare un cane che annegava.

Il cuore fu anche il suo coraggio, allorquando tremulo dal freddo e dalla paura e dall'acqua che aveva addosso, *si fece cuore e bussò una seconda volta e bussò più forte* per sollecitare la lenta lumaca ad aprirgli la porta.

E fu ancora il cuore a parlargli quando confessò a Geppetto di averlo riconosciuto in mare da lontano nella barchetta, solo perché glielo *diceva il core*.

Ma d'altra parte, sono proprio le numerose avventure vissute in modo fin troppo frenetico, da apparire a volte come drammatiche vicissitudini, che svelano anche l'altra "qualità" del cuore di Pinocchio, quella cioè di essere un organo vero e proprio che può affaticarsi ed indebolirsi a tal punto da ammalarsi.

*E così fu infatti.*

Una complessa sindrome si direbbe visto che, *travagliato da un febbrone che non si dire*, fu visitato da tre medici *i più famosi del vicinato*, capaci solo di pronunciare un elenco di scarni sofismi.

Un consulto dal sapore di sconfitta; ed a nulla servì l'obiettività rilevata dal Corvo che *tastò il polso, poi il naso, poi il dito mignolo dei piedi*.

La Civetta ed il Grillo parlante poi avrebbero potuto quanto meno ipotizzare un'infezione da "Pateurella pestis", epidemica in Toscana in quei tempi.



Del resto, anche noi crediamo che i *sonorissimi starnuti* del burattinaio Mangiafuoco avrebbero

potuto essere interpretati come sintomi iniziali di questo autentico flagello. Il suo incontro con Pinocchio in questo caso, sarebbe stato indubbiamente una valida occasione di contagio.

Ed a questo proposito, ricordiamo il "God bless you" ("che Dio Ti benedica") degli anglosassoni, ancora oggi rivolto a chiunque starnutisca, una sorta di augurio teso ad esorcizzare l'antica paura della peste polmonare.

Tuttavia qualsiasi "studioso del cuore", analizzando la storia clinica di Pinocchio, si convincerebbe rapidamente sulla infondatezza di quella semplicistica ipotesi diagnostica di peste, la sola fino ad oggi formulata e condivisa in letteratura. Per la prima volta noi oggi possiamo sostenere che la malattia del nostro "febbrile" burattino fu piuttosto dovuta ad una grave patologia cardiovascolare.

Se infatti approfondiamo ed analizziamo insieme la storia clinica del caso, possiamo ragionevolmente documentare:

- presenza di *fiato grosso, come un cane da caccia*,
- tachicardia, *come un orologio da sala quando corre davvero*,
- la strana sensazione di *spina nel cuore*
- ed infine quell'inatteso *febbrone da non si dire*.  
Miocardite, pericardite, endocardite o ancora un caso di embolia polmonare?

L'anamnesi patologica rivela infatti, a proposito di quest'ultima ipotesi diagnostica, l'episodio della bruciatura delle gambe sul *caldano pieno di brace accesa*.



E così, nella affannosa e travagliata ricerca del suo cuore "nascosto", il nostro febbrile burattino divenne un "vero" cardiopatico.

Chiaramente le nostre rappresentano solo delle divertenti, quanto tardive ipotesi diagnostiche, perché infine ci pensò la Fata *ad accorgersi della febbre* di Pinocchio e fu proprio lei "regina dei dottori" (come ironicamente definita da Roberto Benigni), a vincere definitivamente la malattia.

Lo fece in modo terreno, escludendo un suo facile intervento miracoloso. Scelse cioè la via della scienza e dell'utilizzo del farmaco per raggiungere il traguardo della guarigione: *bevila ed in pochi giorni sarai guarito.*

Un atto medico, una prescrizione terapeutica dal fondamentale sapore educativo, che guarì Pinocchio con la somministrazione di *una certa polverina bianca in mezzo ad un bicchier d'acqua. ... È troppo amara! troppo amara! lo non la posso bere.*



Un glucoside dal forte sapore amaro come la Salicina? Ed allora? Dovremmo dedurre, conoscendo oggi le importanti virtù terapeutiche cardiovascolari, che fu questa la prima efficace sperimentazione "umana" in cardiologia dei salicilati.

È un ulteriore indizio quest'ultimo per convincerci definitivamente che si trattò di una cardiopatia infiammatoria o di un tromboembolismo polmonare, piuttosto che della terribile peste o dei travagli del suo cuore/anima.

Ma al di là dell'inquadramento diagnostico, soprattutto a noi, assidui praticanti ed appassionati cultori della professione di Ippocrate, piace riconoscerci in tutta la fatica della Fata nel cercare di persuadere Pinocchio a bere la medicina, ... *i ragazzi dovrebbero sapere che un buon medicamento preso a tempo può salvarli da una grave malattia e fors'anche dalla morte.*

Tutta la grazia della "bella dottoressa" è nella gentilezza, nella dolcezza, nella pazienza, nella pietà: *la tua malattia è grave ... non hai*



*paura della morte?*

Ed ecco che inaspettatamente la morte si materializza, con quell'apparizione fortemente suggestiva e mediatica degli spettri di *quattro conigli neri come l'inchiostro, che portavano sulle spalle una piccola bara da morto.*

In questo mancato consenso di Pinocchio/malato matura tutta la consapevolezza, propria del nostro lavoro, che ancor prima della necessità del farmaco e della terapia, ci deve essere la premurosa presenza del medico, perché come Pinocchio diceva: *noi ragazzi siamo tutti così! Abbiamo più paura della medicina che del male.*

Ancora più bello è ri/scoprire oggi che in ciascuno di noi batte il "suo cuore", quel cuore di tutti, organo e simbolo, energia ed emozione, labirinto di significati (in particolare per noi uomini di scienza del cuore) con i suoi misteri, le sue logiche complesse, i suoi ritmi, i suoi flussi, i suoi "addobbi a corona".

E ci diverte infine pensare che la definitiva trasformazione del burattino Pinocchio in ragazzo in carne ed ossa, sia avvenuta anche grazie al vecchio cuore malato del *pesce-cane* che, essendo molto vecchio e soffrendo d'asma e di pal-



*pitazione di cuore, era costretto a dormire a bocca aperta: per cui Pinocchio poté fuggire col suo babbino ed andare incontro al proprio destino umano.*

Tutto questo abbiamo ritrovato nel cuore di quel testardo burattino che, inseguendo il Cuore, ha preferito la vita al gioco, lasciando a noi il difficile compito di scoprire col nostro affascinante lavoro i misteri della sua "malattia", tanto che se non è morto è sempre vivo!

