



Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Spec. in A.P. - Art. 2, comma 20, lettera b, Legge 662/96 - FILIALE DI FIRENZE - In caso di mancato receipto inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. detentore del conto per la restituzione al mittente che s'impegna a pagare la relativa tariffa • conferire inserto Redazionale



NOVEMBRE • DICEMBRE 2009 N° 172

AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENECA • BRISTOL - MYERS SQUIBB • BOEHRINGER
INGELHEIM • PFIZER ITALIA • SANOFI - AVENTIS • SERVIER ITALIA

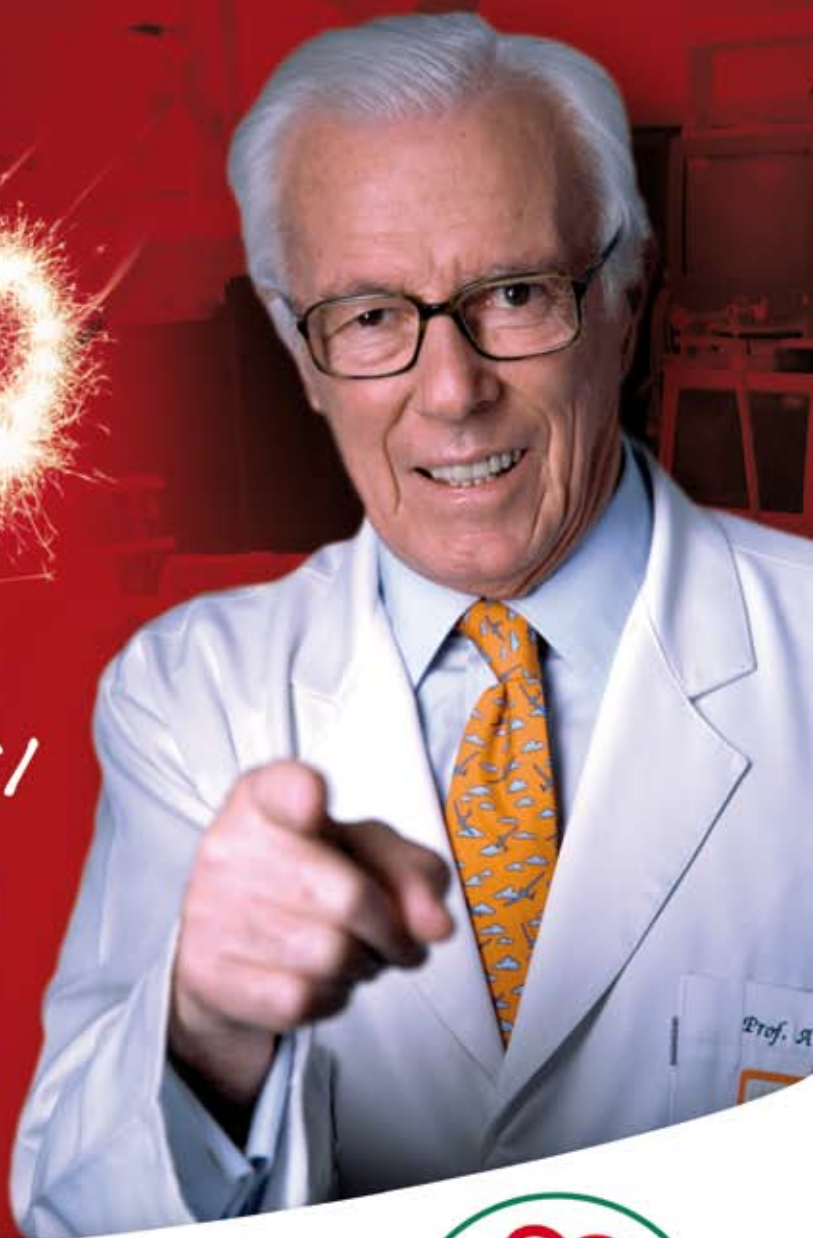


CON IL TUO CONTRIBUTO STIAMO RAGGIUNGENDO IMPORTANTI
RISULTATI, CONTINUA A SOSTENERCI.

Grazie!



*Accendi il
tu
cuore*



*"Ogni cuore è diverso,
aiutaci a conoscere
meglio il Tuo"*

Attilio Maseri
Prof. Attilio Maseri

www.periltuocuore.it



per il tuo cuore

Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS

Rai  Segretariato Sociale

Dona il tuo contributo: IBAN - IT88 1033 5901 6001 0000 0005 657

C



In copertina opera di
Marc Chagall,
Pittore alla luna,
1917



N. 172 - novembre/dicembre 2009
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Bovenzi,
Pasquale Caldarola,
Massimo Uguccioni

Redazione
Simonetta Ricci,
Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

ANMCO
Via La Marmorata, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/510111 - Fax 055/5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

Direttore Responsabile
Gennaro Santoro

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

Stampa
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto Grafico e Impaginazione
Studio V. Mirannalti

HCF RISPONDE

Il cambiamento e la crescita di HCF:
è necessario condividere i compiti!
*di A. Maseri, G. L. Nicolosi, S. Pirelli,
F. Chiarella, M. Scherillo*

5 AREA MANAGEMENT & QUALITÀ 18



DAL SITO WEB

AAA A tutti i Cardiologi: Casi Clinici
"inusuali" cercansi
di Alessandra Chinaglia

8

DALLA FIC

Il Documento della FIC "Struttura
e Organizzazione Funzionale
della Cardiologia" presentato alle
Istituzioni Sanitarie
di Giuseppe Di Pasquale

11

La comunicazione con l'utenza nel
rispetto dei bisogni dell'utenza e
degli standard di eccellenza
*di C. Ghidelli, E. Pasini, D. Pavan,
P. Corsetti, G. Italiani, V. Lenti,
G. Levantesi*

DALLE AREE

AREA INFORMATICA

14



Alice nell'Ospedale delle meraviglie
di Guido Giordano

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

20



ANMCO e la dieta mediterranea:
a Pioppi per celebrare i 50 anni "Eat
well to stay well" di Ancel Keys e i 90
anni di Jerry Stamler
di S. Urbinati, S. Giampaoli, D. Vanuzzo

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

16



Le Linee Guida, Arrigo Sacchi e la
pratica clinica
di Andrea Rubboli

AREA SCOMPENSO CARDIACO 23



Luci ed ombre del training fisico
nello Scompensamento Cardiaco: il
possibile ruolo dell'Area
di M. F. Piepoli, G. Misuraca, M. Senni

DALLE REGIONI

CALABRIA



In Calabria un Congresso Regionale medico - infermieristico, con prologo aperto al pubblico

di A. Butera e M. Chiatto

CAMPANIA

Presentati al Congresso Regionale ANMCO Campania i risultati del Progetto I.CA.R.O.

di Giovanni Gregorio

LAZIO

La rete per lo Scompenso Cardiaco



nel Lazio compie 15 anni

di G. Pulignano, P. Midi, F. Colivicchi

LOMBARDIA

La sincope: attualità diagnostico - terapeutiche e prospettive organizzative

di Roberto Pedretti

MARCHE

Cathlab, coronarie, Imaging: risultati e riflessioni

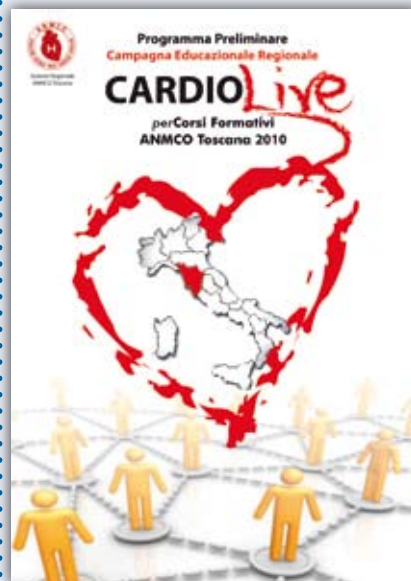
di Roberto Accardi

PUGLIA

Le nuove Linee Guida Cardiologiche per l'Idoneità allo Sport presentate al XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia dello Sport

di A. Biffi, A. Vilella, G. Palazzo

TOSCANA



Presto al via la Campagna Educazionale Regionale dell'ANMCO Toscana "CardioLive 2010" a cura del Consiglio Direttivo ANMCO Toscana

UMBRIA

Condannati alle posate di plastica!

di A. Murrone e G. Alunni

FORUM

Clopidogrel e gastroprotezione: navigando "a vista" tra Scilla e Cariddi

di V. Annese, P. Caldarella, L. Santoiemma

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO

CCNL 2006 - 2009 della Dirigenza Medica e Veterinaria

di Domenico Gabrielli

42

IL PARERE LEGALE

55



Discepoli senza Maestro

di Ornella Mafri

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI

Giovani Cardiologi e ricerca biomedica

di Leonardo Misuraca

57

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

58



Gratitudine e lungimiranza di Giovanni Pascoli

di Francesco M. Bovenzi

I VERSI DEL CUORE

61

Pessoa: il poeta inquieto dalle tante vite

di Silvana Ruffolo

FIGURARE LA PAROLA

63

Marc Chagall e la favola

di Mario Chiatto

NECROLOGIO

64

Il Prof. Pier Luigi Prati: storia di un successo "normale"

di Alessandro Boccanelli

52

RINNOVA LA QUOTA ASSOCIATIVA!



RID

a cuor leggero



AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

Dal 2009 puoi pagare la quota associativa ANMCO con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario. In questo modo sarai sicuro di provvedere ogni anno al rinnovo della tua quota, evitando perdite di tempo.

Il cambiamento e la crescita di HCF: è necessario condividere i compiti!

A. Maseri, G. L. Nicolosi,
S. Pirelli, F. Chiarella, M. Scherillo

La crescita tumultuosa di Heart Care Foundation (HCF) e i risultati più che lusinghieri della passata campagna raccolta fondi, che ha avuto il suo apice nella settimana “Accendi il Tuo cuore per la ricerca” del 5 - 15 febbraio 2009, richiedono un attento ripensamento su HCF e sui suoi compiti. La raccolta fondi, effettuata dalla Fondazione nel corso del 2009, ammonta a circa 1 milione di euro. Di questi ci preme sottolineare che ben 730.000 euro sono il risultato dei contatti della telefonia durante la campagna di febbraio, importo che, a detta degli esperti, è veramente significativo tenuto conto che questa era la prima esperienza per la Fondazione in questo settore. Questo risultato rende possibile avviare e sostenere concretamente la

realizzazione dei progetti di ricerca clinica innovativa, per meglio personalizzare la terapia e la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Sul fronte della crescita istituzionale è indispensabile ricordare attentamente da quale struttura HCF è partita, dove siamo giunti al momento e quali prospettive si affacciano all’orizzonte, al fine di poter delineare una strategia di crescita armonica ed efficace per il futuro. La Figura 1 rappresenta la struttura HCF di partenza, antecedente al 1 gennaio 2008, data dell’insediamento della nuova Presidenza di Attilio Maseri. Si trattava di una struttura costituita da un Consiglio di Amministrazione (CDA) che assicurava al suo interno, tramite l’impegno e la dedizione dei suoi componenti, e grazie alla illuminata guida dei suoi Presidenti (non possiamo non ricordare in particolare il compianto Franco Valagussa), sia l’aspetto della definizione strategica degli obiettivi (orientati pressoché esclusivamente al Settore Educazionale e alla Scuola) che l’aspetto operativo sul campo. Il Centro Studi, collocato all’interno di HCF, si dedicava alla fase operativa e realizzativa dei progetti di Ricerca Clinica Convenzionale approvati dall’ANMCO. La Figura 2 rappresenta le articolazioni attuali di HCF, così come si stanno delineando dopo e durante la travolgente crescita di questi mesi. Si richiama l’attenzione

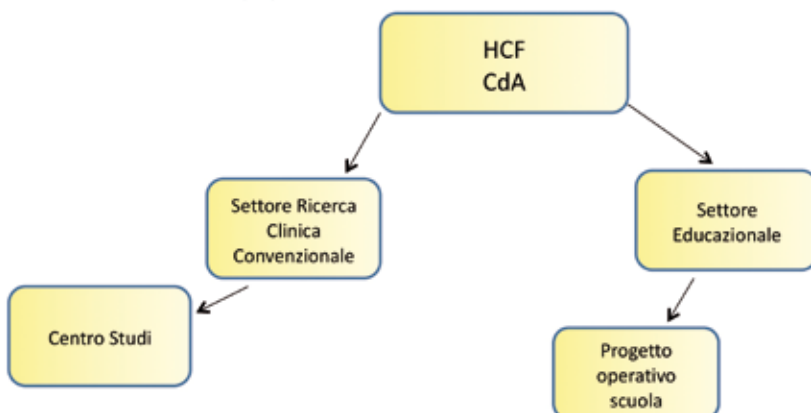


Figura 1

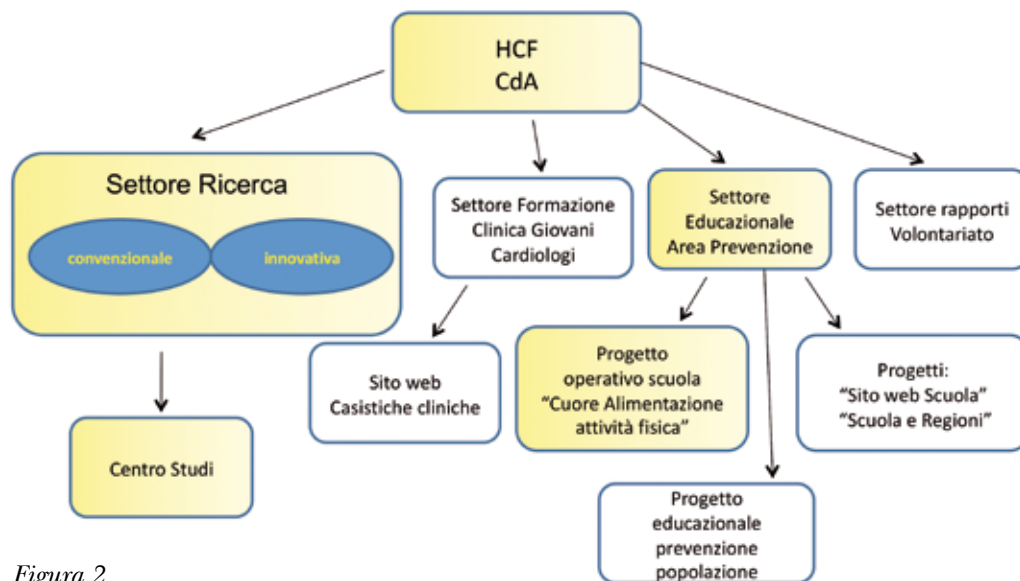


Figura 2

in particolare al procedimento attualmente in corso di fusione per incorporazione della “Fondazione Internazionale per il Cuore Onlus”, al termine della quale si assisterà alla confluenza delle risorse delle due Fondazioni in HCF. Nell’ottica ed in armonia con tale importante operazione, il Prof. Andrea Monorchio ci ha onorato di accettare di far parte del CDA di HCF. Appare ovvio come la complessità di sistema sia cresciuta in maniera esponenziale, rendendo necessaria una differenziazione dei compiti fra il CDA e i differenti Settori Operativi di HCF, nonché una assunzione di responsabilità da parte dell’ANMCO e delle numerose figure professionali (in parte da identificare ad opera dell’ANMCO) necessarie a dirigere responsabilmente, rendendo poi conto dei risultati all’ANMCO e ad HCF, i diversi settori operativi così delineati. È infatti impensabile che l’attuale Presidenza e il CDA di HCF possano in prima persona continuare ad essere responsabili e operativi su tutti i campi di azione di HCF così come si sono evoluti, tenendo anche conto che l’attuale complessità potrebbe dover riconoscere ulteriori aspetti di crescita, specie se la condivisione dei diversi compiti diventerà operativa in maniera organizzata e produttiva. È così che la *Ricerca Innovativa* (vessillo e obiettivo prima-

rio della Presidenza Maseri) deve poter riconoscere un affiancamento ad un continuo ulteriore sviluppo della *Ricerca Convenzionale* (di cui continueranno ad essere promotori e responsabili l’ANMCO e i diversi Chairmen e Steering Committee dei possibili diversi Studi da delineare). Il Centro Studi ANMCO continuerà operativamente ad occuparsi della realizzazione e conduzione degli studi concretamente inquadrabili in una delle due facce (innovativa o convenzionale) della stessa medaglia (la Ricerca). In questi mesi è stato dato anche ampio impulso al *Settore Formazione Clinica* delle nuove generazioni di giovani Cardiologi, in gran parte attraverso l’implementazione del nuovo Sito WEB ANMCO - HCF per opera di Alessandra Chinaglia. Anche tale Settore richiede però nuove energie e nuove attribuzioni e assunzioni di responsabilità da parte di Soci ANMCO attivi e dinamici, da identificare. È solo attraverso la definizione e lo sviluppo consapevole della complessità che anche questo settore potrà articolarsi in iniziative diversificate e molteplici, con obiettivi condivisi. Il Consiglio Nazionale ANMCO ha unanimemente attribuito all’Area Prevenzione Cardiovascolare (Chairman Stefano Urbinati) la responsabilità del *Settore Educazionale* di HCF. Anche questa assunzione di

responsabilità è in costante evoluzione e richiede una ulteriore serena chiarificazione di ruoli, obiettivi e progettualità. Al momento è operativo sul campo un progetto scuola denominato “*Cuore, alimentazione e attività fisica*” (responsabile Pier Luigi Temporelli). Si stanno delineando anche altri due progetti operativi messi in campo dall’Area Prevenzione Cardiovascolare, uno sul fronte nazionale (Sito Web Scuola) e uno a crescita potenziale articolata nelle diverse regioni (Progetto Scuola e Regioni). Il *Progetto Sito Web Scuola* prevede la possibilità per le scuole di tutta la Nazione di potersi avvalere del materiale educativo e didattico - formativo realizzato dalla Fondazione attraverso una sezione dedicata sul Sito WEB ANMCO - HCF. Il *Progetto Scuola e Regioni* richiederà il coinvolgimento dei Presidenti Regionali (che nell’ottica di armonizzare le attività e non disperdere utili sinergie sono riconosciuti rappresentanti istituzionali sia di ANMCO che di HCF) e dei Consigli Regionali ANMCO al fine di attivare, nelle singole Regioni, progetti educazionali in collaborazione, appunto, con le scuole, ma tagliati su misura sui diversi territori, riconoscendo e valorizzando le diversità. Entrambi questi progetti richiedono grande e ulteriore spinta ideativa, organizzativa e operativa, anche

Finalità della raccolta fondi

Art. 3 Statuto ... "attivandosi nella ricerca scientifica di particolare interesse sociale, nella istruzione e nella formazione."

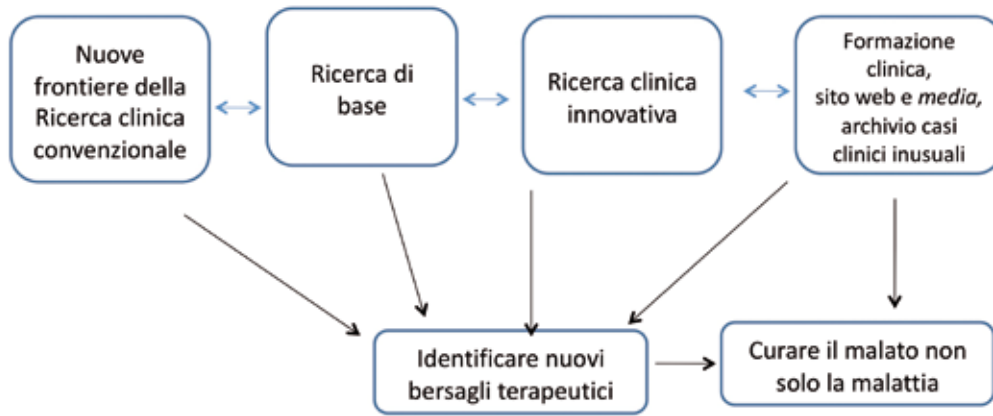


Figura 3

attraverso l'attribuzione di nuove specifiche responsabilità. Meno sviluppato risulta al momento il *Progetto educativo e di prevenzione in ambito di popolazione* (su cui ha molto investito Roberto Ricci), che richiede quindi maggiore elaborazione ideativa e operativa. Un altro Settore di HCF che richiede uno sviluppo equilibrato, tutto da ridefinire, è quello dei *Rapporti con il Volontariato*, in particolare con Conacuore (Presidente Giovanni Spinella). Lo sviluppo delle relazioni con il volontariato viene considerato strategico ed essenziale per ANMCO e HCF, nonché per lo sviluppo della Cardiologia e della continuità assistenziale fra ospedale e territorio, e richiede assunzione di nuove responsabilità da parte dell'ANMCO e di HCF con l'avvio di rapporti meglio condivisi e definiti. La Figura 3 ricorda in maniera chiara e trasparente come la finalità della raccolta fondi di HCF segua l'articolo 3 dello Statuto di HCF che cita appunto "...attivandosi nella ricerca scientifica di particolare interesse sociale, nella istruzione e nella formazione". I fondi HCF che verranno raccolti saranno quindi

utilizzati di volta in volta, in base alle priorità definite, ai diversi settori della ricerca e della formazione di particolare interesse sociale in conformità agli scopi istituzionali della Onlus, allo scopo di identificare possibili nuovi bersagli terapeutici, cercando sempre più di curare il malato e non solo la malattia. Con riguardo alla raccolta dei fondi e dei finanziamenti la Figura 4 rappresenta e chiarisce bene il fatto che la stessa raccolta fondi non possa venire considerata solo un problema e un obiettivo della presidenza HCF o del suo CDA. Tutti i Soci ANMCO come singoli, ma soprattutto i Consigli Regionali, i loro Presidenti e tutta l'architettura organizzativa dell'ANMCO, sono coinvolti in ciascuno dei diversi campi di raccolta rappresentati, al fine di articolare e collegare sinergicamente gli sforzi e le proget-

tualità, definiti a livello nazionale, con le complessità e la diversificazione delle energie e iniziative locali. Solo da uno sforzo combinato e coordinato possono derivare risultati rilevanti e all'altezza degli obiettivi e dei progetti da sostenere. Una particolare attenzione va prestata alla campagna per il 5 per mille nella Dichiarazione dei redditi. Negli anni per molte Fondazioni questo è diventato il settore di raccolta fondi di gran lunga più produttivo! È quindi responsabilità di tutti i Soci ANMCO e dei Consigli e Presidenti Regionali, questi ultimi nel loro importante doppio ruolo istituzionale di Presidenti Regionali ANMCO e HCF, quella di attivare una rete di sostegno e "memento" per questa campagna che può diventare davvero essenziale e determinante per lo sviluppo dei progetti ANMCO - HCF. Inoltre sarà compito dei Presidenti Regionali di segnalare alla Fondazione le iniziative e i progetti a livello locale che potrebbero ottenere il sostegno anche finanziario della Fondazione per la loro realizzazione, così da rendere HCF sempre più presente e vicina alle realtà regionali.

Raccolta Fondi

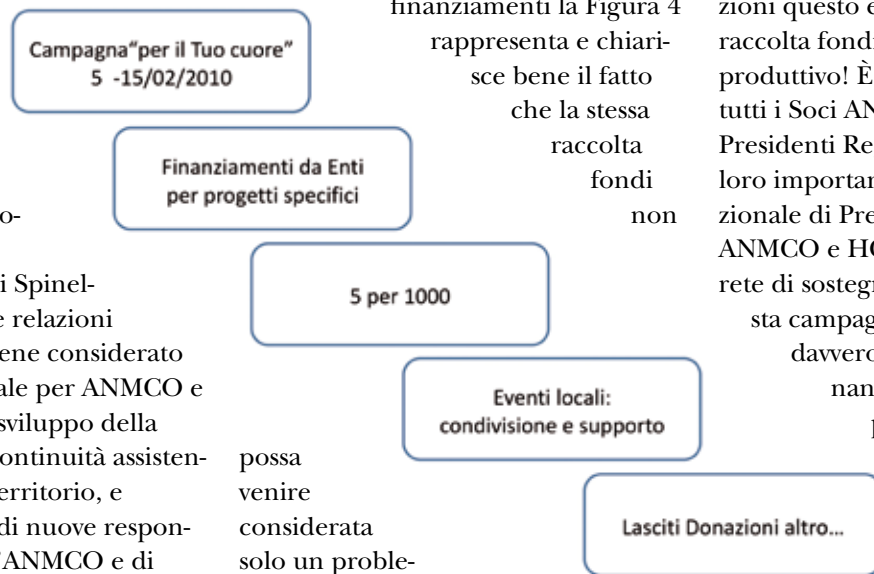


Figura 4



Casi Clinici “inusuali”

L'Archivio di Casi Clinici “inusuali” sul Sito ANMCO (www.anmco.it): un patrimonio comune, consultabile e disponibile per tutti i Soci

Sempre più frequentemente quando per motivi amministrativi o clinici devo attribuire una diagnosi ad un paziente avverto la difficoltà di incasellare rigidamente realtà cliniche complesse ed etichettare pazienti che non corrispondono esattamente a diagnosi standardizzate. I pazienti “inusuali” sono frequenti e spesso rimangono nella nostra memoria come Casi che non abbiamo completamente risolto, e se anche

sempre più ristretti. Questa potenzialità è stata ancora più evidente per un osservatore esterno acuto come il Professor Attilio Maseri che ha intravisto la possibilità di far condividere ai Cardiologi le osservazioni cliniche sui propri Casi “inusuali”, creando un Archivio di Casi Clinici a disposizione di tutti i Soci. Il principio è quello con il quale si è diffusa la pirateria in rete: esistono programmi mediante i quali ciascuno condivide con la comuni-

AAA A tutti i Cardiologi: Casi Clinici “inusuali” cercansi

di Alessandra Chinaglia

Invia i Casi Clinici “inusuali” che hai osservato: la compilazione è semplice e breve (Figura 1)

Condividi con gli altri Cardiologi il Caso Clinico: qualcuno potrebbe avere avuto un Caso simile ed aiutarti a risolverlo e potrà essere discusso da esperti

ne vedessimo di simili non saremmo probabilmente in grado di recuperare i dati anagrafici e clinici per effettuare una comparazione e valutarne le analogie. Ma è proprio l'osservazione di Casi simili che in passato ha consentito intuizioni che hanno portato ad inquadramenti diagnostici, eziologici e fisiopatologici, con apertura verso soluzioni terapeutiche e preventive. La creazione di una memoria collettiva di Casi Clinici “inusuali” può ampliare enormemente le possibilità di collegamenti, intuizioni e scoperta di analogie rispetto alla limitata memoria individuale. L'ANMCO ha potenzialità enormi grazie alla diffusione sul territorio e soprattutto allo spirito di collaborazione. E' una potenzialità che talora i Cardiologi sottovalutano, ma è sufficiente pensare alla risposta che la Cardiologia ha dato alla chiamata degli Studi Blitz per comprendere l'interesse che i Cardiologi hanno ancora nell'osservare il loro operato, nonostante i tempi

di propri film o brani musicali e può attingere e scaricare ciò che gli altri hanno condiviso. Con lo stesso principio (ma in piena legalità) ogni Cardiologo potrà condividere con la comunità cardiologica il Caso Clinico che non ha saputo comprendere o che non è facilmente inquadrabile clinicamente e nello stesso tempo avrà a disposizione un Archivio in cui cercare Casi simili a quello osservato. Le finalità di ricerca di questa proposta sono evidenti: da un Archivio di Casi “inusuali” con caratteristiche distintive simili che possono divenire “Casi indice” paradigmatici (come avvenuto nel Takotsubo!) è possibile ricercare le cause della loro diversità per scoprire nuovi meccanismi di malattia e di protezione e quindi nuovi potenziali bersagli terapeutici. Si tratta di una ricerca innovativa, che potrà dare frutti grazie alla curiosità di tutti i Cardiologi che trovano il tempo di porsi delle domande e che sanno di non poter spiegare ogni cosa

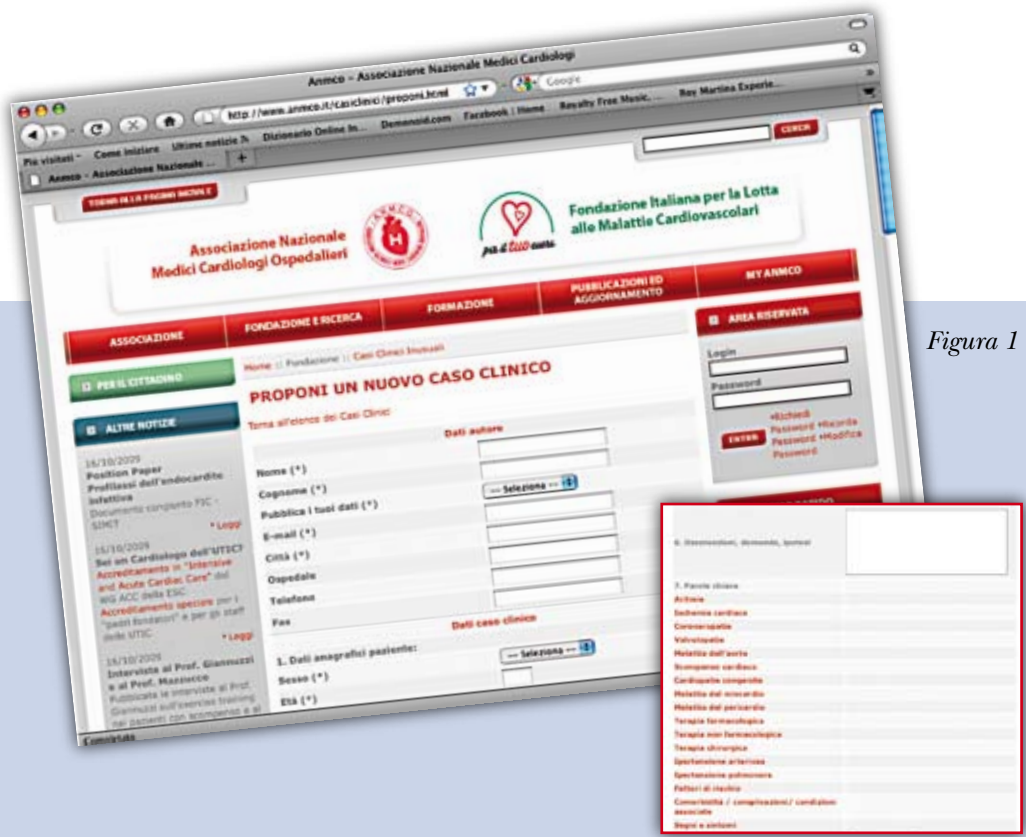


Figura 1

con quello che sanno già. Inoltre la condivisione del Caso Clinico potrà costituire un aiuto per il cardiologo per condividere decisioni difficili con colleghi esperti. Ma al di là della finalità di ricerca questa proposta offre la possibilità di un momento formativo, in quanto può stimolare l'attenzione al singolo paziente nella sua particolarità, in contrasto con una visione di popolazione utile, ma talora limitata. I Casi più interessanti potranno essere oggetto di discussione fornendo lo stimolo per nuovi momenti di crescita e formazione. Lo strumento che si offre per raccogliere ed archiviare i Casi più "inusuali" è il Sito WEB dell'ANMCO. Poiché la scarsa disponibilità di tempo accomuna tutte le Cardiologie, per facilitare la condivisione è stata scelta una grande semplicità d'uso ed una riduzione al minimo dell'impegno richiesto per riportare i caratteri distintivi che caratterizzano il Caso. Il Format è molto semplice, la sua compilazione richiede pochi minuti se

il medico conosce bene il paziente, e lascia ampia libertà di descrizione del Caso. Il Caso sarà inviato senza alcun dato anagrafico a parte età e sesso in modo che sia impossibile l'identificazione del paziente. Il recapito del Medico che invia il Caso dovrà essere disponibile, ma non sarà reso pubblico. Sarà richiesto di scegliere da un elenco le parole chiave che si ritenga possano essere utili per descrivere il Caso per le successive ricerche. Il Registro sarà permanente, senza scadenze, e l'Archivio sarà continuamente aggiornato e consultabile da tutti i Soci. Tutti i Casi inviati saranno oggetto di discussione. Il Comitato Editoriale di questa iniziativa sarà composto anche da coloro che hanno collaborato inviando i propri Casi. Per i Casi selezionati come più interessanti potrà essere richiesta una adeguata documentazione ed eventualmente esami complementari. L'impegno richiesto per documentare adeguatamente i Casi selezionati verrà compensato con

l'importo di 1000 euro. La tradizione della Cardiologia italiana è quella di unirsi per realizzare grandi risultati, Studi GISSI in primis. La realizzazione di questo progetto incontra la principale difficoltà nella sua permanenza, nel non fornire scadenze e deadline. Ovviamente i Casi Clinici "inusuali" possono essere descritti solo nel momento in cui vengono all'osservazione e colpiscono per le loro caratteristiche distintive e solo rendendo la raccolta permanente possiamo pensare di creare uno strumento utile e ricco. Sarà nostra attenzione ricordare nel tempo questa possibilità e stimolare l'invio di Casi, ma saranno i Cardiologi che, se convinti della utilità di sostituire una memoria individuale con una collettiva, inviando i propri Casi Clinici "inusuali" contribuiranno a creare un patrimonio comune, unico, disponibile e consultabile, di grande potenzialità e ricchezza, e potranno condividere i loro dubbi e domande e ... forse avere delle risposte sorprendenti.



Consiglio Direttivo ANMCO

biennio 2008 - 2010

PRESIDENTE

SALVATORE PIRELLI

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333
0372/405111 - 332 - 323
Fax 0372/433787
e-mail: pirelli.s@libero.it

PRESIDENTE DESIGNATO

MARINO SCHERILLO

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia - A.O. G. Rummo
Via dell'Angelo, 1 - 82100 Benevento
Tel. 0824/57679 - 0824/57580
Fax 0824/57679
e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

PAST - PRESIDENT

FRANCESCO CHIARELLA

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Santa Corona
Via XXV Aprile, 128
17027 Pietra Ligure (SV)
Tel. 019/6234471
Fax 019/6234483
e-mail: francesco.chiarella@ospedale-santacorona.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Culturali

ZORAN OLIVARI

Direttore di U.O.C di Cardiologia
Ospedale Ca' Foncello
P.zza Ospedale, 1 - 31100 Treviso
Tel. 0422/322776
Fax 0422/322662
e-mail: zolivari@ulss.tv.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Organizzative e Gestionali

MATTEO CASSIN

Dirigente
U.O. di Cardiologia
A. O. S. Maria degli Angeli
Via Montereale, 24
33170 Pordenone
Tel. 0434/399277 - 438
Fax 0434/399197
e-mail: matteo.cassin@aopn.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE

GIUSEPPE PALAZZO

Dirigente
U.O. di Cardiologia
UTIC e Semintensiva
Ospedale Cannizzaro
Via Messina, 821 - 95126 Catania
Tel. 095/7262563
Fax 095/7262588
e-mail: gipalace@yahoo.it

TESORIERE

GIAMPAOLO SCORCU

Responsabile Struttura semplice
UTIC - U.O.C. di Cardiologia
A.O. G. Brotzu - S. Michele
Piazzale A. Ricchi, 1 - 09134 Cagliari
Tel. 070/539512 - 539515
Fax 070/531400
e-mail: giampaoloscorcu@aob.it

CONSIGLIERI

PASQUALE CALDAROLA

Dirigente
U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale M. Sarcone
Via P. Fiore, 135 - 70038 Terlizzi (BA)
Tel. 080/3608344
Fax 080/3608343
e-mail: pascald@libero.it

MARIO CHIATTO

Dirigente
U.O.C. di Cardiologia
Presidio Ospedaliero Mariano Santo
Contrada Muoio Piccolo
87100 Cosenza
Tel. 0984/681763
Fax 0984/681720
e-mail: compama@libero.it

ALESSANDRA CHINAGLIA

Responsabile Struttura semplice
UTIC - U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Maria Vittoria
Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino
Tel. 011/4393315
Fax 011/4393465
e-mail: chinaglia@fastwebnet.it

DOMENICO GABRIELLI

Responsabile di Struttura semplice
U.O. di Cardiologia - AOUOR Presi-
dio Cardiologico G.M. Lancisi
Via Conca, 71 - 60122 Ancona
Tel. 071/5965704
Fax 071/5965025
e-mail: d.gabrielli@ospedaliriuniti.marche.it, d.gabrielli@ao-umbertopri-mo.marche.it

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Dirigente
Cardiologia Generale 1
A.O.U. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947692
Fax 055/7947468
e-mail: mazzuolif@aou-careggi.tosca-na.it, francesco.mazzuoli@unifi.it

MASSIMO UGUCCIONI

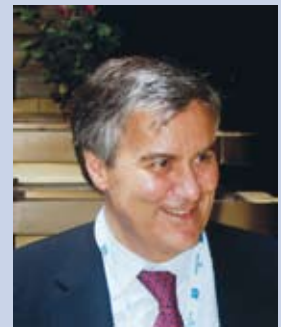
Direttore di Struttura complessa
Cardiologia II - C.T.O.
Via San Nemesio, 28 - 00145 Roma
Tel. 06/51003741
Fax 06/51003806
e-mail: uguccioni.massimo@aslrmc.it



Il Documento della FIC “Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia” presentato alle Istituzioni Sanitarie

Martedì 13 ottobre 2009 il Documento della Federazione Italiana di Cardiologia *Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia* recentemente pubblicato è stato presentato alle Istituzioni Sanitarie nella sala Capitolare del Senato della Repubblica, dopo che lo scorso maggio la FIC aveva ricevuto da parte del Vice Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio la richiesta di poter utilizzare il nostro elaborato per i lavori della Commissione ministeriale che sta producendo i criteri di accreditamento delle Strutture in termini di appropriatezza clinica, tecnologica, strumentale ed organizzativa. L'incontro ha previsto l'apertura da parte del Sen. Antonio Tomassini, Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ha letto una lettera di plauso all'iniziativa FIC ricevuta dal Presidente del Senato, Sen. Renato Schifani, che ha concesso all'evento il patrocinio del Senato. Ai saluti istituzionali hanno fatto seguito un'introduzione sulle finalità ed i contenuti del Documento da parte del Presidente FIC Giuseppe Di Pasquale, la presentazione del Documento da parte dei Coordinatori ANMCO e SIC Francesco Chiarella e Marco Ciccone, preceduti da una breve introduzione da parte dei Presidenti di ANMCO e SIC Salvatore Pirelli e Paolo Marino. Alla presentazione del Documento ha fatto seguito una Tavola Rotonda moderata dal Presidente FIC e dal

Sen. Prof. Raffaele Calabrò al quale va il nostro più sentito ringraziamento per avere reso possibile l'organizzazione dell'incontro. Nella Tavola Rotonda si sono succeduti gli interventi di rappresentanti politici delle due coalizioni governative (Sen. Giuliano Barbolini, Sen. Dorina Bianchi, Sen. Daniele Bosone, Sen. Ulisse Di Giacomo, On. Antonio Palmieri, Sen. Michele Saccomanno) insieme ad interventi di Conacuoere (Prof. Gianni Spinella), Cittadinanzattiva (Dr. Giuseppe Scaramuzza) e Cardiologi di ANMCO e SIC (Marino Scherillo, Francesco Fedele). In assenza del Vice Ministro della Salute Prof. Ferruccio Fazio, impossibilitato a partecipare per sopraggiunti impegni istituzionali, le conclusioni dell'incontro sono state fatte dal Sen. Raffaele Calabrò e dal Presidente FIC. All'incontro hanno partecipato i Coordinatori delle Commissioni del Documento e Presidenti o loro delegati di tutte le Società Cardiologiche federative che insieme ad ANMCO e SIC hanno contribuito alla realizzazione del Documento Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia con la presenza complessiva di oltre 50 persone. Nell'introduzione del Presidente FIC e nelle presentazioni svolte dai Coordinatori del Documento sono state richiamate le criticità emergenti per le quali il Documento intende portare un contributo propositivo: ipotesi di nuovi modelli organizzativi



di Giuseppe Di Pasquale





Da sinistra: Sen. Michele Saccomanno, Sen. Dorina Bianchi, Sen. Prof. Raffaele Calabrò, Dott. Giuseppe Di Pasquale, Sen. Ulisse Di Giacomo, Sen. Daniele Bosone.

ospedalieri, nuovo ruolo delle UTIC, Dipartimento Cardiovascolare, frammentazione della Cardiologia nelle subspecialità, continuità assistenziale ospedale - territorio. La Cardiologia in Italia può vantare già da molti anni il raggiungimento di un elevato livello medio di assistenza, con numerosi Centri di eccellenza ed una diffusione capillare di servizi che offrono risposte soddisfacenti ai bisogni della popolazione su tutto il territorio nazionale. Elevato è anche il livello medio della qualità percepita da parte del cittadino - paziente per i servizi cardiologici ospedalieri, sia per quanto riguarda l'area di degenza che quella ambulatoriale. La qualità della ricerca cardiologica collaborativa svolta


in Italia è riconosciuta ai massimi livelli internazionali. Vorremmo che questo prezioso patrimonio culturale ed assistenziale non venisse improvvisamente disperso. Da parte di tutti i Cardiologi che sono intervenuti sono stati espressi timori per un ridimensionamento dell'eccellenza della Cardiologia italiana nell'ipotesi di attuazione di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza ospedaliera per intensità di cure che comprometterebbero qualità delle cure e continuità assistenziale

del paziente cardiopatico, frammentando i percorsi assistenziali. Nei diversi interventi è stato riproposto con forza il modello del Dipartimento Cardiovascolare quale strumento più idoneo per garantire l'efficienza e la completezza dei percorsi diagnostici - terapeutici, in grado di realizzare il massimo livello di integrazione specia-

sedi le richieste della Cardiologia di una salvaguardia della specificità cardiologica, che non vuole essere una difesa corporativa ma la condizione necessaria per mantenere elevato il livello di qualità delle cure cardiologiche nel nostro Paese. Dal momento che il governo della Sanità è affidato alle Regioni, è adesso necessario che i

contenuti del Documento *Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia*, dopo il recepimento da parte della Commissione Sanità del Senato e del Ministero della Sanità, vengano portati all'attenzione della Conferenza Stato - Regioni alla quale nel mese di luglio è già stato inviato il nostro Documento. La Conferenza

è infatti l'organismo che può emanare indirizzi regionali su modelli di organizzazione sanitaria. Sta poi a tutti noi fare sì che il Documento programmatico della Cardiologia italiana possa essere capillarmente diffuso in ogni ambito regionale e aziendale - territoriale per influenzare le scelte di politica sanitaria a favore della salute cardiovascolare dei nostri pazienti.



Perché la Riedizione del Documento Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia ?

Necessità di aggiornare il Documento FIC del 2003 in considerazione di emergenti criticità e proposte di cambiamenti:

- Ipotesi di nuovi modelli organizzativi ospedalieri (Ospedale per "intensità di cure")
- Ruolo delle UTIC Spoke
- Dipartimento Cardiovascolare
- Frammentazione della Cardiologia (subspecialità)
- Continuità assistenziale Ospedale - Territorio

listica ed una razionalizzazione ottimale delle risorse. Da parte del Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato Sen. Tomassini e di tutti i rappresentanti politici intervenuti è stato espresso un generale apprezzamento per la maturità dei contenuti del nostro Documento FIC e per il grande sforzo di unitarietà propositiva della Cardiologia italiana nei confronti delle Istituzioni Sanitarie. La componente politica ha assicurato un impegno a sostenere nelle apposite



Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2009-2010

AREA ARITMIE

Chairman Massimo Zoni Berisso (Genova - Sestri Ponente)

Co - Chairman Maurizio Landolina (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)

Giampiero Maglia (Catanzaro)

Claudio Pedrinazzi (Crema)

Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/

AREA CHIRURGICA

Chairman Luigi Martinelli (Milano)

Co - Chairman Pierluigi Stefàno (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Mauro Cassese (Catanzaro)

Giuseppe Faggian (Verona)

Giovanni Marchetto (Cagliari)

Daniele Maselli (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairman Giuseppe Fradella (Firenze)

Co - Chairman Maddalena Lettino (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Roberto Ceravolo (Catanzaro)

Marco Milo (Trieste)

Alessandro Pani (Cagliari)

Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza/

AREA INFORMATICA

Chairman Guido Giordano (Catania)

Co - Chairman Antonio Mantero (Milano)

Comitato di Coordinamento

Paolo Barbier (Milano)

Domenico Di Girolamo (Caserta)

Walter Pitscheider (Bolzano)

Alfredo Posteraro (Tivoli - RM)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica/

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman Andrea Rubboli (Bologna)

Co - Chairman Loris Roncon (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Ermanno Angelini (Brindisi)

Michele Azzarito (Roma)

Bianca Maria Fadin (Cremona)

Matteo Rugolotto (Treviso)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo/

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman Evasio Pasini (Lumezzane - BS)

Co - Chairman Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)

Comitato di Coordinamento

Paolo Corsetti (Torino)

Gessica Italiani (Pescia - PT)

Vincenzo Lenti (Taranto)

Giacomo Levantesi (Vasto - CH)

www.anmco.it/aree/elenco/management/

AREA NURSING

Chairman Medico Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)

Co - Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MI)

Chairman Infermiere Lucia Sabbadin (Trento)

Co - Chairman Infermiere Cristiana Caredda (Cagliari)

Comitato di Coordinamento

Gioia Cassoni (Roma)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Paola Di Giulio (Milano)

Gaetano Satullo (Messina)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing/

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman Stefano Urbinati (Bologna)

Co - Chairman Pompilio Faggiano (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Francesco Boncompagni (Cosenza)

Francesco Fattirolli (Firenze)

David Mocini (Roma)

Gian Piero Perna (Ancona)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman Michele Senni (Bergamo)

Co - Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)

Comitato di Coordinamento

Mariantonietta Cicoira (Verona)

Giovanni Cioffi (Trento)

Paolo Midi (Genzano di Roma - RM)

Massimo Piepoli (Piacenza)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/

Alice nell'Ospedale delle Meraviglie

Il mondo virtuale dipinto da Lewis Carroll è frutto della fantasia. L'Ospedale virtuale è una traslazione della realtà, da esplorare con la mente fresca di Alice

di Guido Giordano

La diffusione della tecnologia digitale in ambito sanitario, rivoluziona i connotati delle tradizionali modalità organizzative ed operative, sottrae dati, informazioni, documenti al mondo reale e li trasferisce in un mondo virtuale che sfugge ai nostri sensi ma non all'intelletto e costituisce un tema di aggiornamento professionale

Un mondo immaginario che, a differenza del Paese delle Meraviglie, è la traslazione della realtà, più facile da comprendere se ci predisponiamo con la freschezza mentale di Alice

«Nell'ospedale di Vattelapesca le informazioni cliniche riservate sono affisse in bacheca, esposte al pubblico». Estratto da un articolo di stampa? Per fortuna no. Si tratta di una notizia inventata e paradossale ma che invita ad una riflessione. Affiggere in bacheca informazioni sanitarie riservate costituisce un reato penale (art. 326 e art. 622 c.p.); nessun Operatore sanitario eseguirebbe consapevolmente un simile gesto. L'affissione in bacheca presuppone la stampa delle informazioni su carta, ne presuppone il trasferimento su un supporto fisico, tangibile. La nostra consuetudine al mondo reale, quello percepibile ai nostri sensi, ci impedisce di effettuare consapevolmente un gesto talmente sconsiderato. Immaginiamo invece di approdare ad un mondo virtuale, un mondo che sfugge ai nostri cinque sensi, un mondo percepibile solo con il nostro intelletto. Se la bacheca si trovasse in un simile mondo virtuale? Siamo così sicuri che, inconsapevolmente, non rischiamo di commettere una simile imprudenza: rendere di pubblico dominio notizie riservate? L'esperienza dei mondi virtuali, che sono il frutto della tecnologia digitale, è un'esperienza recente, ancora insolita per molti. Immagini, video, voci, racconti, poesie ... informazioni riservate, sono affidate ad entità virtuali: i numeri. Esplorare mondi virtuali, conoscersi, comunicare è un'esperienza inconsueta per le generazioni più

mature, più abituate alle esperienze tangibili, mediate dai cinque sensi. La gestione delle informazioni sanitarie, che include la raccolta, la custodia, l'archiviazione ed il controllo dell'accesso, è stata tradizionalmente affidata a supporti fisici cartacei e condotta secondo regole e modalità organizzative ampiamente collaudate e conosciute dagli Operatori sanitari. La diffusione della tecnologia digitale in ambito sanitario, rivoluziona i connotati delle tradizionali modalità organizzative ed operative, sottrae dati, informazioni, documentazioni al mondo reale e le trasferisce in un mondo virtuale che sfugge ai nostri sensi ma non all'intelletto e costituisce un tema di aggiornamento professionale. Un mondo immaginario che, a differenza del Paese delle Meraviglie, è la traslazione della realtà, più facile da comprendere se ci predisponiamo con la freschezza mentale di Alice. «Inizia dall'inizio e vai avanti finché non arrivi alla fine: poi, fermati» dice il Re del Paese delle Meraviglie. Per non incorrere inconsapevolmente nel clamoroso errore di non tutelare a sufficienza le informazioni riservate che ci vengono affidate, è opportuno avere alcune conoscenze di base. L'architettura del sistema informatico include la definizione di alcune procedure, fondamentali per la tutela dei dati, che includono i privilegi d'accesso ed il procedimento di autenticazione.



Privilegi d'accesso

Chi a diritto ad accedere al sistema informatico? Chi ha la facoltà di inserire nuove informazioni? Chi di accedere alle informazioni in archivio? I privilegi d'accesso definiscono le tipologie di operazioni che l'utente è autorizzato a compiere; essi sono differenziati in privilegi per categoria di appartenenza e per singolo operatore. La corretta definizione dei privilegi d'accesso rappresenta un momento fondamentale nella realizzazione di un sistema di Governo Clinico informatizzato, un momento che non può essere attuato senza la partecipazione attiva dei Medici che diverranno gli utenti del sistema informatico.

Autenticazione

Il sistema informatico è strutturato in modo da identificare con certezza l'utente al fine di autorizzarne l'accesso sulla scorta dei privilegi predefiniti. Questa fase è comunemente definita con il termine log in (login, loggin; log on, logon). Effettuate le operazioni richieste, la procedura dovrà essere completata dalla disconnessione dell'utente dal sistema, fase definita con il termine log out (logout). L'autenticazione costituisce il momento in cui l'utente si lascia identificare dal sistema esibendo le credenziali. L'autenticazione è un momento fondamentale per la tutela della riservatezza

dei dati sanitari e per la salvaguardia del corretto operato del sanitario. Le procedure per controllare l'accesso al sistema informatico devono essere rigorose, sicure, efficaci. Al contempo devono essere di semplice attuazione, concepite per rispondere prioritariamente alle esigenze dell'utente finale e non devono sovraccaricare le attività quotidiane. Un esempio di credenziali d'accesso di uso comune consiste nell'impiego di una combinazione di ID e password per singolo utente. ID (user ID) è una frase non segreta che identifica l'utente, mentre la password è una combinazione segreta di lettere e numeri conosciuta solo dall'utente, la cui segretezza costituisce l'elemento di garanzia di buon funzionamento del processo d'autenticazione. Per incrementare la sicurezza, il sistema predispone il rinnovo periodico della password. Generalmente la disconnessione dal sistema, o log out, deve essere richiesta esplicitamente dall'utente che ha completato le operazioni oppure avviene automaticamente dopo un periodo prefissato di inoperatività. Questa modalità operativa comporta il pericolo di lasciare incustodita la postazione in cui è stato effettuato il log in e può avere conseguenze spiacevoli, richiede pertanto l'adozione di specifiche soluzioni tecniche. L'autenticazione mediante ID e password è

molto diffusa, piuttosto economica da realizzare, può essere molto valida in alcune circostanze ma presenta anche limiti di sicurezza, affidabilità e praticità d'impiego. Nelle corsie ospedaliere, anche se molto diffusa, non rappresenta una

soluzione ottimale. Esistono altre modalità per effettuare log in e log out e su questo argomento si giocherà una partita di sana competizione tra le aziende del settore che avranno modo di sviluppare ed offrire le soluzioni più appropriate. Rivendicare il diritto del Medico a partecipare alla organizzazione del sistema informatico per il Governo Clinico comporta la partecipazione alla scelta delle soluzioni più appropriate, sicure, affidabili e dal minimo impatto procedurale.

File di log

Tutte le operazioni svolte quando si opera sul sistema informatico vengono registrate nel file di log, un documento riservato. Il file di log può essere utilizzato solo nei casi previsti ed esclusivamente dalle autorità competenti per individuare chi, quando e da dove ha avuto accesso al sistema informatico e le operazioni che sono state eseguite. La conoscenza di questi elementari concetti ed il corretto impiego degli strumenti informatici è un elemento di salvaguardia e tutela delle responsabilità medico - legali dell'operatore sanitario.

Per contattare l'autore:

guido.giordano@ecocardiografia.info



Le Linee Guida, Arrigo Sacchi e la pratica clinica

di *Andrea Rubboli*

A distanza di cinque anni dalla precedente versione, sono state recentemente pubblicate le nuove Linee Guida della European Society of Cardiology/European Respiratory Society/International Society of Heart and Lung Transplantation sulla diagnosi ed il trattamento dell'ipertensione polmonare (Eur Heart J 2009; 30: 2493-2537). Il coinvolgimento di molteplici contributori ed il meticoloso e ripetuto

facilmente fruibile algoritmo diagnostico, attraverso il quale ci si avvicina progressivamente alla diagnosi della rara ipertensione arteriosa polmonare (gruppo 1) mediante l'esclusione delle forme più comuni di ipertensione polmonare secondaria a patologia del cuore sinistro (gruppo 2), ad affezioni respiratorie (gruppo 3), o a tromboembolismo cronico (gruppo 4), ed è stata ampliata la trattazione delle ipertensione arteriosa polmona-

Pubbligate le nuove Linee Guida della European Society of Cardiology/European Respiratory Society/International Society of Heart and Lung Transplantation: uno strumento aggiornato per la gestione dei pazienti ed un'occasione per riflettere sul ruolo delle Linee Guida

lavoro di revisione hanno determinato, come illustrato all'ultimo Congresso Europeo di Cardiologia dal Prof. Galiè dell'Università di Bologna che ha guidato e coordinato il Gruppo di Lavoro, un significativo miglioramento dell'attuale versione. Accanto all'estensione della classe di raccomandazione e del livello di evidenza secondo la consolidata nomenclatura della European Society of Cardiology a qualsiasi procedimento diagnostico o manovra terapeutica, è stata aggiornata la classificazione clinica (denominata di Dana Point, e rappresentante la quarta versione dopo quella Ginevra del 1973, di Evian del 1998 e di Venezia del 2003), è stato proposto un nuovo e più

re (gruppo 1) per la quale esistono oggi specifici trattamenti, l'efficacia dei quali è supportata dalla pubblicazione negli ultimi anni di vari studi clinici randomizzati. Ancora, sono state introdotte definizioni di severità della malattia, identificati gli obiettivi terapeutici e stabilite le modalità di follow - up, oltre ad essere state elaborate raccomandazioni relative ai requisiti clinico - organizzativi dei centri di riferimento per la gestione dei pazienti con ipertensione polmonare. Anche se ovviamente passibile di ulteriori miglioramenti, l'attuale versione delle Linee Guida rappresenta un aggiornato, completo e, tutto sommato snello, strumento per l'inquadramento, la diagnosi e la terapia dell'ipertensione

“

Le nuove Linee Guida Europee sull'ipertensione polmonare rappresentano un valido ed aggiornato strumento per l'inquadramento, la diagnosi ed il trattamento di questo spettro di malattie

Da non dimenticare tuttavia che, come tutte le Linee Guida, esse non sono altro che uno strumento generale da adattare meticolosamente ad ogni paziente individuale

”

polmonare. Inoltre, offrono lo spunto per una riflessione sul ruolo che le Linee Guida dovrebbero rivestire nella pratica clinica in un'epoca come quella che stiamo vivendo, nella quale l'omogeneizzazione del pensiero e dei comportamenti è sempre più diffusa (ed in qualche modo addirittura richiesta).

Linee Guida e pratica clinica

Fin dalla loro prima apparizione oltre 15 anni fa, le Linee Guida sono state strutturate come un agile, completo e sempre aggiornato sommario dell'evidenza scientifica deputato ad assistere il Medico nella gestione di svariate situazioni cliniche. Nel tempo tuttavia, il loro ruolo si è progressivamente ipertrofizzato al punto da essere ormai considerate pressoché l'unica ed ineludibile soluzione per tutti i quesiti e tutti i pazienti. La loro perfetta conoscenza ha finito per conferire legittimità all'operato clinico anche di coloro che un approfondito background clinico non hanno, mentre la loro trasformazione in "norme giurisprudenziali" ne ha determinato la migrazione nelle aule dei tribunali ove costituiscono la base per la risoluzione di questioni medico - legali. Una loro piena applicazione ha finito per rappresentare l'elemento chiave per valutare l'appropriatezza delle prestazioni, a sua volta determinante per i risvolti economici nella determinazione dei budget. Fermo restando che l'atto medico effettuato in accordo con l'evidenza disponibile è generalmente efficace ed efficiente, un'applicazione "integralista" delle Linee Guida non era certamente nelle intenzioni di chi le ha ideate. Peraltro, il preambolo di qualsiasi edizione delle Linee Guida

riporta invariabilmente che il loro ruolo è quello di "aiutare i Medici a prendere le decisioni nella loro pratica clinica quotidiana, anche se le scelte definitive relative al singolo paziente devono essere lasciate al Medico responsabile della sua gestione, in considerazione di tutte le variabili presentate da quel paziente". L'irrisolta dialettica circa la superiorità delle Linee Guida rispetto al giudizio individuale, ricorda l'analogia querelle calcistica tra i sostenitori dell'importanza di attenersi rigidamente ad un modulo di gioco rispetto a chi ritiene che sia più importante la creatività individuale. In qualche modo vittima di questa incertezza è stato Arrigo Sacchi, allenatore vincente ed innovatore con la sua squadra di club, ma evitato da grandi trionfi con la Nazionale italiana per aver schierato laterale di centrocampo il più forte attaccante italiano ai mondiali di calcio 1994 o aver sostituito gran parte dei giocatori dopo la vincente partita d'esordio agli europei 1996 in nome della superiorità dello spartito rispetto ai suoi esecutori. E' stato scritto che: «Quel messaggio che si definisce "pragmatismo" è la strada più breve verso l'individualismo, l'assenza di solidarietà, gli ansiolitici.; quel fondo di fascismo che si annida dietro la "filosofia del risultato" è tipico di gente che divide il mondo in dominatori e dominati, in ricchi e poveri, in bianchi e neri, in vincitori e vinti. Mi ripugna un simile messaggio e per contrastarlo mi sforzo di lottare». Queste considerazioni, partorite non da un Sociologo né da un Filosofo, ma da Jorge Valdano, eccellente ala sinistra della nazionale argentina campione del



mondo 1986 e del Real Madrid, oltre che edito-

rialista per

vare vari giornali spagnoli ed attuale Direttore Generale dello stesso Real Madrid (*Il sogno di Futbolandia. Piccola Biblioteca Oscar Mondadori, 2004*), sono riferite al gioco del calcio, ma possono trovare piena applicazione anche nella pratica clinica. Ogni atto medico infatti, anche se inevitabilmente da fondare sulla più solida evidenza disponibile, non può non ammantarsi di una componente creativa per aderire nel modo migliore ad ogni singolo paziente nella sua unicità. Nella gestione del paziente quindi, le Linee Guida devono rappresentare l'ineludibile punto di partenza, ma non necessariamente quello di arrivo. Tale concezione è supportata pienamente dal progetto GISSI Outliers che si propone di individuare i fenomeni che si discostano dalla media (dalla quale sono ottenute ed alla quale si applicano tout court le Linee Guida) ed i meccanismi che ne sono alla base. La riaffermazione dell'individuo e del suo valore permetterà di ricollocare le Linee Guida nel ruolo di background culturale ed ausilio decisionale che loro compete, e di ridefinire l'atto medico che da processo di ricordare (quello che riportano le Linee Guida) potrà tornare processo di ragionare (sulle problematiche del singolo malato).

La comunicazione con l'utenza nel rispetto dei bisogni dell'utenza e degli standard di eccellenza

18

di C. Ghidelli*, E. Pasini, D. Pavan, P. Corsetti, G. Italiani, V. Lenti, G. Levantesi

La comunicazione con l'utenza è uno dei punti fondamentali dei nuovi sistemi organizzativi gestionali. È intuitivo che comunicare all'utente le caratteristiche del "prodotto" che si offre, informare con quale modalità si può acquisire e sapere da chi è prodotto è indubbiamente un bisogno di primaria importanza. Tale concetto è ancora più marcato nel contesto sanitario dove il prodotto è molto complesso in quanto diagnosi, terapia e riabilitazione della persona malata. Nel contesto sanitario la comunicazione deve essere poi tarata sulla tipologia ed i bisogni dell'utente. Di fatto, i bisogni di informazioni per l'utente/paziente medio sono specifici. Ad esempio tale soggetto ha bisogno di informazioni pratiche quali: gli orari dei ricoveri, i documenti necessari, l'orario di visita dei parenti o di colloquio con i Medici

prevedono documenti diversi con informazioni diverse in base ai bisogni di informazioni delle varie tipologie di utenti. I Sistemi di Gestione (SG) proposti per il mondo sanitario, che inglobano anche i dettami del Governo Clinico (CG), prevedono tecniche di comunicazione specifiche con l'utenza e fanno di questo punto una delle pietre miliari del Sistema stesso. Il Sistema internazionale ISO 9000 prevede un sottopunto ben preciso che deve essere soddisfatto per ottenere la certificazione del Sistema. Tale sottopunto è il 7.2. Esso è di fatto il secondo sottopunto del punto 7 delle ISO 9000/2000 o Vision 2000 che detta gli standard per la "Realizzazione del Prodotto". Il sottopunto 7.2 prevede "la comunicazione con il cliente". In questa parte della Norma si dice che: «L'organizzazione deve stabilire attività efficaci per comunicare con

formato (che è di fatto uno strumento di comunicazione) e che comunichi la missione aziendale con i piani ed obiettivi che essa si pone incluso i richiami etici». La comunicazione con l'utenza è inoltre un criterio previsto dagli standard per l'Accreditamento Istituzionale Regionale della Strutture ospedaliere. Ma siamo veramente sicuri che nella nostra pratica quotidiana svolgiamo una comunicazione con il paziente in modo efficace? Crediamo che un approccio integrato con esperti del settore sia fondamentale per meglio capire il momento della comunicazione Medico/Paziente al fine di svolgere al meglio la nostra attività in questo contesto cogente, etico e deontologico. Di fatto, l'intervento medico e la cura del Paziente si verificano all'interno di una relazione che può influenzare positivamente o negativamente l'efficacia ed il livello

La comunicazione come strumento per la valutazione dell'eccellenza del sistema di gestione

curanti, ecc. Tuttavia, gli utenti dei servizi offerti da una Unità Operativa (U.O.) medica possono essere però anche Colleghi esterni che operano sul territorio o di altre U.O. o di altro Ospedale. Questi utenti hanno bisogno di informazioni più dettagliate sulle attività svolte dell'U.O. Se ne deduce che la comunicazione deve essere diversa nei contenuti e nella profondità di descrizione delle varie attività svolte. Di fatto U.O. con Sistemi di Gestione maturi ed evoluti

il cliente/utente/persona in merito a informazioni relative al prodotto/servizio realizzato/offerto». Il concetto di comunicazione con l'utente è ancora più dettagliato nel Sistema internazionale delle Joint Commission Accreditation (JCA). Esso prevede lo standard B che ha come titolo: "Diritti del paziente e della famiglia". Tale standard contiene in una serie di sottopunti e dichiarazioni di intenti nelle quali si precisa che «...l'Azienda affronti il problema del consenso in-

dell'intervento stesso. La situazione è resa complessa da un fenomeno studiato inizialmente in psicoanalisi e successivamente anche nei contesti relazionali: il transfert ed il controtransfert. Con il primo termine si intende un complesso svilupparsi di affetti, attuali, e tuttavia inconsci, nei confronti dell'analista; il secondo comprende l'insieme dei sentimenti inconsci che si attivano nell'analista nei confronti del paziente, sollecitati dalle manifestazioni transferali di quest'ultimo. La

*Docente di Psicopatologia, Università Cattolica del S. Cuore di Brescia



La comunicazione efficace con l'utenza presuppone che sia identificato l'utente con cui comunicare, che vengano identificati i suoi bisogni e che venga predisposto un metodo di comunicazione efficace ed adeguato

La comunicazione non è solo una necessità etica/deontologica ma una specifica richiesta dei sistemi organizzativi complessi incluso l'accreditamento istituzionale delle U.O.

relazione in cui avviene la comunicazione della diagnosi è carica di emozioni, paure, ansie, dubbi, incertezze, ricollegabili al dialogo tra l'inconscio del Clinico e quello del Paziente. Si possono meglio comprendere allora i frequenti fenomeni nella pratica quotidiana quali il diverso atteggiamento che gli operatori possono manifestare nei confronti della stessa persona. La comunicazione della diagnosi medica avviene secondo il modello medico; tuttavia, al Paziente che non è competente di che cosa la diagnosi voglia dire, questa suona come mera denominazione. Può darsi che egli, sentendo dare un nome preciso alle sue sofferenze, si tranquillizzi, ma più spesso ciò appare solo apparentemente. In realtà il Paziente vuole sapere che cosa quel nome, quei nomi significhino: vuol cioè che si spieghi almeno qualcosa della sua malattia. In considerazione dell'alto coinvolgimento psichico che il Paziente vive, il Medico dovrebbe adottare una procedura di comunicazione simile a quella che si usa per la restituzione della diagnosi psicologica. In sintesi la comunicazione tra la persona che chiede aiuto ed il tecnico, sia esso Psicologo, Medico Generico o Specialista, a cui tale richiesta è rivolta, risulta estremamente carica di contenuti emotivi ed affettivi che il paziente porta nella relazione che possono diventare fattore di distorsione già nella raccolta dati e successivamente nella formulazione della diagnosi stessa. Malgrado il problema di una adeguata comunicazione della diagnosi sia stato affrontato nella letteratura, la prassi ricorrente nei servizi è almeno discutibile. L'organiz-

zazione del lavoro sanitario impone sempre più tempi brevi, o meglio non prevede che il Sanitario possa avere un tempo apposito ed adeguato per tale atto relazionale così importante. La scarsità delle risorse implica sovraccarichi per l'Operatore che viene a vivere il bisogno di "difendersi" dai pazienti piuttosto che la disponibilità a "comprenderli". Inoltre gli operatori, esposti ad angosce superiori alle loro capacità elaborative personali (vedi l'effetto del burn - out), tendono inconsciamente ad organizzare le difese nel collettivo. Ne derivano prassi, nocive all'utenza, per salvare gli operatori. Una delle più frequenti è rappresentata dal distaccarsi il più possibile dall'impatto emotivo di una comunicazione della diagnosi che travalichi la mera comunicazione verbale della malattia, nonché la riduzione del tempo dedicato a questo atto. In queste condizioni non solo la comunicazione risulta deficitaria ma spesso anche notevolmente distorta. Spesso tale deficienze e distorsioni influiscono sull'efficacia del trattamento: la compliance, in ogni fase dell'iter clinico, è funzione di modalità di comunicazione al di là degli aspetti meramente informativi della comunicazione verbale. Sarebbe necessario che il Medico nella comunicazione non si identificasse con alcuna tecnica ma si mettesse in una posizione di effettivo ascolto e di reale "osservazione" nei confronti del Paziente. Tutto ciò comporta che l'Operatore Sanitario abbia ricevuto una adeguata formazione di tipo psicologico ed il sostegno di una formazione adeguata e permanente.

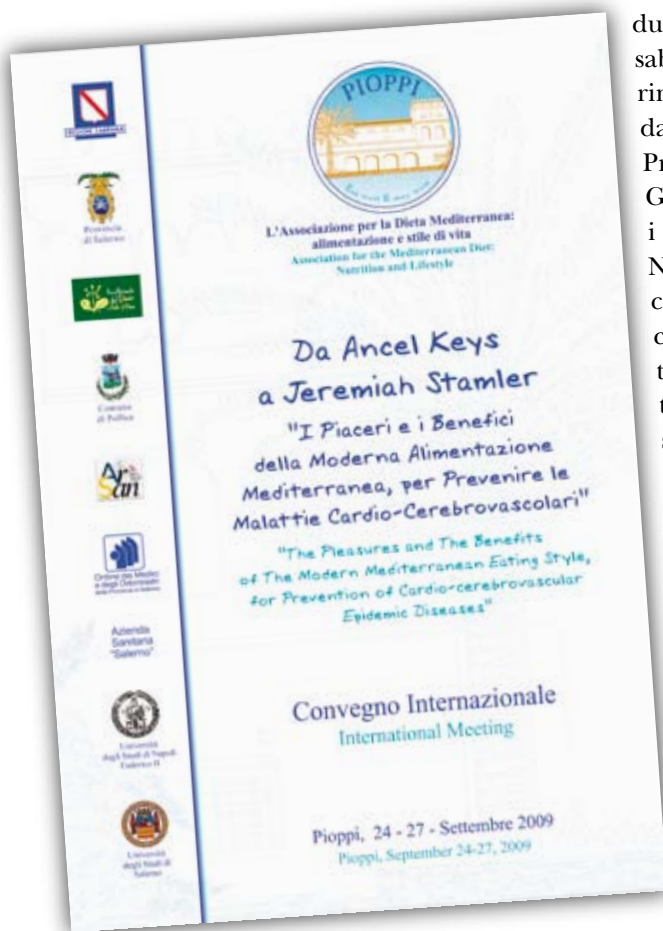
L'ANMCO e la dieta mediterranea: a Pioppi per celebrare i 50 anni "Eat well to stay well" di Ancel Keys e i 90 anni di Jerry Stamler

di S. Urbinati, S. Giampaoli,
D. Vanuzzo

Le grandi scoperte a volte avvengono per caso e quasi sempre sono ottenute da chi vede le cose da lontano, piuttosto che da chi le ha sotto gli occhi ogni giorno. Ancel Keys, Epidemiologo di Minneapolis, nel 1952, durante il suo anno sabbatico ad Oxford, rimase molto colpito dai dati presentati da un Professore italiano, Gino Bergami, secondo i quali tra i lavoratori di Napoli gli attacchi cardiaci erano più rari che altrove. Ne rimase tanto colpito da trascorrere l'inverno seguente proprio a Napoli ad indagare lo stile di vita e l'alimentazione dei lavoratori napoletani. Proprio in quel rigido inverno Keys aveva scoperto che i lavoratori di Napoli avevano uno stile alimentare mediterraneo, svolgevano molta attività fisica, avevano bassi livelli

livelli di colesterolo e attacchi cardiaci più frequenti. Ancel e Margaret Keys allora andarono in Sudafrica a studiare le differenze tra i bantu e i coloni europei, trovando una ulteriore conferma della relazione tra alimentazione, grassi nel sangue e malattie coronariche, mentre Margaret nel 1956 partecipò ad una spedizione con Paul Dudley White in Giappone, durante la quale approfondirono le differenze tra le diverse classi sociali e anche tra la popolazione locale e quella emigrata ad Honolulu e Los Angeles dopo la seconda guerra mondiale. E anche questo studio confermò le precedenti osservazioni sui rapporti tra alimentazione, colesterolemia e incidenza di attacchi cardiaci. Da quelle osservazioni nacque il *Seven Country Study*, uno degli studi più esaltanti nella storia dell'Epidemiologia cardiovascolare. Ma Margaret ed Ancel Keys non si accontentarono di approfondire i loro studi e, a margine della loro attività scientifica, scelsero di comprare casa a Pioppi, in una splendida, ma poco nota baia del Cilento, poco a nord di Capo Palinuro, e impararono i piaceri della buona tavola mediterranea fino a scriverne un libro "Eat well and stay well" che pubblicarono, esattamente 50 anni fa, nel 1959. Se Ancel scrisse la narrazione scientifica con rapidità, eloquenza e chiarezza, Margaret con altrettanta abilità si dedicò a descrivere le ricette che provò e riprovò fino a

sangue e raramente avevano infarti miocardici. Al contrario gli impiegati di banca di città mangiavano come quelli del Minnesota, avevano alti





I coniugi Stamler insieme al Dott. Diego Vanuzzo, Co - Chairman della Sezione Epidemiologica - Preventiva dell'European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.

che diventarono facili da preparare, pronte per un best seller che fu venduto in tutto il mondo e che oggi è un vanto per i collezionisti. A Pioppi costruirono una villa alla quale, facendo riferimento alla famosa scuola eleatica di Parmenide e Zenone, che si è sviluppata proprio da quelle parti, sposando la cultura della Magna Grecia del VI secolo a.C. con quella del XX secolo americano, diedero il nome di Minnelea, un po' Minneapolis e un po' Elea. Nel settembre del 1969 i coniugi Keys vollero che proprio a Pioppi si svolgesse il *II Seminario Internazionale di Epidemiologia e Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari*, uno di quei fervidi Seminari che ha formato la maggior parte dei moderni Epidemiologi cardiovascolari. Questi ricordi, così appassionati, sono stati riportati da Henry Blackburn, Professore emerito dell'Università del Minnesota, allievo di Keys e Stamler, che ha aperto il Convegno Internazionale "Da Ansel Keys a Jeremiah Stamler. I Piaceri e i benefici della dieta mediterranea, per prevenire le malattie cardio - cerebrovascolari" promosso dal 24 al 27 settembre scorso dall'Associazione per la Dieta Mediterranea che ha il suo cuore pulsante ancora in una coppia, il Dott. Alessandro Notaro e la Signora Maria La Gloria, ed è nata per

promuovere la ricerca scientifica e la cultura della dieta mediterranea, ma anche per tenere vivo il ricordo di Ansel Keys che proprio da questo piccolo centro cilentano ha iniziato ricerche che hanno fornito un contributo fondamentale alla conoscenza delle malattie cardiovascolari. Ma l'occasione è stata anche quella di festeggiare Jeremiah Stamler, l'altro protagonista di questa appassionante avventura scientifica, anche lui cittadino onorario di Pioppi, che proprio in questi giorni ha compiuto 90 anni con una lucidità e una propositività scientifica che è testimoniata anche dalle recenti pubblicazioni sulle principali Riviste internazionali degli ultimi sviluppi dello Studio cooperativo INTERSALT di cui è stato, ed è, uno dei promotori. Ma il Convegno, fortemente voluto da Simona Giampaoli, Responsabile del Settore di Epidemiologia delle Malattie Cerebro e Cardiovascolari dell'Istituto Superiore di Sanità, e al quale hanno attivamente partecipato anche Diego Vanuzzo, attuale Co - Chairman della Sezione Epidemiologica - Preventiva dell'European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation e Stefano Urbinati, Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO, non è stato solo un evento commemo-

rativo, ma ha avuto un'alta valenza scientifica grazie alla partecipazione di alcune delle maggiori scuole epidemiologiche a livello mondiale che hanno presentato i dati più recenti e si sono confrontate sulle strategie adottate, con alterni risultati, nei diversi setting nazionali. Durante la mattinata del 25 settembre Paul Elliot di Londra, Kay Tee Khaw di Cambridge, Ulrich Kiel di Munster e Martha Daviglus di Chicago hanno fatto il punto sulle conoscenze e sulle più recenti acquisizioni in tema di componenti alimentari, stile di vita e malattie cardio - cerebrovascolari. La Daviglus in particolare ha definito l'identikit del soggetto a basso rischio: non fumatore, non diabetico, con PA < 120/80 mmHg, colesterolemia < 200 mg/dl e che non assume terapia farmacologica, purtroppo ancora troppo poco rappresentato nelle coorti studiate. Al termine Sir Michel Marmot, Direttore dell'International Institute for Society and Health di Londra, che ha un ruolo chiave nella pianificazione della Sanità inglese ha tenuto una Lettura sulle prospettive della prevenzione cardiovascolare della promozione degli stili di vita dal punto di vista di chi deve mediare tra le evidenze scientifiche e le esigenze politiche. Nel pomeriggio invece si è potuto



Da sinistra: il Prof. Pekka Puska, Direttore Generale del National Public Health Institute of Finland, il Dott. Stefano Urbinati, Chairman Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, il Dott. Maurizio Trevisan, Executive Vice Chancellor at Nevada System of Higher Education.

assistere ad un acceso confronto tra le esperienze sviluppate in diverse aree del mondo. È esaltante l'esperienza finlandese, presentata da Puska, che, partendo negli anni '70 dai dati drammatici del *North Karelia Study* che aveva rilevato un'incidenza di malattie cardiovascolari pericolosamente elevata, ha portato ad una pianificazione di salute pubblica che, attraverso una profonda modificazione del regime alimentare, la riduzione drastica dell'abitudine al fumo e un miglior controllo della pressione arteriosa, è riuscita ad ottenere una riduzione drammatica degli eventi cardiovascolari. Invece molto meno ottimistica è l'esperienza americana raccontata da Elisabeth Barrett - Connor di Los Angeles dove, malgrado gli investimenti fatti in questo campo, si registra solo una riduzione modesta dei fumatori, un allarmante aumento dell'obesità, specie nelle classi si età più giovani, con un incremento dei casi diabete, programmi alimentari e di riduzione del tasso di sodio nei cibi preconfezionati quasi assenti, infine un controllo dell'ipertensione ancora lontano dall'essere soddisfacente. Tra

le luci e le ombre delle esperienze giapponesi e inglesi, si pongono le esperienze italiane, sintetizzate da Donato Greco, Responsabile del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza, e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, che, dopo essere stata la patria della dieta mediterranea, rischia, proprio nelle Regioni del Sud che hanno tenuto a battesimo il *Seven Country Study*, di andare indietro, in considerazione dell'abbandono della dieta mediterranea da parte di molti cittadini a favore di una alimentazione, e anche di uno stile di vita, più "americano". Nella seconda giornata si è posto maggiormente l'accento sulle esperienze italiane soprattutto attraverso gli interventi di Simona Giampaoli, che ha presentato i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano, e di Salvatore Panico, che ha presentato i dati dell'EPICOR il più grande studio mondiale sull'alimentazione, il secondo a cui partecipa la popolazione italiana dopo il *Seven Country Study*, riguardante 48.000 soggetti da 5 aree geografiche: Varese, Torino,

Firenze, Napoli, Ragusa seguiti per 7.5 anni. Al termine del Convegno è stata firmata una carta da tutti i Relatori e Moderatori finalizzati alla preservazione e promozione dello spirito di Pioppi, cioè di quello spirito che ha animato i primi scopritori/promotori della dieta mediterranea, mentre il 1° premio Ancel Keys "Salute e longevità" è stato consegnato al premio Nobel Rita Levi Montalcini. «Margaret ed io facciamo lunghe passeggiate e abbiamo cominciato la raccolta delle olive e degli agrumi. Abbiamo arance, albicocche, pere, mandarini, prugne e quattro alberi di mele che producono solo una mela di tanto in tanto. E poi abbiamo anche il kumquat e il chinotto. Probabilmente non conosci il chinotto. È un agrume più rosso del mandarino e cresce su un bellissimo albero, produce molti frutti e se ne ricava una meravigliosa marmellata». Ancel Keys, che aveva scoperto quanto fosse semplice e allo stesso tempo straordinario, fare attività fisica ogni giorno e mangiare in quel modo morì nel 2005 all'età di centouno anni.

Luci ed ombre del training fisico nello Scompenso Cardiaco: il possibile ruolo dell'Area

di M. F. Piepoli, G. Misuraca, M. Senni

Figura 1
Prima pagina del BMJ dove sono presentati i risultati della Meta - analisi ExtraMatch



Dispnea e facile affaticabilità, i sintomi più invalidanti nello Scompenso Cardiaco cronico, trovano origine da una combinazione di fattori centrali, disfunzione cardiaca e polmonare con attivazione di risposte compensatorie neuro - endocrine, e periferici, che includono miopatia scheletrica e respiratoria, attivazione degli ergoriflessi muscolari, iperventilazione, e ulteriore incremento del drive adrenergico.

L'antico approccio, che prescriveva al paziente con Scompenso Cardiaco il riposo, è stato abbandonato dopo che le evidenze prodotte nell'ultimo ventennio hanno ribaltato questi concetti, documentando l'importanza dell'allenamento fisico tramite la riabilitazione anche per questi malati. Lo spunto originale che ha spinto a considerare negativa anche per questi pazienti l'inattività derivava dall'osservazione delle modificazioni sistemiche indotte dal decondizionamento muscolare dopo prolungato allettamento per patologie invalidanti o traumi maggiori.

Effetti del training fisico

Il training fisico nello Scompenso Cardiaco determina un miglioramento della capacità funzionale, con spostamento della soglia anaerobica ad un livello più elevato di lavoro, e dei parametri sottomassimali di esercizio^(1,2). Ciò viene ottenuto grazie alle modificazioni che il training induce soprattutto a livello periferico: effetto sul muscolo scheletrico sia in senso qualitativo che quantitativo⁽³⁾, sull'endotelio⁽⁴⁾, e sul drive ventilatorio⁽⁵⁾. La meta - analisi Extra - MATCH (Figura 1) ha recentemente riesaminato i dati di tutti i Trial randomizzati controllati con un programma strutturato di esercizio aerobico in pazienti con Scompenso Cardiaco, documentando una significativa riduzione della mortalità totale (Figura 2) e dell'end - point combinato predefinito di mortalità ed ospedalizzazione per qualsiasi causa (Figura 3) nel gruppo sottoposto a training fisico. Il numero

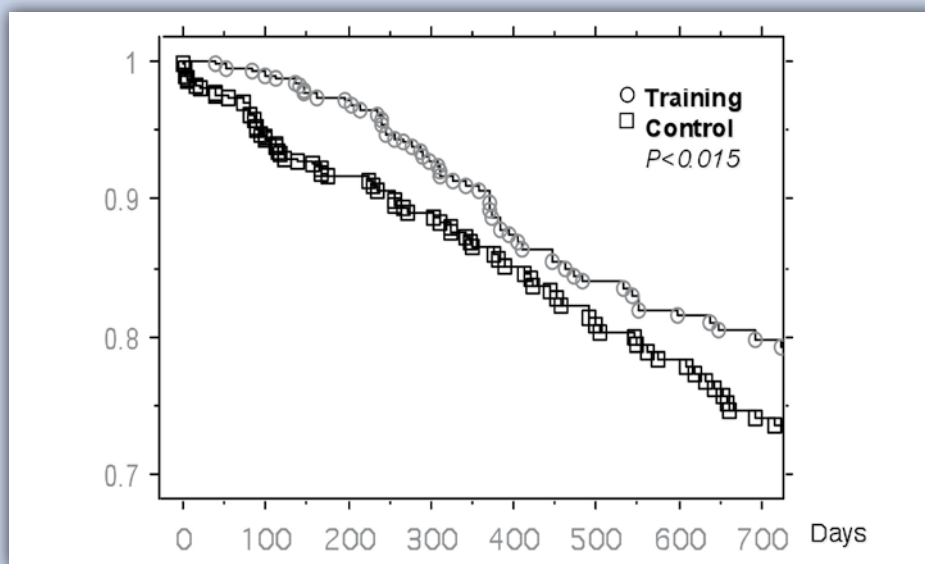


Figura 2

Meta - analisi Extra - MATCH per mortalità

A 2 anni la curva Kaplan - Meier di mortalità era 20.7% (95% CI 15.4% - 25.8%) nel gruppo allenato vs. 26.5% (95% CI 20.7% - 31.8%) nei controlli (HR 0.65 CI 0.46 - 0.92, log - rank $\chi^2 = 5.9$ $p = 0.015$).

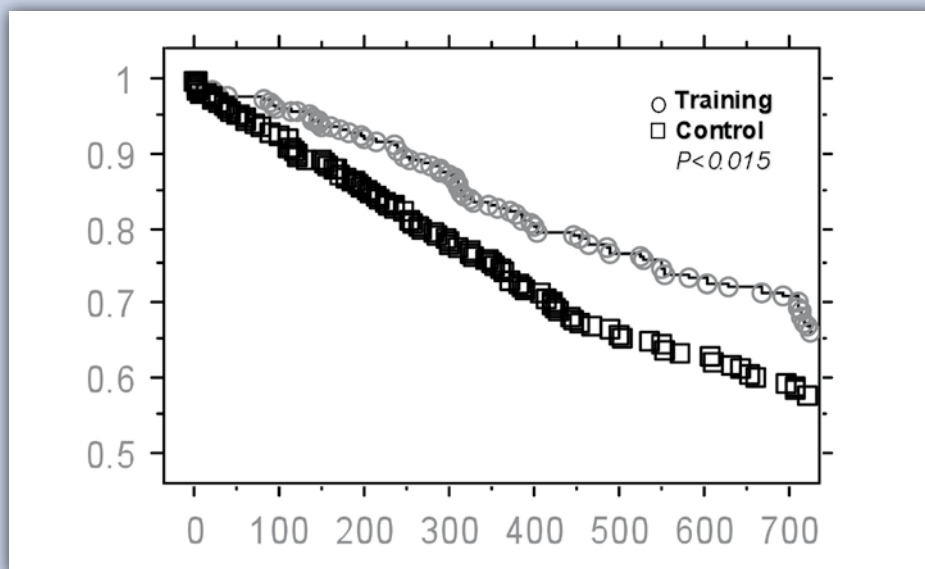


Figura 3

Meta - analisi Extra - MATCH per mortalità o ospedalizzazioni

A 2 anni la curva Kaplan - Meier era 34.0% (CI 26.4% - 39.5%) nel gruppo allenato vs. 42.3% (CI 35.5% - 48.2%) nei controlli (HR 0.72, CI 0.56 - 0.93, logrank - $\chi^2 = 6.4$, $p = 0.01$).

di pazienti da trattare (valore NNT) per prevenire un decesso è risultato pari a 17, decisamente favorevole e non inferiore ad altri trattamenti consolidati quali la terapia beta - bloccante ⁽⁶⁾. Anche alla luce di questi dati le Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco della Società Europea di Cardiologia del 2008 hanno riconosciuto al training fisico il massimo grado di raccomandazione (classe I) e il più elevato livello di evidenza (A) ⁽⁷⁾. Tuttavia dopo tale riconoscimento, alcune ombre sono comparse sul ruolo del training fisico con la presentazione all'ultimo Congresso dell'American Heart Association dei risultati dello studio HF - ACTION, il Trial randomizzato più completo ed esteso sull'allenamento fisico nei pazienti scompensati, organizzato dal National Heart, Lung, and Blood Institute. Benché gli eventi avversi siano stati simili nei due gruppi, confermando come l'esercizio fisico rappresenti un trattamento sicuro in questi pazienti, dopo un follow - up di 2.5 anni, la riduzione nell'endpoint principale combinato mortalità e ospedalizzazioni nel gruppo assegnato al training fisico è stata dell'11%, non significativa nell'analisi principale, e modestamente significativa ($p = 0.03$) solo dopo aggiustamento per 4 variabili predefinite; anche la differenza di mortalità totale non è stata significativa (Figura 4). Un limite importante dello studio è stata la ridotta aderenza al programma di training: la durata media settimanale del training fisico domiciliare era inferiore a 50 minuti contro un target di 120 minuti. L'insufficiente aderenza potrebbe spiegare almeno in parte come ad 1 anno vi

End points	Hazard ratio	95%	p
Mortalità/ospedalizzazioni totali	0.93	0.84–1.02	0.13
Dopo aggiustamento	0.89	0.81–0.99	0.03
Mortalità/ospedalizzazioni cardiovascolari	0.92	0.83–1.03	0.14
Dopo aggiustamento	0.91	0.82–1.01	0.09
Mortalità cardiovascolari / ospedalizzazioni per scompenso	0.87	0.75–1.00	0.06
Dopo aggiustamento	0.85	0.74–0.99	0.03

Figura 4

HF - Action trial - Risultati nell'analisi principale e dopo aggiustamento per fattori prognostici.

sia stato solo un incremento del 5% nel consumo di ossigeno di picco. E' pertanto evidente la necessità di un rinforzo motivazionale frequente e di strumenti di rilevazione dell'attività effettivamente svolta per ottenere che il paziente con Scompenso Cardiaco raggiunga e mantenga livelli di esercizio fisico adeguato, anche quando non sia possibile per motivi logistici e temporali mantenere uno stretto contatto con le strutture riabilitative e il paziente rientri nei consueti percorsi clinico - assistenziali di sorveglianza.

Il possibile ruolo dell'Area

La rete dell'Area potrebbe essere uno strumento fondamentale non solo per implementare la riabilitazione cardiologica nella pratica clinica, anche al di fuori delle strutture riabilitative, ma anche per capire la reale efficacia e fattibilità di un programma di esercizio fisico nella pratica clinica giornaliera. Il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco intende proporre, possibilmente in collaborazione con l'Area Nursing e con il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa (GICR/IACPR), l'attivazione di iniziative di implementazione del training fisico come parte dei protocolli clinici di follow - up incentrati sull'Ambulatorio dedicato allo

Scompenso Cardiaco. In questa sede l'Infermiere professionale svolgerebbe un ruolo centrale nel motivare e addestrare il paziente con Scompenso a semplici protocolli di allenamento e nel seguirne l'osservanza durante il consueto follow - up. L'arruolamento dovrebbe inoltre comprendere anche quei pazienti, spesso esclusi dai programmi di allenamento fisico, quali ad esempio gli anziani e le donne. In questa ottica è in corso di definizione un progetto dell'Area che prevede, sempre all'interno della rete ANMCO, la valutazione di fattibilità e sicurezza di un protocollo di allenamento fisico applicabile alle fasce di popolazione più neglette nei grandi Trial, e che sia facilmente monitorabile nella sua applicazione in cronico (in modo da assicurarne la compliance nel lungo periodo).

BIBLIOGRAFIA

1. Sullivan MJ, Higginbotham MB, Cobb FR. Exercise training in patients with chronic heart failure delays ventilatory anaerobic threshold and improves submaximal exercise performance. *Circulation* 1989; 79: 324 - 9.
2. Pina IL, Apstein CS, Balady GJ, et al. Exercise and heart failure: A statement from the American Heart Association Committee on exercise, rehabilitation, and prevention. *Circulation*. 2003; 107:1210 - 25
3. Hambrecht R, Fiehn E, Yu J, Niebauer J, Weigl C, Hilbrich L, Adams V, Riede U, Schuler G. Effects of endurance training on mitochondrial ultrastructure and fiber type

distribution in skeletal muscle of patients with stable chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 1997 Apr;29(5):1067 - 73.

4. Anderson TJ, Uehata A, Gerhard MD, et al. Close relation of endothelial function in the human coronary and peripheral circulations. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26: 1235 - 41.

5. Piepoli M, Clark AL, Volterrani M, Adamopoulos S, Sleight P, Coats AJ. Contribution of muscle afferents to the hemodynamic, autonomic, and ventilatory responses to exercise in patients with chronic heart failure: effects of physical training. *Circulation* 1996; 93: 940 - 52.

6. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ, for the ExtraMATCH Collaborative. Exercise training meta - analysis of trials in patients with chronic heart failure (EXTRA-MATCH). *BMJ* 2004; 328: 189 - 195.

7. Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology, Dickstein K, Cohen - Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole - Wilson PA, Strömberg A, van Veldhuisen DJ, Atar D, Hoes AW, Keren A, Mebazaa A, Nieminen M, Priori SG, Swedberg K; ESC Committee for Practice Guidelines, Vahanian A, Camm J, De Caterina R, Dean V, Dickstein K, Filippatos G, Funck - Brentano C, Hellemans I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2008;29:2388 - 442

Consigli Regionali ANMCO 2008 - 2010

ABRUZZO

Presidente: Laura L. Piccioni (Teramo)
Consiglio Regionale: Franco De Sanctis (Penne - PE), Domenico Di Clemente (Pescara), Raniero Di Giovambattista (Avezzano - AQ), Luciano Fagagnini Sulmona (AQ), Giacomo Levantisi (Vasto - CH), Loredana Mantini (Chieti)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/

BASILICATA

Presidente: Berardino D'Alessandro (Policoro - MT)
Consiglio Regionale: Rachele Autera (Matera) Michele Antonio Clemente (Matera) Marco Fabio Costantino (Potenza) Salvatore Gubelli (Venosa - PZ) Antonio Lopizzo (Potenza) Giuseppe Romaso (Marsicovetere - PZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/

CALABRIA

Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)
Consiglio Regionale: Federico Battista (Cosenza), Roberto Ceravolo (Catanzaro), Michele Giulio Alberto Comito (Vibo Valentia), Nicola Cosentino (Cariati - CS), Massimo Elia (Crotona), Virgilio Pennisi (Reggio Calabria)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/

CAMPANIA

Presidente: Giovanni Gregorio (Vallo Della Lucania - SA)
Consiglio Regionale: Cesare Baldi (Salerno), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia - NA), Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA), Aldo Celentano (Napoli), Angelina Martone (Caserta), Sergio Severino (Napoli), Osvaldo Silvestri (Napoli), Attilio Varricchio (Avellino)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania/

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Consiglio Regionale: Nicoletta Franco (Rimini), Donato Mele (Ferrara), Massimo Pantaleoni (Reggio Emilia), Giampiero Patrizi (Carpi - MO), Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza), Claudio Reverberi (Parma), Andrea Rubboli (Bologna)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Tullio Morgera (Monfalcone - GO)
Consiglio Regionale: Luigi Paolo Badano (Udine), Antonella Cherubini (Trieste), Roberto Gortan Palmanova (UD), Franco Macor (Pordenone), Patrizia Maras (Trieste), Daniela Miani (Udine), Antonio Riccio (San Vito al Tagliamento - PN), Marika Werren (Tolmezzo - UD)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/

LAZIO

Presidente: Furio Colivicchi (Roma)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma), Fabio Menghini (Roma), Roberto Mezzanotte (Ostia - RM), Serafino Orazi (Rieti), Roberto Patrizi (Roma), Giovanni Pulignano (Roma), Roberto Ricci (Roma), Giorgio Scaffidi (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/

LIGURIA

Presidente: Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente - GE)
Consiglio Regionale: Daniele Bertoli (Sarzana - Loc. S. Caterina - SP), Francesco Della Rovere (Genova), Gabriele Lupi (Lavagna - GE), Sandro Mazzantini (Genova), Claudio Rapetto (Imperia), Andrea Saccani (Genova - Nervi - GE), Daniela Sanfelici (Pietra Ligure - SV), Luisa Torelli (Savona)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/

LOMBARDIA

Presidente: Claudio Cuccia (Brescia)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Anna Frisinghelli (Passirana - Rho - MI), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Daniele Nassiaco (Saronno - VA), Marco Negrini (Milano), Roberto Pedretti (Tradate - VA), Alessandro Politi Gravedona (CO)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/

MARCHE

Presidente: Roberto Accardi (Macerata)
Consiglio Regionale: Luigi Aquilanti (Ancona), Sante Bucari (Ancona), Melissa Dottori (Ancona), Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno), Patrizia Lattanzi (Pesaro), Marco Marini (Jesi - AN), Luigi Minutiello (Fabriano - AN), Andrea Pozzolini (Fano - PU)
web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/

MOLISE

Presidente: Carolina De Vincenzo (Campobasso)
Consiglio Regionale: Placido Busico (Agnone - IS), Angela Rita Colavita (Campobasso), Gennaro Fiore (Campobasso), Pietro Lemme (Isernia), Alberto Montano (Termoli - CB), Carlo Olivieri (Isernia), Dante Staniscia (Termoli - CB), Marina Angela Viccione (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise/

P.A. BOLZANO

Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)
Consiglio Regionale: Renato Di Gaetano (Bolzano), Alessandro Mautone (Bolzano), Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ), Walter Pitscheider (Bolzano)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/

P.A. TRENTO

Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)
Consiglio Regionale: Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Marini (Trento), Simone Muraglia (Trento), Prisca Zeni (Trento)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento/

PIEMONTE/VALLE D'AOSTA

Presidente: Maurizio Dalmasso (Ivrea - TO)
Consiglio Regionale: Maria Rosa Conte (Rivoli - TO), Aldo Coppolino (Savigliano - CN), Paolo Corsetti (Torino), Luisa Formato (Moncalieri - TO), Gianni Gaschino (Torino), Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara), Paolo Scacciarella (Torino)
www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/

PUGLIA

Presidente: Alessandro Vilella (Lucera - FG)
Consiglio Regionale: Ermanno Angelini (Brindisi), Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA), Antonio Matera (Andria - BA), Tiziana Mazzella (Lecce), Teresa Pascente (Taranto), Vitantonio Russo (Manduria - TA), Giuseppe Santoro (Conversano - BA), Giuseppe Scalerà (Bari - Carbonara - BA)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/

SARDEGNA

Presidente: Rinaldo Aste (Carbonia - CA)
Consiglio Regionale: Antonio Asproni (Nuoro), Gavino Casu (Sassari), Raffaele Congiu (Cagliari), Marco Corda (Cagliari), Francesco Dettori (Oristano), Antonio Manunza (Carbonia - CA), Giuseppe Sabino (Sassari), Paolo Vargiu (Olbia - SS)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/

SICILIA

Presidente: Abele Ajello (Palermo)
Consiglio Regionale: Maurizio Giuseppe Abriagnani (Erice - TP), Michele Bono (Sciacca - AG), Giuseppina Maura Francese (Catania), Salvatore La Rosa (Milazzo - ME), Pietro Lo Giudice (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/

TOSCANA

Presidente: Francesco Maria Bovenzi (Lucca)
Consiglio Regionale: Sergio Berti (Massa), Alessandro Comella (Lido di Camaiore - LU), Umberto Conti (Pisa), Stefano Di Marco (Pescia - PT), Massimo Fineschi (Siena), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Ugo Limbruno (Grosseto), Guido Parodi (Firenze)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/

UMBRIA

Presidente: Gianfranco Alunni (Perugia)
Consiglio Regionale: Daniela Bovelli (Terni), Rita Liberati Foligno (PG), Sara Mandorla (Gubbio - PG), Cristina Martino (Spoleto - PG), Maria Grazia Sardone (Perugia), Donatella Severini (Città di Castello - PG)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/

VENETO

Presidente: Marchese Domenico (Pieve di Sacco - PD)
Consiglio Regionale: Emanuele Carbonieri (San Bonifacio - VR), Pietro Delise (Conegliano - TV), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Paschetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/



Il Prof. Attilio Maseri nel corso della Conferenza - Dibattito "Prevenzione cardiovascolare: presente e futuro" che ha inaugurato il Congresso Regionale ANMCO Calabria (fonte immagine: STRANIERI Ag. EUROPA-1).

In Calabria un Congresso Regionale medico - infermieristico, con prologo aperto al pubblico

di A. Butera e M. Chiatto

Grande successo ha riscosso il Congresso Regionale ANMCO di Cardiologia, svoltosi in uno spettacolare scenario al Centro congressuale di Gizzeria Lido, che ha visto la partecipazione di oltre 250 partecipanti giunti da tutta la Calabria. La manifestazione è stata fortemente voluta ed organizzata dal Consiglio Direttivo Regionale: A. Butera, R. Ceravolo, F. Battista, M. Comito, N. Cosentino, M. Elia e V. Pennisi. Uno degli scopi primari dell'evento era quello di diffondere la visibilità dell'Associazione e della Fondazione anche alla Società civile, per cui si è pensato ad una Cerimonia Inaugurale aperta al pubblico. Quindi il Congresso è stato inaugurato il pomeriggio del 14 ottobre al Teatro Umberto di Lamezia Terme con una Conferenza - Dibattito pubblica del Prof. Attilio Maseri sul tema "Prevenzione cardiovascolare: presente e futuro", che ha suscitato un vivo interesse e tanti quesiti dell'uditorio ai quali Maseri

ha risposto con un tono colloquiale e semplice molto apprezzato. Nella stessa occasione, che sostanzialmente ha seguito la formula del "talk - show" con la conduzione del bravissimo giornalista Davide La Manna, il Presidente dell'ANMCO Salvatore Pirelli ed il Presidente Regionale ANMCO Calabria Antonio Butera hanno illustrato la storia, il ruolo, gli scopi e l'attività dell'ANMCO e della Fondazione in campo nazionale ed internazionale ed in campo regionale. Per diffondere l'evento è stato realizzato un manifesto, trasmesso anche da alcune televisioni regionali, con la stessa immagine del Prof. Maseri, utilizzata a febbraio di quest'anno per la Campagna di raccolta fondi in occasione della settimana di San Valentino; si è iniziato così, in Calabria, il lancio per la nuova "Settimana di S. Valentino" del 2010, richiamando visivamente quella del 2009. Il grande ruolo assegnato alle Regioni nella nuova strutturazione ANMCO, che ha visto

La platea nel corso della Cerimonia Inaugurale del Congresso Regionale ANMCO Calabria. In primo piano da sinistra: il Dott. Salvatore Pirelli, Presidente ANMCO, e il Dott. Antonio Butera, Presidente ANMCO Regione Calabria (fonte immagine: STRANIERI Ag. EUROPA-1).



realizzata l'unificazione con la Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus, ed il patrimonio di stima e di visibilità raggiunto dalla Calabria nel panorama cardiologico nazionale ha spinto il Consiglio Regionale ad organizzare il Congresso con l'intento di promuovere un aggiornamento professionale di alta qualità e, contemporaneamente, di favorire la collaborazione e l'aggregazione tra i vari centri cardiologici regionali. E dall'interesse e dal clima che si è vissuto nelle due giornate dei lavori scientifici, il 15 ed il 16 ottobre, è apparso chiaro che entrambi i propositi sono stati pienamente centrati. I partecipanti, Medici ed Infermieri, hanno affollato le aule e si sono mostrati attenti ed interessati, con una grande partecipazione alle discussioni previste nelle varie Sessioni. Particolarmente vivace è risultata la discussione dei Casi Clinici introdotti nei programmi dei principali Simposi con uno spazio ad essi dedicato maggiore delle Relazioni frontali. Questa formula è risultata chiaramente vincente nei confronti di quella "classica" basata soltanto su Relazioni

frontali, che sembra ormai aver fatto il suo tempo. Il "Punto" sulla Rete delle emergenze ha messo in evidenza, pur nella "classica vivacità" che costantemente quest'argomento provoca ogni qualvolta se ne discute in Calabria, gli eccezionali ed imprevedibili (fino a poco tempo fa) progressi raggiunti nel campo dell'angioplastica primaria. In tale occasione, che ha visto coinvolti anche i Medici del 118 e del Pronto Soccorso, è emerso con chiarezza il grande contributo culturale ed organizzativo dell'ANMCO calabrese per il raggiungimento dei risultati odierني veramente lusinghieri. Singolare ed interessante è stata la Sessione di Prevenzione a tavola, incentrata sui benefici dell'olio di oliva, del vino e del peperoncino, vanto della Calabria, che, in Italia ed in Europa, ha dato la nascita a tali ineguagliabili e preziosi prodotti. La consolidata e tradizionale collaborazione dei Cardiologi ospedalieri con la componente infermieristica, infine, ha sancito il successo del Congresso con l'interscambio di contributi ed esperienze su tutte le tematiche trattate.

Presentati al Congresso Regionale ANMCO Campania i risultati del Progetto I.CA.R.O.

di Giovanni Gregorio



Figura 1

Il 19 novembre 2009 nella splendida cornice del Centro Congressi dell'Hotel Royal Continental di Napoli si è tenuto il 17° Congresso Regionale dell'ANMCO Campania (Figura 1). In tale occasione sono stati presentati i risultati del Progetto I.CA.R.O. (Infarto ST Elevato in Campania: Rapporto Osservazionale). La ricerca, promossa dalla Regione ANMCO Campania, ha considerato i ricoveri per Sindrome Coronarica Acuta presso le 37 UTIC della Rete Ospedaliera Campana avvenuti tra le ore 00.00 del 1 febbraio 2009 e le ore 12.00 del 9 marzo 2009, con lo scopo di documentare e analizzare i percorsi assistenziali dell'IMA ST elevato nella Regione. Durante il periodo di arruolamento sono stati reclutati:

- tutti pazienti ricoverati in UTIC per IMA con ST elevato. Per ciascun paziente è stata compilata la Scheda Evento, nella quale vengono riportati in maniera sintetica i dati anagrafici, le caratteristiche di insorgenza dell'attacco, le modalità del primo soccorso, dell'accesso in Ospedale ed in UTIC, i percorsi intraospedalieri, la stratificazione del rischio, i trattamenti eseguiti, con i relativi tempi, i percorsi interospedalieri, l'eventuale exitus. È previsto un follow - up, al primo, terzo e sesto mese;
- per i pazienti ricoverati con SCA con ST non elevato sono stati riportati sesso ed età;



Figura 2

c) per i pazienti ricoverati con Angina Instabile sono stati riportati sesso ed età.

Il Comitato di Coordinamento della Ricerca è costituito da Giovanni Gregorio, Giuseppe Rosato, Marino Scherillo, Ernesto Murena, Luigi Caliendo, Aldo Celentano, Cesare Baldi, Nicola Capuano, Giovanni D'Angelo, Sergio Severino, Angelina Martone, Attilio Varricchio. Nella Tabella I sono riportati i Centri partecipanti alla ricerca. Nella Figura 2 è indicata la distribuzione territoriale delle UTIC (nella cartina sono indicate in rosso le UTIC con Cardiocirurgia ed Emodinamica in H 24, in marrone le UTIC senza Cardiocirurgia con Emodinamica in H 24, in rosa le UTIC senza Cardiocirurgia con Emodinamica non in H 24, in azzurro le UTIC senza Emodinamica), nella Figura 3 la ripartizione per provincia. Per quanto riguarda la tipologia dei Centri (Figura 4): 6 (16,2%) sono ubicati in Ospedali con Cardiocirurgia ed Emodinamica in H 24; 2 (5,4%) sono dotati di Emodinamica in H 24, 5 (13,5%) sono dotati di Emodinamica non in H 24 e 24 (64,9%) non sono dotati di Emodinamica. Durante i 36,5 giorni dello Studio si sono ricoverati 1.093 pazienti con SCA, 330 con SCA con ST elevato, 525 con SCA ad ST non elevato e 238 con Angina Instabile (Figura 5).



Figura 3

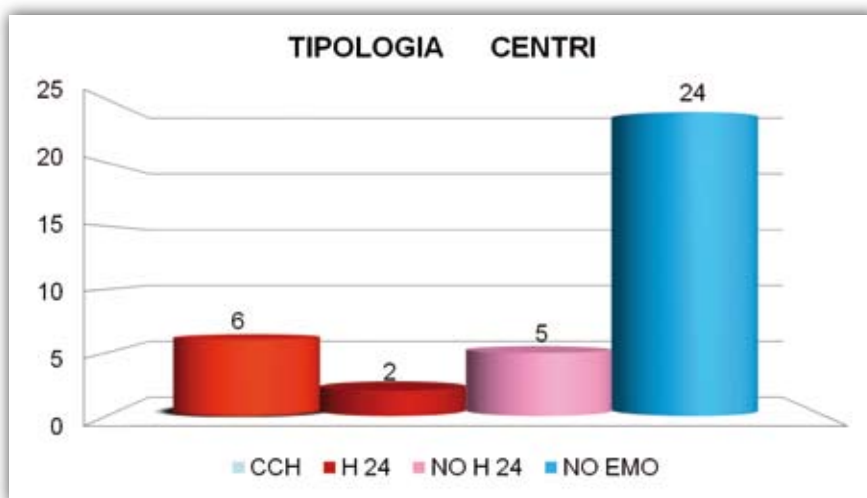


Figura 4

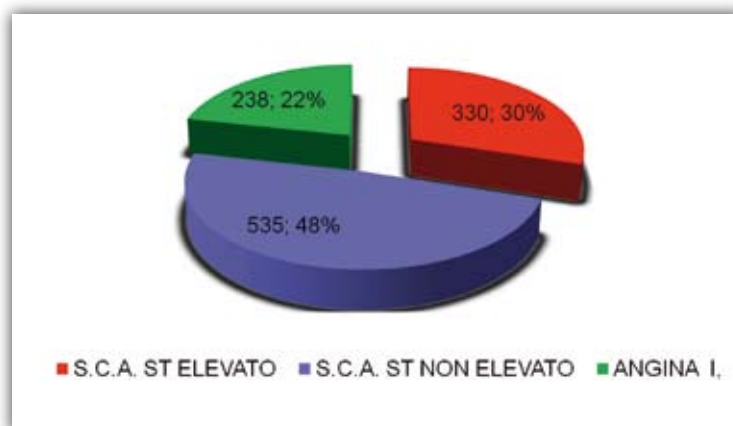


Figura 5

TABELLA I PROGETTO I.CA.R.O. CENTRI PARTECIPANTI

CITTA'	STRUTTURA	REFERENTI	I.CA.R.O.
AVELLINO	A.O. SAN G. MOSCATI	Giovanni Stanco	Ciro Mariello
MERCOGLIANO	CLINICA MONTEVERGINE MERCOGLIANO	Marco Agrusta	Gaetano De Fazio
AVELLINO	PRESIDIO OSPEDALIERO	Gennaro Bellizzi	Emilia Ragno
BENEVENTO	A.O. RUMMO	Marino Scherillo	Dario Fomigli
BENEVENTO	O. FATEBENEFRAPELLI	Bruno Villari	Quirino Ciampi
CASERTA	A.O. SAN SEBASTIANO	Franco Mascia	Maurizio Catanzaro
PIEDIMONTE MATESE	OSPEDALE CIVILE AVE GRATIA PLENA	Rossano Battista	Luigi De Risi
S. MARIA CAPUA V.	OSPEDALE SAN GIUSEPPE E MELORIO	Luciano Fattore	Biagio Bosco
SESSA AURUNCA	PRESIDIO OSPEDALIERO SAN ROCCO	Luigi Di Lorenzo	Tommaso Picano
AVERSA	PRESIDIO OSPEDALIERO MOSCATI	Gennaro De Marco	Pietro Iodice
NAPOLI	A.O. V. MONALDI	Pio Caso	Sergio Severino -
NAPOLI	A.O. A. CARDARELLI	Ciro Mauro	Mario Garofalo
NAPOLI	CLINICA MEDITERRANEA	Bruno Ricciardelli	Bruno Golia
NAPOLI	O. LORETO MARE	Bernardino Tuccillo	Luigi Irace
NAPOLI	O. S. GIOVANNI BOSCO	Paolo Capogrosso	Gregorio Covino
NAPOLI	O. S. PAOLO	Fernando Schiraldi	Enrico G. Ruggiero
NAPOLI	O. PELLEGRINI VECCHIO	Aldo Celentano	Emiliano A. Palmieri
NAPOLI	O. FATEBENEFRAPELLI	Raffaele Sangiuolo	Marco Pascotto
NAPOLI	FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA	Nicolino Esposito	Paola De Gregorio
GIUGLIANO	PRESIDIO OSPEDALIERO	Domenico Prinzi	Leandro Esposito
POZZUOLI	OSPEDALE SANTA MARIA DELLE GRAZIE	Gerolamo Sibilio	Ernesto Murena
BOSCOTRECASE	OSPEDALE CIVILE	Francesco Di Palma	La Mastra Roberto
CASTELLAMMARE S.	OSPEDALE SAN LEONARDO	Luigi Caliendo	De Caro Giovanni
SORRENTO	O. SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	Costantino Astarita	Dario Fontana
SALERNO	A.O. SAN GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA	Rosario Farina	Saverio Ferrara
NOCERA	O. UMBERTO I	Nicola Capuano	Archimede Caruso
SARNO	OSPEDALE VILLA MALTA	Vincenzo Messina	Giovanni Russo
CAVA	OSPEDALE S. MARIA INCORONATA DELL'OLMO	Eduardo Bossone	Sola Vincenza
MERCATO SS	OSPEDALE G. FUCITO	Vincenzo Capuano	Sergio Torre
EBOLI	OSPEDALE MARIA SS. ADDOLORATA	Giovanni D'Angelo	Vicinanza Eugenio
BATTIPAGLIA	PRESIDIO OSPED. S. MARIA DELLA SPERANZA	Tommaso Di Napoli	Carbonella Marco
OLIVETO CITRA	OSPEDALE SAN FRANCESCO D'ASSISI	Margherita De Cristofaro	Walter Bianchi
AGROPOLI	PRESIDIO OSPEDALIERO	Genny Rinaldi	
ROCCASPIDE	PRESIDIO OSPEDALIERO	Raffaele Rotunno	Sergio Bruno
POLLA	PRESIDIO OSPEDALIERO LUIGI CURTO	Franco Turturiello	Lieto Antonio
SAPRI	OSPEDALE DELL'IMMACOLATA	Pasquale Sarnicola	
VALLO DELLA LUCANIA	OSPEDALE SAN LUCA	Giovanni Gregorio	Antonio Aloia



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.anmco.it/associazione/come del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale alla Segreteria ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055/5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/associazione/statuto del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Data di nascita
Luogo di nascita Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail Reparto:
Specializzato in Cardiologia: Sì No Altre Specializzazioni

Non compilare

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro

Tipologia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Altro*..... | |

* Accreditamento (da compilare **se Struttura privata**): SI NO

Nome del Primario o facente funzione
Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Qualifica

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Specializzando | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 Fax 055/5101350 e-mail: aree@anmco.it

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

Il presente modulo (scaricabile alla pagina www.anmco.it/aree/elenco del Sito WEB ANMCO) può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (**055/5101350**), per e - mail (**aree@anmco.it**)

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] [] []

Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] [] []

Tel. Fax E - mail

Nome Primario o F.F.

- Socio ANMCO Non Socio Direttore di struttura complessa
 Responsabile di struttura semplice Dirigente Infermiere Altro

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- Area Aritmie - AR Area Chirurgica - ACH Area Emergenza/Urgenza - AEU
 Area Informatica - AIN Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP Area Management & Qualità - AMQ
 Area Nursing - ANS Area Prevenzione Cardiovascolare - AP Area Scompensazione Cardiaca - AS

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice 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 moduli di adesione a convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, i dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito WEB dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito dedicata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIG - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 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. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, 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. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, 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 al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

STATI GENERALI ANMCO

15 - 16 gennaio 2010

Altafiumara Resort - Santa Trada di Cannitello - Villa S. Giovanni (RC)

L'ASSOCIAZIONE

Una realtà sempre più complessa e articolata

L'ANMCO e gli altri ...

Come "attrezzarsi" per il futuro

La RICERCA

La FORMAZIONE

Come innovare le proposte formative

La FONDAZIONE

Sviluppo e prospettive

Gestione appropriata del paziente cardiopatico acuto:
il ruolo delle UTIC
il ruolo del Dipartimento Cardiovascolare



La rete per lo Scompenso Cardiaco nel Lazio compie 15 anni

L'ANMCO Lazio conferma il proprio impegno ed avvia un programma articolato per affrontare l'epidemia del terzo millennio

di G. Pulignano, P. Midi,
F. Colivicchi

Sono passati 15 anni dall'avvio dell'attività dei principali centri per la cura dello Scompenso Cardiaco nel Lazio

È tempo di bilanci e progetti innovativi per il futuro

In occasione dei 15 anni di esperienza nella Regione Lazio nella cura dei pazienti con Scompenso Cardiaco e di collaborazione con l'ANMCO nazionale, il Centro Studi ANMCO e l'Area Scompenso Cardiaco, abbiamo voluto ripercorrere le tappe di questa storia comune e fare il punto sui progetti in corso.

Le origini: la percezione dell'epidemia

Quando, circa 15 anni fa l'ANMCO propose la creazione di Ambulatori per lo Scompenso Cardiaco, supportati da un software che permettesse di raccogliere i dati di questi pazienti in un database nazionale, furono in molti ad aderire nella nostra Regione. La cosa appariva un passo avanti (all'epoca le nostre disponibilità informatiche erano ridotte), e permetteva di convogliare i nostri sforzi in un progetto che favoriva anche la nostra crescita culturale. A questo si associava anche l'idea di organizzare incontri con MMG, Internisti e Cardiologi territoriali, allo scopo di diffondere nel modo più ampio possibile lo "stato dell'arte". Molti ricorderanno il materiale educativo fornito agli organizzatori locali dei Corsi. Considerando che all'epoca non si parlava di ECM, l'adesione dei Colleghi nel territorio fu molto ampia e il coin-

volgimento importante. L'idea che si aveva dello Scompenso Cardiaco da parte dei Colleghi era ancora quella del Netter: paziente pletorici, dispnoici, seduti alla ricerca di aria, mancava l'idea del continuum patologico, dei diversi profili di paziente e l'idea della "epidemia". Alla fine di quel percorso che durò quasi due anni, il risultato fu confortante. I pazienti inclusi nel Database aumentavano, la percezione e le conoscenze dei MMG erano migliorate, e i pazienti rispondevano in termini di aderenza alla terapia con riduzione dei ricoveri ripetuti.

La storia moderna: l'implementazione farmacologica

La fase successiva fu quella in cui si decise di promuovere una gestione terapeutica uniforme, al meglio delle conoscenze e delle raccomandazioni delle Linee Guida: l'implementazione farmacologica, con gli studi BRING - UP 1 e 2. Ancora una volta l'ANMCO ci forniva uno strumento di crescita culturale. Il Database della Rete IN - CHF fotografò l'evoluzione della gestione farmacologica pre e post BRING - UP. Una considerazione a parte merita anche l'introduzione, con questi studi, dei questionari di valutazione multidimensionale, che permettevano ai nostri Infermieri di essere coinvolti in attività che agivano



Frank H. Netter

Fino a non molto tempo fa l'idea che i Cardiologi avevano dello Scompensato Cardiaco era ancora quella raffigurata dal "Netter": pazienti pletorici, dispnoici e senza speranza

da stimolo a migliorare da un punto di vista gestionale le loro attività e la loro collaborazione. Una citazione a parte merita lo Studio GISSI - HF. Alcuni centri laziali dello Studio sono risultati tra i primi per il numero di pazienti reclutati oltre ad avere un punteggio elevato come qualità del lavoro svolto.

L'organizzazione di cura: Shadows and Lights

Ci si è resi conto a un certo punto che l'aspetto gestionale - organizzativo era la nuova frontiera per migliorare la cura dei nostri pazienti. L'ANMCO ha quindi promosso una "Consensus Conference" fra le Società Scientifiche coinvolte nell'assistenza a questi pazienti. Dai lavori della "Consensus Conference" è scaturito un Documento (Giorn Ital Cardiol 2006), che ha delineato i principi cardine che ispirano la gestione del paziente con Scompensato Cardiaco. Finalmente in un unico Documento venivano considerate tutte le figure professionali, tutti i possibili scenari (dal paziente oligosintomatico a quello in attesa di trapianto) e venivano proposte flow - chart operative. Insomma, quello che ognuno nel suo piccolo aveva cercato di organizzare localmente veniva ora uniformato e sistematizzato. Purtroppo, nei primi due anni di lavoro a livello regionale sono emersi, amplificati dalla complessa e difficile realtà politica e amministrativa locale, gli aspetti critici già più volte discussi in sede di stesura del Documento: difficoltà di interazione con le Istituzioni Regionali e le Direzioni Aziendali, ristrettezze di budget, barriere organizzative fra ospedale e territorio, difficile interazione con altre figure

professionali, scarsa cultura dello Scompensato e l'alto tasso di autoreferenzialità dei diversi attori, combinato con difficoltà di interazione con alcune Società Scientifiche che non hanno confermato nei fatti gli impegni presi al tavolo di discussione. Nel rischio di uno stallo, dopo le prime difficoltà, abbiamo quindi elaborato una strategia di più basso profilo, in attesa di un cenno di intesa dalle istituzioni. I Progetti sono semplici: 1) diffondere il Documento di Consenso, 2) inviare un questionario a tutte le Strutture cardiologiche ospedaliere della regione per fare il punto della situazione, 3) stimolare l'istituzione di Ambulatori dedicati in ogni Ospedale, possibilmente multidisciplinari, 4) istituire équipe multidisciplinari di Medici e Infermieri, 5) mettere a punto PDT condivisi sia a livello di ospedale che di territorio, 6) varare campagne di informazione a livello di popolazione e di istituzioni regionali, 7) attivare una Formazione Professionale dedicata, 8) stimolare la Ricerca. La prima cosa che abbiamo fatto è stata quindi quella di diffondere a livello locale il Documento di Consenso, presentandolo ai Collegi ospedalieri, alle Direzioni Aziendali, ai Distretti e ai MMG. Contemporaneamente abbiamo presentato il progetto in occasione dei Congressi "Cardiologia nel Lazio" e in altri Congressi patrocinati dall'ANMCO Lazio, così come in Congressi di altre Società Scientifiche come FADOI, ARCA, SIMEU, SIEC e altre. Le Strutture che hanno risposto al primo invio del questionario sono state solo una decina. Hanno infatti risposto quei Centri la cui attività era già nota e la cui parte-



cipazione attiva riconosciuta da anni. Si è pensato pertanto di effettuare un nuovo invio nella speranza di ricevere nuove e più dettagliate informazioni sulla situazione regionale. Comunque, un dato positivo è rappresentato dal fatto che diversi Ospedali della Regione hanno attivato Ambulatori Specialistici, mentre altri hanno potenziato l'operatività di quelli esistenti. Un altro passo avanti è stato compiuto con l'attivazione dei PAC (Pacchetto Ambulatoriale Complesso) in regime di Day Service. In alcuni Ospedali sono stati messi a punto, sulla spinta dei Cardiologi ANMCO, PDT condivisi sia intra che extraospedalieri con le Direzioni Aziendali e con i MMG e gli Specialisti del territorio. Alcuni di questi progetti sono già operativi e hanno ricevuto o stanno per ricevere un riconoscimento istituzionale. A livello ospedaliero, in particolare, è stata proposta la formazione di Team Interdisciplinari con la finalità di organizzare i percorsi clinico - assistenziali all'interno dell'Ospedale. In questo modello vengono valorizzati l'abitudine al lavoro in team, a gestire e condividere casi complessi, la collaborazione con Strutture di alta specializzazione o Centri Trapianti, il coinvolgimento in progetti di ricerca. Il personale infermieristico ha un importante ruolo di tipo organizzativo, clinico ed educativo con diverso grado di autonomia. Inoltre, lo sviluppo della collaborazione con gli Internisti e gli altri Specialisti (in primo luogo Nefrologi, Pneumologi, Geriatri, Oncologi ed Ematologi) sta portando alla nascita di modelli di formale collaborazione interdisciplinare

all'interno dell'Ambulatorio dedicato. Alcuni Centri hanno affiancato alla gestione clinica usuale servizi dedicati di Telecardiologia e Telemonitoraggio remoto. Un ulteriore fatto positivo è stata l'attivazione di una buona collaborazione con le Associazioni dei MMG e la messa a punto con le stesse di progetti condivisi. La collaborazione con altre Società Scientifiche è stata invece a "macchia di leopardo", ottima con alcune, infruttuosa con altre. Forse i risultati di maggiore rilievo si sono avuti nel campo della formazione professionale, rivolta ai Cardiologi, attraverso Campagne di Formazione ANMCO, agli Infermieri, con l'organizzazione del "Master Cardionursing 2009 per la gestione del paziente con scompenso", e ai MMG con la messa a punto di un format dedicato. Quest'ultima esperienza ha coinvolto oltre 200 MMG afferenti a 3 differenti Centri Ospedalieri e sarà riproposta nel 2010. Resta da risolvere il rapporto con le Istituzioni Sanitarie per tradurre in progetti concreti le proposte già concordate con l'Agenzia Regionale. Una svolta si è avuta quando si è deciso, a livello di Consiglio Regionale, di recepire l'indirizzo nazionale di riproporre il progetto Consensus sotto la sola egida dell'ANMCO. Questa scelta ha dato subito buoni frutti in quanto ha permesso di inserire le iniziative legate alla implementazione regionale della Consensus nel Protocollo di Intesa che l'ANMCO Lazio ha recentemente sottoscritto con Laziosanità (l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio). Questo passaggio ha permesso di attivare un tavolo di collaborazione

che si spera possa dare buoni frutti. Un primo atto concreto si è avuto nel corso della Riunione di presentazione della "Consensus Conference Regionale sulla Prevenzione Secondaria delle Sindromi Coronariche Acute", tenutasi a Roma il 29 settembre scorso, con il coinvolgimento delle Istituzioni Regionali e di altre Società Scientifiche, e in cui si è inserito un capitolo sulla Prevenzione dello Scompenso Cardiaco dopo Sindrome Coronarica Acuta. Emerge quindi la necessità di costituire un gruppo di lavoro regionale che riunisca coloro che a diverso titolo possono fornire il loro contributo e sia aperto a tutte le proposte di collaborazione. Quindi luci e ombre. È nostro auspicio che le Istituzioni Sanitarie maturino la piena consapevolezza della necessità di organizzare una risposta assistenziale integrata per la gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco, e la traduca in specifici documenti programmatici, in grado di orientare le Aziende Sanitarie e Ospedaliere all'attivazione di interventi gestionali in accordo con tutte le figure professionali coinvolte. Dal nostro punto di vista, la cosa che riteniamo fondamentale, perché il voto della qualità del nostro lavoro non diventi un'insufficienza, è continuare a insistere e non disperdere un patrimonio comune così importante: *Gutta cavat lapidem!*

La sincope: attualità diagnostico - terapeutiche e prospettive organizzative

di Roberto Pedretti

Anche per il 2010 il Consiglio Direttivo ANMCO Lombardia ha proposto alcuni eventi formativi. Stante il successo ottenuto nelle precedenti edizioni, si proporrà la organizzazione della 3^a Convention delle UTIC rivolta al personale medico e della 2^a Convention infermieristica delle UTIC. Ulteriore argomento che il Consiglio Direttivo intende approfondire e proporre all'attenzione dei Soci è quello della sincope. Tale argomento verrà sviluppato nell'ambito dell'evento "La sincope: attualità diagnostico - terapeutiche e prospettive organizzative" che si svolgerà il 30 gennaio 2010 a Pavia, a cura della Regione ANMCO Lombardia, e che sarà "ospitato" dal Centro Congressi dell'IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri.

Perché organizzare una giornata di approfondimento sulla sincope?

Perché la sincope rappresenta un evento clinico spesso drammatico ed è tra le più frequenti cause di ospedalizzazione e di accesso alle strutture di Pronto Soccorso. Tale problematica, epidemiologicamente assai rilevante, pur essendo causa di notevole assorbimento di risorse, spesso rimane ancora senza una soddisfacente diagnosi etiologica, il più delle volte per un percorso diagnostico e valutativo non ottimale e non coordinato tra i diversi Specialisti coinvolti nella gestione del paziente. Una ulteriore buona ragione è la recente emissio-

ne da parte della Società Europea di Cardiologia delle nuove Linee Guida sull'argomento che pertanto saranno approfondite durante la giornata al fine di delineare un aggiornato percorso di gestione del paziente con perdita di coscienza/sincope. E' inoltre chiaro come la gestione clinica della perdita di coscienza e della sincope siano esempi paradigmatici di quanto sempre più spesso l'approccio al paziente nella pratica quotidiana debba essere multidisciplinare, e di come la visione dei problemi clinici non debba essere centrata sul vissuto e sulla esperienza personale del Medico ma sul paziente secondo i percorsi suggeriti dalle Linee Guida. Sebbene questo concetto sia ben chiaro a tutti e recepito dalle Società Scientifiche, esistono ancora margini di ottimizzazione nello sviluppo di tali sinergie. I pazienti con perdita di coscienza e sincope possono essere davvero curati al meglio solo attraverso una efficace interazione tra molteplici figure specialistiche e professionali: Medico di Pronto Soccorso, Cardiologo, Neurologo, Internista, Infermiere professionale. In questa ottica la giornata vede il coinvolgimento anche delle Sezioni lombarde di SIC, AIAC, SIMEU, SIN e GIMS ed è quindi allineato ad un percorso collaborativo già attuato dall'ANMCO per altre problematiche cliniche a gestione multispecialistica. Il Consiglio Direttivo ANMCO Lombardia si propone infatti di migliorare il collegamento operativo con le realtà

regionali delle altre Società Cardiologiche e Specialistiche per la gestione anche di questa importante condizione clinica. Il presente Convegno si propone pertanto di discutere ed analizzare le più recenti acquisizioni in tema di sincope e si rivolge a tutte le figure professionali coinvolte in questo problema clinico attraverso Sessioni monotelamatiche e confronto tra Specialisti del settore. Il Convegno cerca inoltre di abbandonare lo schema tradizionale della Relazione frontale, affidandosi ad una modalità alternativa che veda discusso l'argomento partendo da un Caso Clinico paradigmatico per giungere ad una schematizzazione finale centrata sulla "Evidence Based Medicine". Si è cercato inoltre di lasciare nel programma un ampio spazio alla discussione e al dibattito al termine di ogni Sessione. Il Convegno si articolerà in una sola giornata riservando il mattino all'approfondimento di problematiche cliniche e il pomeriggio ad una Sessione a carattere gestionale - organizzativo che vorrebbe fotografare lo stato attuale della "problematica sincope" in Lombardia nell'ambito di una Tavola Rotonda che veda la partecipazione di esponenti provenienti dalle diverse realtà provinciali. In tale Tavola Rotonda ci si propone infine di definire le prospettive organizzative future partendo dalla analisi dell'esistente.

CathLab, coronarie, Imaging: risultati e riflessioni

di Roberto Accardi

Con l'apertura del nuovo Laboratorio di Emodinamica presso l'Ospedale di Macerata si contribuirà al completamento della rete cardiologica marchigiana

Si valutano alcune problematiche relative all'utilizzo di diagnostiche coronariche meno invasive come la Coronary TC

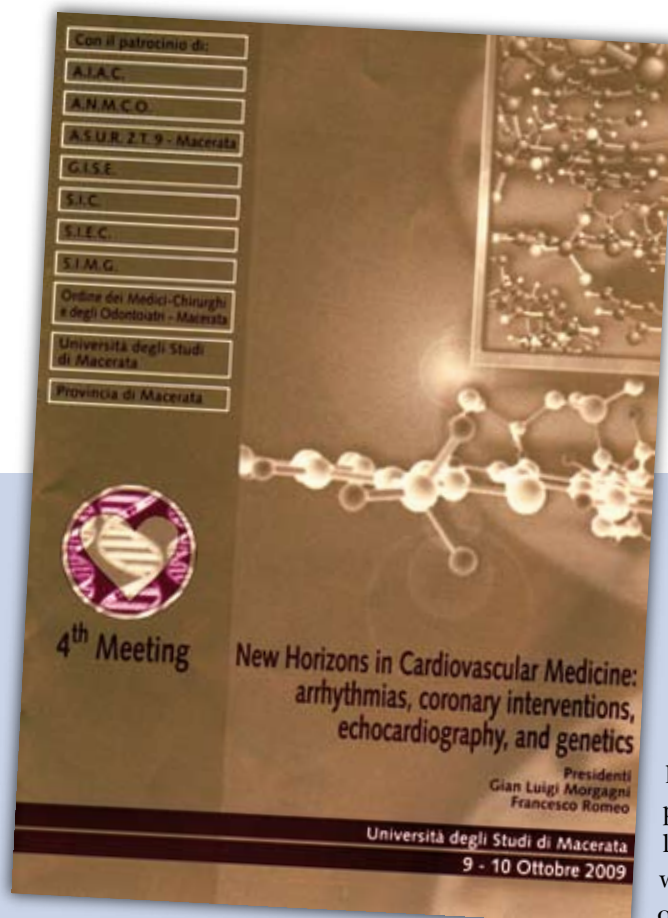
Completamento della rete marchigiana: il Laboratorio di Emodinamica a Macerata

Alla fine di un itinerario non certo breve si è conclusa la realizzazione della Sala di Emodinamica presso l'Ospedale Provinciale di Macerata, che, affiancandosi ai Laboratori di Pesaro, Ancona ed Ascoli Piceno, determina così il completamento della rete dei Laboratori di Emodinamica nell'ambito della Regione Marche. Tale percorso, iniziato anni fa con l'impostazione, nel Piano Sanitario Regionale, di un progetto relativo all'implementazione di una Sala di Emodinamica in ogni Provincia, pur con notevoli difficoltà di ordine economico e politico, si è concluso. A questo proposito vorrei ricordare l'importante ruolo svolto con sensibilità dalla Fondazione della Cassa di Risparmio della Provincia di Macerata nell'acquisizione dell'angiografo. La necessità di tale organizzazione è legata alla peculiare caratteristica di ordine geografico della Regione Marche che presenta uno sviluppo lungo le coste, ma con una estensione anche all'interno, verso le zone appenniniche, con una rete stradale non uniforme, con lunghe distanze e pertanto non sempre favorevole ai trasporti d'urgenza: si rende pertanto obbligatoria una distribuzione più omogenea dei CathLab per assicurare ai pazienti una tempestiva assistenza. Ricordo che la Provincia di Macerata è composta da oltre 300.000 abitanti, con un

“indice di vecchiaia” pari al 172.1% (rapporto tra la popolazione anziana over 65 anni e quella più giovane under 14 anni), e con una richiesta, sino ad ora, di oltre 1.000 coronarografie per anno, numero di tutto rispetto e al di sotto della media nazionale (2350 - 2650 PCI per milione di abitanti - GISE 2007), inviate sino ad ora in vari Centri regionali ed extra regionali, con grande dispendio di energie economiche e, non dimentichiamolo, psicologiche legate allo spostamento dei pazienti. Quindi si delinea un miglioramento della qualità nei servizi relativi alla diagnosi e cura del paziente cardiologico, con la possibilità di ridurre i tempi di ricovero dei pazienti in attesa di coronarografia e con l'obiettivo immediato di assicurare una più rapida scelta del tipo di terapia nel cardiopatico sia cronico che in caso di Sindrome Coronarica Acuta. Oltre al miglioramento assistenziale ed al vantaggio economico, vedo in questa implementazione un modo per ottenere, come valore aggiunto, uno stimolo alla ulteriore crescita culturale dei Cardiologi della Provincia che potranno diventare gli attori principali delle scelte diagnostico - terapeutiche in tema di cardiopatia ischemica.

Dai Congressi: spunti di dialogo

Nei giorni 9 e 10 ottobre si è svolto a Macerata il “4th Meeting New Horizons in Cardiovascular Medicine: arrhythmias, coronary interventions, echocardiography and genetics”,



Presidenti G.L. Morgagni e F. Romeo. In particolare vorrei ricordare come la prima Sessione relativa alla TC coronarica multistrato abbia provocato un interessante e costruttivo dibattito tra i Cardiologi ed i Radiologi presenti. Si è parlato di risultati, espansione di indicazioni e di nuove tecnologie, di riduzione dei millisilver impiegati o di nuovi farmaci per il controllo della frequenza cardiaca, al fine di ottenere una miglior qualità di acquisizione delle immagini. Si sono confrontati esperti della metodica provenienti da importanti Scuole mediche, con casistiche di tutto rispetto e risultati incoraggianti. Denominatore comune di queste esperienze è apparsa necessaria ed auspicabile la cooperazione, stretta ed esclusiva, di Cardiologi e Radiologi nelle indicazioni e nell'espletamento dell'esame. I risultati riportati sono incoraggianti, però in letteratura, pur essendo riconosciuta l'importanza della metodica si pongono ancora dei distinguo che, al momento, non sono secondari, anche se probabilmente saranno superabili in tempi più o meno brevi. In queste poche righe volevo richiamarne solo alcuni, infatti l'argomento è a dir poco ghiotto nell'attuale panorama scientifico, basti pensare che su GOOGLE, il giorno 9 ottobre, digitando "coronary TC" potevano essere trovati nel web 96.900 risultati ascrivibili alla metodica, a significare l'interesse della comunità scientifica e

non solo. In letteratura si discute di sensibilità, specificità, peraltro eccellenti, ma anche di rischio radiologico come evidenzia Elizabeth A. Jackson che commentando il recente lavoro di van Werkhoven et al.⁽¹⁾ in cui viene proposto l'utilizzo della TC nella stratificazione del rischio nei pazienti con probabilità pre test intermedia, afferma "these findings support the use of CT angiography for risk stratification; however, although noninvasive, CT imaging exposes patients to radiation. Therefore, this risk needs to be discussed with patients prior to imaging". Emerge con decisione l'importanza di una corretta raccolta del consenso informato, come da buona pratica clinica, con una esplicita spiegazione del rischio. Rimane sempre una metodica di grande interesse per il paziente, ma con grande eterogeneità dei risultati da centro a centro, come hanno fatto notare Noël B, e coll. nel loro recente lavoro relativo alla TC coronarica nel mondo reale francese⁽²⁾. Mi ha colpito come sia stato evidenziato nel titolo "from studies to everyday life", infatti gli autori ricordano come "The results of this study indicate that routine

implementation of multidetector computed tomography coronarography is limited by a high false - positive rate, when performed among an unselected population of patients with a high pretest probability of having coronary stenoses, in centres with variable expertises".

Il concetto che emerge è la possibile mancanza di standardizzazione dei risultati ottenibili con la metodica e la necessità di studi realizzati in collaborazione multicentrica. Come tutte le nuove metodiche l'interesse è notevole e l'utilizzo, se calibrato, potrà essere importante nella gestione sempre più complessa del cardiopatico, sempre che sia tenuto presente dal Cardiologo, al momento della prescrizione, "the what, when, who and how" come ricorda la Canadian Cardiovascular Society in un recente commento⁽³⁾.

Bibliografia

- (1) Multislice Computed Tomography Coronary Angiography for Risk Stratification in Patients With an Intermediate Pretest Likelihood Heart 2009;95:1607-1611.
- (2) Multidetector computed tomography coronarography: from studies to everyday life Ann Cardiol Angeiol (Paris). 2009 Aug;58(4):203-7.
- (3) The what, when, who and how of cardiac computed tomography in 2009: guidelines for clinician Can J Cardiol 2009; 25, 3: 135-139

Le nuove Linee Guida Cardiologiche per l'Idoneità allo Sport presentate al XIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia dello Sport

di A. Biffi, A. Vilella, G. Palazzo

Il 24 settembre 2009 è stata presentata a Roma, al Salone d'Onore del CONI, la "IV Edizione delle Linee Guida cardiologiche per l'Idoneità allo Sport agonistico", edizione del Ventennale (1989 - 2009). Il documento è opera del Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport (COCIS), espressione del parere di un gruppo di esperti del settore. La giornata è servita da preludio al XIV Congresso Nazionale

liarità e la quintessenza del COCIS e, cioè, la messa a punto, condivisa, del giudizio degli esperti sulle diverse problematiche legate al processo di idoneità cardiologica allo sport agonistico. La passione per gli argomenti scientifici, il bisogno di trasfondere al meglio la propria esperienza clinica nel testo e la consapevolezza di affrontare per la prima volta moltissimi argomenti, anche al limite della cosiddetta "Evidence Based Medicine", ha

Gli esperti italiani riuniti al CONI a Roma per la presentazione delle nuove Linee - Guida cardiologiche per l'Idoneità allo Sport agonistico (COCIS), giunte alla "IV Edizione del Ventennale (1989 - 2009)"

L'unicità dello screening cardiologico - sportivo italiano ha contribuito alla riduzione della mortalità cardiaca sui campi di gara a differenza degli altri paesi europei e nord - americani

della SIC Sport, che si è svolto nella storica cornice dell'Acquacetosa e che ha visto l'attiva partecipazione di oltre 350 Medici e di esperti di livello internazionale. I crescenti progressi della ricerca scientifica internazionale applicata alla Medicina dello Sport, associati all'unicità dello screening medico - sportivo italiano che a quei progressi scientifici ha largamente contribuito, hanno favorito la nascita di questa edizione del COCIS, che ha raccolto gli sforzi di un rilevante panel di esperti in una difficile opera di sintesi scientifica e, allo stesso tempo, operativa. Oltre a questo sforzo di sintesi, il documento ha dovuto affrontare il tema che rappresenta la pecu-

spinto tutti gli autori ad un faticoso lavoro intellettuale, che ci auguriamo abbia dato i frutti sperati. Sotto la spinta della Società Italiana di Cardiologia dello Sport e della Federazione Medico Sportiva Italiana, che rappresentano la parte "trainante" e più sportiva del documento, e la consueta collaborazione delle altre tre Società Scientifiche cardiologiche statutariamente coinvolte (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO, Società Italiana di Cardiologia - SIC e Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri - ANCE), anche questa volta il COCIS ha mirabilmente realizzato quell'esempio di cooperazione intersocietaria, attuato

ed apprezzato fin dalla sua prima Edizione del 1989. Per dare un maggior peso “federativo” al documento, che rappresentasse con più forza le istanze della Cardiologia italiana tutta, in questa Edizione è stata coinvolta anche la Federazione Italiana di Cardiologia grazie al contributo di altre quattro Società cardiologiche federate con interessi e finalità vicine al mondo cardiologico sportivo (Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione - AIAC, Associazione Regionale Cardiologi Ambulatoriali - ARCA, Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare - SIEC e Società Italiana di Cardiologia Pediatrica - SICP). Come lo specialista avrà modo di apprezzare, sono numerose le novità del documento: da una nuova e più pratica classificazione cardiovascolare degli sport ad un capitolo interamente dedicato allo screening cardiologico sportivo, in particolare all'utilità di un'attenta lettura dell'elettrocardiogramma (visti i recenti risultati in termini di riduzione di mortalità improvvisa); dalla trattazione di problematiche di grande rilievo, e mai affrontate finora, come l'atleta paralimpico/disabile, l'atleta master e l'atleta diabetico, all'idoneità negli sport in ambienti “straordinari”; dall'analisi dei limiti e dell'utilità dei test genetici ad un utilissimo capitolo sugli effetti cardiovascolari dei farmaci di interesse medico - sportivo. Oltre, naturalmente, ad una completa rielaborazione ed aggiornamento dei “tradizionali” capitoli sulle aritmie, sulle cardiopatie congenite, sulle cardiomiopatie, sull'ipertensione arterio-



sa, sulla cardiopatia ischemica e sulle problematiche medico - legali sempre più attuali. Si è ritenuto opportuno, ai fini di una maggiore consultabilità del documento, aggiungere un indice analitico delle principali voci trattate. Vanno ricordati alcuni punti chiave delle Linee Guida che devono essere considerati i presupposti delle future edizioni.

- Le Linee Guida rappresentano l'espressione dei pareri di un comitato di esperti: servono come riferimento nella pratica quotidiana medico - sportiva, ma non sono hanno valore legislativo.

- Tuttavia, esse hanno un grosso impatto sul mondo sanitario ed influenzano in modo determinante i comportamenti e le scelte cliniche dei singoli Medici specialisti. In qualche caso, possono anche superare quegli aspetti legislativi che, seppur validi, non contemplano alcune recenti acquisizioni cardiologiche e medico sportive.

- Non va mai dimenticato, peraltro, che le Linee Guida non sarebbero mai

esistere senza la legge sulla tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica, che ha quasi obbligato gli esperti alla loro formulazione.

- I recenti dati della letteratura internazionale hanno indicato nello screening medico - sportivo italiano un esempio ed un modello da imitare nella lotta alla morte cardiaca improvvisa sui campi di gara, significativamente ridotta negli ultimi anni proprio per l'aumentata sensibilità diagnostica dei Medici Specialisti in Medicina dello Sport e Cardiologi dello Sport, confermando l'utilità pratica

delle Linee Guida.

- In questa edizione, inoltre, si è voluto mettere in evidenza l'importanza ed il connotato squisitamente preventivo della visita di idoneità agonistica che ha assunto, al di là degli aspetti sportivi, un effettivo valore sociale di tutela della salute e di programmazione economico sanitaria, soprattutto dopo l'abolizione della visita di leva e la sostanziale scomparsa della Medicina scolastica, accreditandosi come il primo e più precoce screening nel nostro Sistema Sanitario Nazionale. A questo proposito, SIC Sport ed ANMCO stanno già pianificando un Simposio congiunto su questa tematica del COCIS, che sarà inserito nel prossimo Congresso Nazionale ANMCO 2010, nonché altre iniziative territoriali mirate alla diffusione ai Cardiologi ospedalieri dell'importanza preventiva della Medicina dello Sport.

Presto al via la Campagna Educazionale Regionale dell'ANMCO Toscana "CardioLive 2010"

44 a cura del Consiglio Direttivo ANMCO Toscana

Campagna Educazionale Regionale

CARDIO Live

per Corsi Formativi
ANMCO Toscana 2010

Firenze 21 Gennaio 2010
11.00 - 14.00
Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi
Laboratorio di Diagnostica e Interventistica
Via Morgagni, 65 - Firenze

Firenze 21 Gennaio 2010
11.00 - 14.00
CORSO: **CARDIOPATIE STRUTTURALI**
Coordinatori:
L. Chiodi (Firenze)
G.F. Gensini (Firenze)
G. Santoro (Firenze)
G.M. Santoro (Firenze)
A. Zipoli (Empoli)
A. Zappirali (Firenze)

Pisa 27 Gennaio 2010
11.00 - 14.00
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Ospedale Santo Chiara
U.O. Medicina Cardiovascolari II
Via Rome, 67 - Pisa

Pisa 27 Gennaio 2010
11.00 - 14.00
CORSO: **ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA**
Coordinatori:
M.G. Bongiorno (Pisa)
M. Galli (Livorno)
E. Magagnoli (Livorno)
M. Piacenti (Pisa)
G. Tartarini (Fonterada)

Arezzo 10 Febbraio 2010
11.00 - 14.00
Ospedale San Donato
Divisione di Cardiologia
Via Piano Rosso - Arezzo

Arezzo 10 Febbraio 2010
11.00 - 14.00
CORSO: **ARTERIOPATIE E MALATTIE DIABETICHE**
Coordinatori:
L. Balagnese (Arezzo)
A. Fraticelli (Naldarno)
F. Liistro (Arezzo)

Lucca 18 Febbraio 2010
11.00 - 14.00
Ospedale Carlo di Matilde
U.O. di Cardiologia
Via dell'ospedale, 1 - Lucca

Lucca 18 Febbraio 2010
11.00 - 14.00
CORSO: **TRATTAMENTO PERCUTANEO DELLE STENOSI CAROTIDEE**
Coordinatori:
F. Bellandi (Pistoia)
D. Bernardi (Castellnuovo Garfagnana)
F. Bovenzi (Lucca)
M. Chini (Pistoia)
M. Cernegoi (Pescia)
M. Lazzari (Lucca)
W. Vergoni (Pescia)

Massa 19 Marzo 2010
11.00 - 14.00
IPC CNB - Ospedale Penasanti
U.O. Cardiologia Adulti
Via Aurelio Sud, Lin. Montepetri - Massa

Massa 19 Marzo 2010
11.00 - 14.00
CORSO: **IMAGING E TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE AORTICHE**
Coordinatori:
S. Berti (Massa)
G. Casolo (Lido di Camaiore)

Grosseto 28 Aprile 2010
11.00 - 14.00
Ospedale della Misericordia
Via Sennio, 161 - Grosseto

Grosseto 28 Aprile 2010
11.00 - 14.00
CORSO: **GUARDARE "OLTRE" LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE**
Coordinatori:
U. Limbruno (Grosseto)
M. Fineschi (Siena)
C. Pierri (Siena)
S. Severi (Grosseto)

INFORMAZIONI GENERALI

ISCRIZIONE
L'iscrizione ai Corsi è gratuita e comprende il materiale congressuale, l'attestato di partecipazione ai lavori, l'attribuzione dei crediti ECM e il coffee break previsto dal programma. La scheda di iscrizione e i dettagli dei collegamenti per le diverse sedi verranno distribuiti successivamente.

STRUTTURA EVENTI
Per i lavori scientifici previsti nei formati didattico-formativi saranno contemporaneamente collegate in audio e video conferenza le 6 Cardiologie coinvolte nel Progetto. In ognuna delle sedi collegata è previsto la partecipazione di medici ospedalieri di altre discipline affini interessati agli eventi e di medici di medicina generale.

CREDITI FORMATIVI
Per ciascun Corso sarà richiesto il possesso di accreditamento per le figure professionali di Cardiologia e di Medicina di Medicina Generale presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (CNM) del Ministero della Salute. La richiesta ad integrare la compilazione del questionario e la consegna al termine del Corso presso la Segreteria Organizzativa OIC costituisce elemento di elevazione dello stesso. Il certificato con indicato il numero dei crediti formativi ottenuti verrà inviato agli iscritti dopo la conclusione di ciascun Corso.

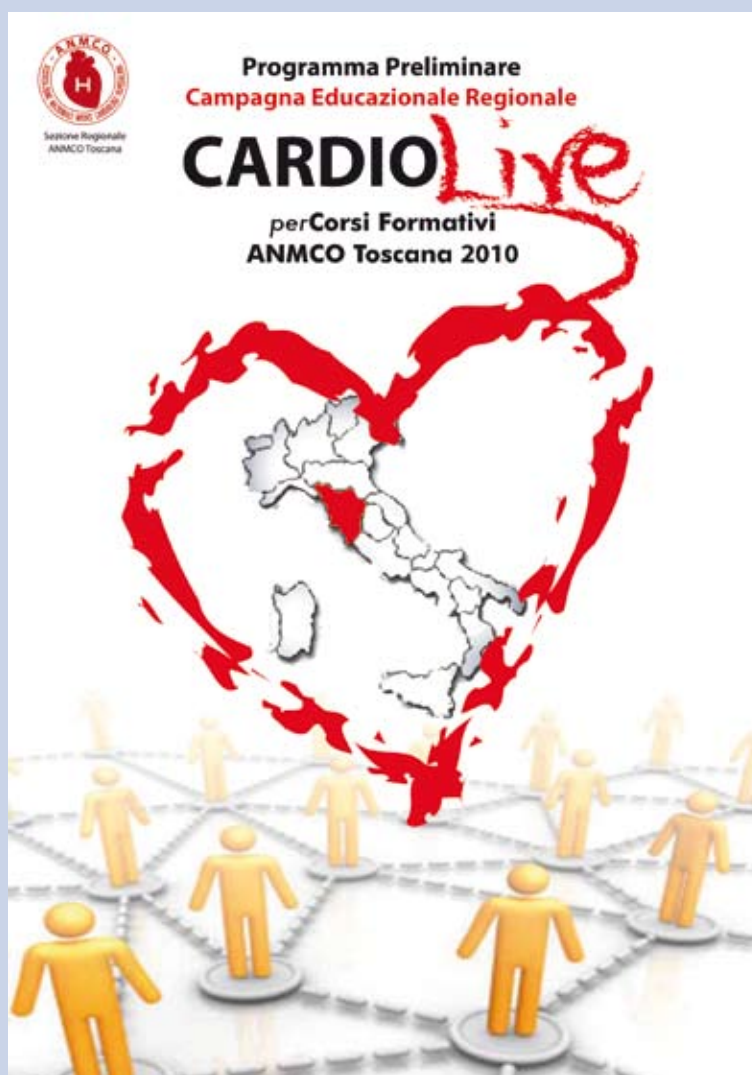
COMITATO SCIENTIFICO
Sergio Berti (Firenze)
Gennaro Santoro (Lucca)
Gennaro Santoro (Lido di Camaiore)
Gennaro Santoro (Pistoia)

CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO TOSCANA 2008/2010
Presidente:
Piero Biondi (Lucca)
Vicepresidenti:
Sergio Berti (Firenze)
Gennaro Santoro (Lucca)
Gennaro Santoro (Lido di Camaiore)
Gennaro Santoro (Pistoia)
Gennaro Santoro (Siena)
Gennaro Santoro (Grosseto)
Gennaro Santoro (Livorno)
Gennaro Santoro (Pisa)
Gennaro Santoro (Arezzo)
Gennaro Santoro (Massa)
Gennaro Santoro (Montecatini Terme)
Gennaro Santoro (Viareggio)

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
OIC
Dott.ssa Gennaro Santoro
Via G. Sennio, 161 - Grosseto
Tel. 0564/200111 - Fax 0564/2001912

Anche quest'anno l'ANMCO Toscana propone qualcosa che esprime in sé innovazione e creatività formativa con l'organizzazione della Campagna Educazionale Regionale dell'ANMCO Toscana "CardioLive 2010". Un accattivante titolo dietro il quale una complessa e capillare organizzazione porterà le telecamere ad esplorare e documentare in 6 eventi l'attività clinico assistenziale di 6 Cardiologie regionali, tutte contemporaneamente collegate durante ciascun evento. Come in passato con la Campagna Regionale "Difendiamo il Cuore" e poi con il progetto di "Certificazione di Qualità" di 10 Cardiologie regionali, l'ANMCO ripropone nuove attività culturali con efficace opportunità di aggregazione associativa, partecipazione e, in particolare, valorizzazione del lavoro assistenziale svolto nelle Cardiologie della Regione. Con questo progetto, unico nel suo genere, verranno accreditati nel Piano Annuale Formativo ANMCO 2010 ben 37 eventi scientifici collegati alla Campagna, il primo dei quali sarà il Focus CardioLive di gennaio destinato ai Coordinatori. Questa iniziativa, fortemente voluta non solo dal Consiglio Direttivo Regionale, ma anche da numerosi associati a cominciare da Giancarlo Casolo, che con Sergio Berti e Gennaro Santoro fanno parte del Comitato di Coordinamento scientifico e organizzativo, testimonia la volontà di ricercare nuovi aggiornamenti scientifici e utile rinnovamento tecnologico. Il rationale di questa nuova sfida formativa nasce dall'esigenza di esaltare e rafforzare l'eccellente integrazione assistenziale esistente tra la clinica, la diagnostica

e l'interventistica nelle Cardiologie ospedaliere della Toscana. Il programma scientifico si realizza grazie ad un ambizioso network dedicato, metodologicamente e tecnologicamente capace di esaltare l'efficienza e lo spirito collaborativo della Rete assistenziale delle Cardiologie toscane. La Cardiologia invasiva e il moderno Imaging costituiscono alcuni dei più interessanti progressi del lavoro del Cardiologo in Ospedale e successivamente del lavoro dei Medici del Territorio, che prendono in carico i malati dopo la dimissione con diagnostiche e trattamenti complessi. Alle 6 "live" parteciperanno come Discussant numerosi Specialisti ospedalieri, non solo Cardiologi, oltre a Medici di Medicina Generale provenienti da tutte le province toscane. Essi avranno il privilegio di essere i protagonisti del lavoro in Ospedale, assistendo e partecipando in diretta alla presentazione



di interessantissime procedure di diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari. Queste presentazioni mirano a caratterizzare l'eccellenza raggiunta in ciascun Centro. Le Cardiologie regionali di Arezzo, Firenze, Grosseto, Lucca, Massa, Pisa, con la collaborazione delle Cardiologie di Castelnuovo Garfagnana, Empoli, Lido di Camaiore,

Livorno, Pescia, Pistoia, Pontedera, Prato, Siena, Valdarno e Versilia propongono un programma "live" di tre ore con Casi Clinici e procedure interventistiche presentate in diretta dalle UTIC, dalle corsie e/o dalle Sale di Emodinamica, di Elettrofisiologia e Laboratori di Imaging. Nelle aule attrezzate e collegate, gli eventi consentiranno una grande partecipazione interattiva, grazie alla predisposizione di studi televisivi di audio - video conferenza, personale tecnico dedicato e predisposizione di un'evoluta rete audio - video trasmissione bidirezionale

di grande avanguardia tecnologica per l'utilizzo dedicato di un moderno sistema multimediale. Un ringraziamento va rivolto a Pfizer per l'incondizionato contributo educativo offerto nella realizzazione del progetto e ad OIC di Firenze per il coordinamento organizzativo e nella cura dei non facili aspetti logistici.

Condannati alle posate di plastica!

Scomode, fragili, inquinanti e non riciclabili

di A. Murrone e G. Alunni

Nella nostra mensa aziendale un breve periodo di prova delle posate metalliche è miseramente fallito a causa dell'elevato tasso di sparizione: case report e revisione della letteratura

La presenza media giornaliera nella nostra mensa è di 240 persone mentre in un mese spariscono ben 500 posate, 19.2 posate/die dissolte nel nulla

Condannati alle posate di plastica!

In seguito alle continue lamentele derivanti dall'elevata incidenza di rottura delle posate di plastica, talora impegnate in impari lotte con carni non troppo tenere e frutti non sempre maturi, considerato anche il relativo rischio di ingestione di frammenti, nella nostra mensa aziendale ne è stata decisa la sostituzione con posate metalliche, sia per motivi pratici ed economici, ma anche e soprattutto ecologici. La nostra attenzione sull'argomento è nata dall'evidente disappunto dimostrato dal team di gestione, a fronte del crescente fenomeno della sparizione delle posate metalliche. I dati che ci hanno fornito sono sorprendenti: la presenza media giornaliera in mensa è di 240 persone mentre in un mese spariscono ben 500 posate⁽¹⁾ (19.2 posate/die dissolte nel nulla, poichè la mensa è chiusa la domenica). Considerato che il dato epidemiologico ci è sembrato notevolmente discordante da qualsiasi ragionevole previsione, allo scopo di confrontare la nostra realtà con altre, abbiamo eseguito una ricerca in letteratura. L'articolo di Lim et al, pubblicato sul British Medical Journal⁽²⁾, ci è parso di notevole interesse. A fronte del problema "sparizione dei cucchiaini" dalle sale da tè del Centre for Epidemiology and Population Health Research - Macfarlane Burnet Institute, a Melbourne, Australia, il gruppo di ricercatori ha condotto uno studio con l'obiettivo di determinare il tasso globale di sparizione nel loro istituto, se la scomparsa fosse correlata con il loro valore, o con il tipo di sala da tè (comune o dedicata a specifici gruppi

di ricerca). Si tratta di uno studio longitudinale di coorte, in un istituto con circa 140 impiegati, che prevedeva la numerazione, in maniera discreta, di 70 cucchiaini collocati nelle differenti sale da tè dell'istituto stesso. Per 5 mesi è stata eseguita, settimanalmente, una verifica. Le principali misure di outcome erano l'incidenza di perdita (per 100/anno) e l'emivita dei cucchiaini.

I risultati

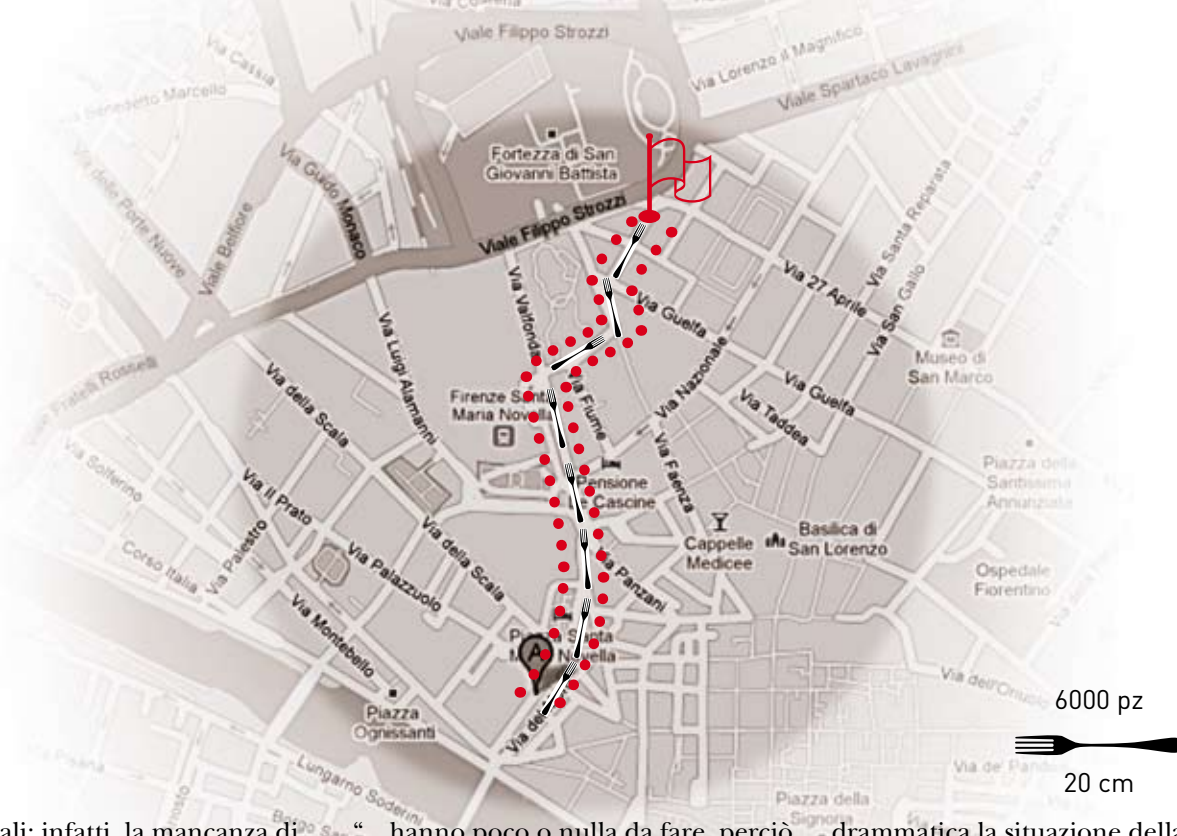
Alla fine dello studio erano scomparsi 56 (80%) dei 70 cucchiaini, con una emivita di 81 giorni. Rispetto a quella nelle sale da tè comuni (42 giorni), l'emivita dei cucchiaini è stata significativamente più lunga nelle sale da tè dedicate a specifici gruppi di ricerca (77 giorni). Il tasso di perdita nel periodo di osservazione è stato del 360.62/100 cucchiaini/anno e non è stato influenzato dal loro valore. A questo tasso di sparizione sarebbe necessario acquistare 250 cucchiaini/anno per mantenere inalterata nel tempo la dotazione di 70 cucchiaini dell'istituto. In conclusione, la perdita di cucchiaini nel posto di lavoro è stata rapida, dimostrando che la loro disponibilità, e quindi la credibilità dell'istituto, è costantemente minacciata.

Commento

L'articolo, pubblicato su una prestigiosa rivista medica quale il British Medical Journal, si presta ad una serie di considerazioni. Ogni frase o definizione in corsivo, tra virgolette, è tratta dal "Dizionario fondamentale della lingua italiana - DeAgostini".

a) Lo studio ha dei limiti scientifici, evidenziati dagli stessi autori, che però non possono aver influenzato i

Figura 1



risultati finali; infatti, la mancanza di un gruppo di controllo, vale a dire un identico set di cucchiaini in una sala da tè analoga, ma chiusa, per verificarne il logoramento naturale, è ovvio che non possa modificare il risultato della ricerca. Nello studio manca anche un gruppo placebo, ma come si può immaginare un set di cucchiaini identici ma non funzionanti?

b) La prima reazione alla lettura può essere di sconcerto, termine non necessariamente negativo ma che esprime, "...stupore così vivo da lasciare quasi smarrito...". Scherzo? Scienza? Follia?

c) Si tratta di una parodia di un tipico articolo scientifico, cioè del "...rifacimento comico di uno scritto serio...", oppure, del "...rifacimento serio di un fatto comico...?"

Se il lettore fosse un extraterrestre grande esperto in materia statistica, ma che nulla sa di scienza medica né di cucchiaini da caffè o da tè, poiché al mattino fa colazione con pillole di aminoacidi liofilizzati, potrebbe cogliere le differenze tra questo e un qualunque altro articolo pubblicato sullo stesso numero della rivista scientifica?

d) Sentimento verso gli autori ("...facoltà e attività del sentire, in particolare sensazione interiore..."):

- Disapprovazione e/o indifferenza:

"...hanno poco o nulla da fare, perciò trovano il tempo da dedicare a lavori di nessuna utilità".

- Ammirazione: "...finalmente un po' di autoironia!".

Ci auguriamo che sulle labbra della maggior parte dei lettori sia comparso comunque un sorriso "...di compiacimento, di soddisfazione, ironico...", poiché saper ridere difende dagli attacchi degli stress quotidiani, dalla fretta, dal tempo che non è mai abbastanza. Se l'obiettivo degli autori era quello di ironizzare, e si fa fatica a pensare il contrario, hanno centrato l'obiettivo scrivendo un articolo con l'arte vera della comicità, quella secondo la quale un artista per far ridere non deve mai ridere sul palco. Seguendo questa semplice regola nessun riferimento, nessuna parola è spesa dagli autori a scapito della serietà dello studio: fare dell'ironia senza ...ironizzare. Al pari dei tanti dati messi a disposizione dalla letteratura scientifica, non ci sembra meno importante sapere che se il tasso di scomparsa osservato nello studio fosse applicabile a tutte le sale da tè della città di Melbourne (circa 2.5 milioni di abitanti), ogni anno scomparirebbero 18 milioni di cucchiaini che, se messi in fila, coprirebbero una lunghezza di 2.700 km, pari all'intera costa del Mozambico! Ancor più

drammatica la situazione della nostra mensa aziendale: si stima un tempo di dimezzamento delle posate dell'ordine di 15 giorni. Per dare un'idea, certamente cara agli amici dell'ANMCO, le 6.000 posate che scomparirebbero ogni anno (che nella stragrande maggioranza sono finite nella spazzatura insieme ai residui del pasto), se messe in fila, supererebbero di gran lunga la distanza tra la Fortezza da Basso e Piazza S. Maria Novella a Firenze (1.200 vs 900 metri)⁽³⁾ (Figura 1). Per ovvi motivi economici, la distribuzione è stata sospesa dopo 3 mesi, con ritorno alle posate di plastica la cui potenzialità inquinante, al contrario delle buste della stessa materia, non risulta essere stata presa in considerazione dalle leggi vigenti. Infatti, la normativa europea e italiana, prevede l'obbligatorietà del riciclaggio per i soli imballaggi ma non per piatti e bicchieri di plastica.

Bibliografia

1. Fonte. Team gestione mensa aziendale, Azienda Ospedaliera di Perugia
2. Megan S C Lim, Margaret E Hellard, Campbell K Aitken, The case of the disappearing teaspoons: longitudinal cohort study of the displacement of teaspoons in an Australian research institute. *British Medical Journal* 2005;331;1498-1500
3. Fonte: www.viamichelin.it



Clopidogrel e gastroprotezione: navigando “a vista” tra Scilla e Cariddi

Appropriatezza prescrittiva in tema di gastroprotezione in corso di terapia con Clopidogrel

di V. Annese, P. Caldarola,
L. Santoiemma,
Commissione Appropriatezza Prescrittiva
Regione Puglia - Presidente Franco Bux

Le recenti segnalazioni della letteratura di un minore effetto protettivo del Clopidogrel (CLO), la cui attività antiaggregante è svolta da metaboliti attivi dopo biotrasformazione citocromiale, sugli eventi cardiovascolari maggiori in alcuni pazienti con ridotta attività del CYP2C19 o durante terapia concomitante con Inibitori di Pompa Protonica (IPP), hanno indotto le agenzie regolatorie internazionali ad emettere alcune raccomandazioni. La FDA per prima il 26 gennaio 2009⁽¹⁾ e successivamente il 13 maggio 2009⁽²⁾ ha consigliato i pazienti in terapia combinata (CLO e IPP) di consultare il curante in merito al proseguo della terapia. Successivamente l'EMA e l'AIFA il 3 giugno 2009⁽³⁾ hanno richiesto alle Aziende produttrici di inserire informazioni in merito a questa interazione nella scheda tecnica del CLO, raccomandando l'uso degli IPP solo quando necessario. Più di recente la classe medica ha ricevuto una nota informativa da parte della Sanofi - Pharma Bristol - Myers Squibb SNC, d'intesa con il Comitato Europeo per i Prodotti Medicinali per uso umano (CHMP), che segnala la modifica apportata alla scheda tecnica del prodotto nella quale si ribadisce di “evitare l'uso

concomitante di PPI salvo che non sia assolutamente necessario, tenendo in considerazione l'uso di anti - H2 e antiacidi”. Pur comprendendo gli intenti e le cautele di tale raccomandazione, riteniamo che tale messaggio possa essere fuorviante in quanto:

- a) non identifica quando si verifichi “l'assoluta” necessità all'utilizzo dei farmaci IPP;
- b) non riporta alcuna distinzione tra i vari IPP;
- c) può indurre a ritenere “equivalente” l'efficacia degli anti - H2 ed antiacidi ai fini della “gastro - protezione.”

A questo scopo si riportano di seguito alcune sintetiche note esplicative.

Efficacia antiaggregante del Clopidogrel

Durante il 2008 - 2009 sono comparse segnalazioni di ridotta efficacia del CLO a causa di polimorfismi genetici del gene ABCB1 e alcune subunità del citocromo P450. In particolare i soggetti carrier di una variante della subunità CYP2C19 (circa il 30% nella popolazione caucasica) presentano una riduzione di circa il 30% dei metaboliti attivi ed una riduzione di circa il 9% dell'attività antiaggregante⁽⁴⁾. Questo si traduce in aumento di rischio cardiovascolare (infarto, ictus, e morte) del 50 - 100% e di occlusione

Tabella 1

Autori	N° pts	Hazard ratio	% Eventi *	Farmaci	Note	Ref.
Aubert RE	16,718	1.5	25% vs 18%	IPP		MACE (Abs)
Dunn SP	2,112	1.6	14.8% vs 9.2	IPP		CREDO (Abs)
Pezalla E	4,800	1.37	11% vs 2.6%	IPP	Solo infarto	JACC 2008
Tobassome S	1,535	n.s.	n.r.	IPP		NEJM 2009
Juurink DN	13,636	1.27	n.r.	IPP (no n panto)		CMAJ 2009
		1.02	n.r.	Pantoprazolo		
HO MP	8,205	1.25	30% vs 21%	IPP	Panto non valutabile	JAMA 2009
		1.24		Omeprazolo		

* Per eventi cardiovascolari seri si intende morte o s. coronarica acuta; n.s.=non significativo; n.r.=non riportato

di stent coronarico fino al 300%^(4,5). I soggetti con due varianti (circa il 3 - 4%) avrebbero un rischio ulteriormente aumentato. Questo rischio permane significativo anche dopo correzione statistica per altri fattori di rischio (es. fumo, diabete) e farmaci (inclusi IPP ed in particolare omeprazolo)⁽⁶⁾. Al contrario una serie di studi clinici hanno evidenziato un effetto negativo degli IPP, ed in particolare dell'omeprazolo (Tabella 1). Tutti questi studi sono però retrospettivi e non randomizzati per l'uso dei PPI. Una serie di altri studi hanno valutato direttamente la modificazione dell'attività antiaggregante del CLO in soggetti con terapia concomitante con IPP. Nell'unico studio controllato con placebo eseguito in 124 pazienti dopo posizionamento di stent e terapia con ASA + CLO, la concomitante somministrazione di omeprazolo (invece che di placebo) riduceva già dopo 7 gg. di circa il 10% l'attività antiaggregante in vitro⁽¹¹⁾. Viceversa, in uno studio simile in 300 pazienti consecutivi, gli autori non hanno evidenziato alcun effetto negativo dell'esomeprazolo e rabeprazolo rispetto ai pazienti senza IPP⁽¹²⁾. Ancora, in soggetti normali, il lansoprazolo tende a ridurre l'attività antiaggregante del CLO. Va segnalato

che né gli studi clinici retrospettivi né quelli sull'attività antiaggregante in vitro hanno correlato l'effetto negativo degli IPP con il substrato genetico dei soggetti, anche se è del tutto verosimile che l'effetto degli IPP sia più evidente (o esclusivo?) proprio nei soggetti con ridotta attività dell'isoenzima CYP2C19. Ci sono inoltre vari altri farmaci che impegnano nel loro metabolismo questo citocromo o che inibiscono l'attività (ed. sertralina e fluoxetina) per i quali, al momento, mancano valutazioni di riferimento. **IPP e CYP2C19**

Il metabolismo epatico dei vari IPP avviene a livello epatico attraverso varie subunità del citocromo P450, principalmente la CYP2C19 e CYP3A4. Diversi studi hanno valutato il livello di inibizione della subunità CYP2C19 da parte dei IPP, anche perché potenzialmente può tradursi in una diversa efficacia antisecretiva degli stessi IPP. I dati in vitro in generale dimostrano che la maggiore inibizione è esercitata dal lansoprazolo e la minore dal pantoprazolo e rabeprazolo⁽¹⁴⁾. I dati in vivo, di farmacocinetica, sono più variabili e condizionati anche dal numero di studi eseguiti (più largamente disponibili per l'omeprazolo e pantoprazolo). In generale l'omeprazolo



risulta come il farmaco con la potenziale maggiore interazione (ad es. con diazepam e fentoina)^[15], mentre il pantoprazolo e rabeprazolo hanno il rischio minore^[16]. In particolare non hanno dimostrato interazioni con teofillina, warfarin, fentoina, tacrolimus ed antiacidi^[17].

Indicazioni all'uso degli IPP e possibili alternative

Il rischio relativo di emorragia G - I è incrementato di 1.5 - 3 volte nei pazienti in corso di terapia anti - aggregante, ma il rischio assoluto è relativamente basso (1 - 2%), pertanto non è generalmente costo/efficace un trattamento "protettivo" generalizzato. È importante però individuare e riconoscere le situazioni che incrementano tale rischio (vedi Tabella 2, mod. da ref. 18).

Le recenti raccomandazioni dell'American College of Cardiology, American College of Gastroenterology e American Heart Association^[19] prevedono l'uso degli IPP nella terapia con CLO ed ASA combinata. Ma, anche se non controllati, gli studi di ridotta attività del CLO e quindi di incremento di eventi cardiovascolari seri richiedono attenzione. In attesa dei risultati di Trial prospettici e randomizzati e della possibilità di effettuare nella pratica clinica dei test per rivelare una condizione di metabolizzatore lento per gli isoenzimi interessati, sarebbe un grave errore sospendere indiscriminatamente l'uso degli IPP in questi pazienti. Le emorragie G - I, seppure infrequenti, sono gravate da una consistente mortalità (fino al 10%) soprattutto nei pazienti più anziani e con co - morbidità^[20].

ASPIRINA	CLOPIDOGREL
Precedente ulcera complicata (15% ad 1 anno)	Precedente ulcera complicata (20% ad 1 anno)
Precedente storia di ulcera (15% ad 1 anno)	Concomitante uso di FANS (RR x 15)*
Età avanzata (incremento 1% per decade)	Concomitante uso di ASA (RR x 2)
Helicobacter (RR x 2)	Concomitante uso di anti-coagulanti (RR x 3)
Dose di Aspirina (RR x 1.5)	
Concomitante uso di FANS (RR x 2-4)	
Concomitante terapia anti-coagulante (RR x 0.5-2)	RR = Rischio relativo

Tabella 2 - Fattori di rischio dimostrati per ulcera durante Terapia antiaggregante

È evidente che, a questo punto, abbiamo un problema... anzi due

1) Prescrivendo IPP ai pazienti che assumono Clopidogrel, con o senza ASA, potremmo ridurre l'efficacia della terapia antiaggregante, esponendoli a seri rischi trombotici.

2) Se non prescriviamo IPP a tali pazienti, li esponiamo a un rischio emorragico potenzialmente grave, specie se di età > di 60 anni o con altri fattori di rischio (malattia da reflusso, pregressa ulcera, concomitante terapia steroidea o con altri FANS, etc.). Una soluzione attraente potrebbe essere l'uso del pantoprazolo che, in base ai dati disponibili, non inibirebbe l'attività del CYP2C19, anche se non abbiamo dati clinici controllati abbastanza forti che permettano di sostenere in maniera decisa questa raccomandazione. La nota della Sanofi suggerisce l'uso di anti - H2 ed antiacidi, ma bisogna fare attenzione; un conto è evitare l'uso degli IPP ed utilizzare questi farmaci per dominare disturbi dispeptici, un altro è assicurare una efficace "gastroprotezione", vale a dire ridurre il rischio di lesioni peptiche e loro complicanze. Qui la strada è da tempo segnata e chiara^[21] solo per i FANS. Il misoprostolo è in grado di ridurre la frequenza di ulcera duodenale (UD) e gastrica (UG) del 53% e 74% rispettivamente; mentre gli anti - H2 riducono la frequenza dell' UD del 64% ma sono efficaci nelle UG solo a dosaggio doppio (riduzione del 56%). Quando confrontati con il misoprostolo, gli IPP hanno una simile efficacia

nell'UG, ma riducono di un ulteriore 71% la frequenza di UD. Quando confrontati agli anti - H2, gli IPP riducono la frequenza di lesioni peptiche di un ulteriore 70 - 90%^[21]. Inoltre vanno considerati i problemi di tollerabilità e compliance del misoprostolo e di tachifilassi nel lungo termine degli anti - H2. Viceversa, i dati sull'utilizzo del misoprostolo ed anti - H2 in corso di terapia antiaggregante sono molto scarsi. Il misoprostolo ha dimostrato un'efficacia anche nelle lesioni del tenue nei pazienti in terapia con ASA e FANS^[22,23]. Ancora, in uno studio retrospettivo, il 22% dei pazienti in terapia con CLO ed anti - H2 ha presentato dopo 1 anno episodi di emorragia G - I rispetto a nessuno dei pazienti con CLO e IPP^[24]. In un recente studio caso - controllo su 8.309 pazienti, gli anti H2 hanno ridotto del 68% i casi di ricovero per emorragia digestiva nei pazienti in terapia con ASA, ma solo del 18% (valore non significativo) i casi nei pazienti in terapia con CLO^[25].

Conclusioni

La forza della indicazione alla gastroprotezione in corso di terapia antiaggregante aumenta con l'aumentare dei fattori di rischio. Allo stato attuale delle conoscenze, al fine di non compromettere l'efficacia del CLO, le opzioni sono l'utilizzo del misoprostolo, l'uso di anti - H2 a doppio dosaggio e, forse, pantoprazolo. In questo setting non esistono studi di confronto: le prime due opzioni hanno una efficacia meno documentata ed una risposta verosimilmente minore rispetto agli IPP (ad es. dal 70 al 90%



minore rispetto a quella degli IPP nella prevenzione del danno da FANS). Le uniche raccomandazioni sostenibili, nell'ottica della prevenzione di eventi maggiori gastrointestinali nel paziente sottoposto a duplice antiaggregazione (CLO + ASA), a questo punto, nascono da una attenta valutazione integrata del rischio gastrointestinale e di quello trombotico del singolo paziente e possono essere riassunte nel modo seguente.

A) In pazienti con meno di 60 anni, senza fattori di rischio o anamnesi positiva per danni da FANS a carico del tratto GI e/o eventi GI maggiori, NON associare terapia antisecretiva.

B) In pazienti con più di 60 anni, senza fattori di rischio o anamnesi positiva per danni da FANS a carico del tratto GI, associare al trattamento misoprostol, in regime di rimborsabilità SSN, sapendo che almeno un paziente su tre sospenderà la terapia per effetti collaterali e un numero ancora maggiore potrà avere comunque disturbi gastroenterici minori. In caso di intolleranza al misoprostol, associare al trattamento ranitidina 300 mg x due al dì, (prescrizione off label, data la mancanza di indicazione in scheda tecnica, ma sostenuta dalla assenza di una opzione alternativa valida) al momento non in regime di rimborsabilità SSN.

C) In pazienti ad alto rischio emorragico o con anamnesi positiva di danno GI da FANS o pregresso evento maggiore gastrointestinale, associare pantoprazolo a dosaggio pieno.

È indispensabile che le Autorità regolatorie nazionali prendano una

posizione a tutela dei tanti pazienti che oggi assumono Clopidogrel, cercando di raccogliere informazioni e promuovere studi per definire il reale peso dell'interazione sostenuta dagli IPP e valutare se alcune molecole di questa classe (es. pantoprazolo) possano essere usate in sicurezza. Dovrebbe infine essere valutata la possibilità, per questi pazienti, di ammettere a rimborsabilità in nota 01 gli anti - H2, a dosaggio doppio, in caso di intolleranza al misoprostol.

BIBLIOGRAFIA

- 1) <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm092066.htm>
- 2) <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm079520.htm>
- 3) http://www.agenziafarmaco.it/allegati/comunicato_emea_clo030609.pdf
- 4) Mega JL; et al. *New Engl J Med* 2009;360:354-62
- 5) Tabassome S, et al. *New Engl J Med* 2009;360:363-75.
- 6) Aubert RE, et al "Proton pump inhibitors effect on Clopidogrel effectiveness: The Clopidogrel Medco Outcomes Study" *Circulation* 2008; 118(Suppl 2): Abstract 3998.
- 7) Dunn SP, et al. "Baseline proton pump inhibitor use is associated with increased cardiovascular events with and without use of Clopidogrel in the CREDO Trial" *Circulation* 2008; 118(Suppl 2): Abstract 3999
- 8) Pezalla E, et al. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1038-9.
- 9) Juurlink DN, et al. *Can Med Assoc J* 2009;180:713-8
- 10) Ho MP, et al. *JAMA* 2009;301:937-44.
- 11) Gilard M, et al. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:256-60.
- 12) Siller-Matula JM; et al. *Am Hearth J* 2009;157:148e1-5.
- 13) Rosemary J, et al. *Curr Clin Pharmacol* 2007 2(1):93-109.
- 14) Li X, et al. *Drug Metabol Dispos* 2004;32:821-7
- 15) Khalique SC, et al. *Card Rev*, 2009;17:198-200
- 16) Sibbing D, *Alim Pharmacol & Therap* 2009;101:714-9.
- 17) Blue H, et al. *Drug Safety*; 2006;29:769-84.
- 18) Cryer B. *Gastroenterol. Clin N Am* 2009;38:289-303
- 19) Bhatt DL, et al. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1502-17
- 20) Marmo R, *Am J Gastro* 2008;103:1639-47.
- 21) Leontiadis GI et al. *Health Technol Ass*, 2007;11:1-164.
- 22) Watanabe T, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6(11):1279-82.
- 23) Goldstein JL, et al. *Clin Ther* 2004;26:1637-43.
- 24) Ng FH, et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:443-9.
- 25) Lanos A, et al. *Am J Gastro* 2007;102:507-15

CCNL 2006 - 2009 della Dirigenza Medica e Veterinaria

di Domenico Gabrielli



52

Art. 8

Obiettivi

1. Nell'ottica di garantire il mantenimento e lo sviluppo dei livelli di efficacia ed efficienza raggiunti nel conseguimento dei propri fini istituzionali, le Aziende daranno ulteriore impulso ai metodi fondati sulla fissazione degli obiettivi, sulla misurazione dei risultati e sulla verifica della qualità dei servizi sanitari e delle funzioni assistenziali, realizzando in particolare la più ampia valorizzazione della funzione dirigenziale.
2. Considerata la stretta correlazione tra misurazione dei servizi e valutazione dell'apporto individuale, le Aziende, nell'ambito delle proprie linee di indirizzo, incentivano i processi di valutazione già attivati in relazione alle disposizioni contrattuali vigenti, per la verifica dei risultati conseguiti dai dirigenti in relazione ai programmi e agli obiettivi assegnati, nonché si adoperano per l'incremento della qualità delle strutture sanitarie anche in relazione alla complessità delle tecnologie utilizzate.

Figura 1

Art. 9

Principi della valutazione

1. La valutazione dei dirigenti costituisce un elemento strategico del loro rapporto di lavoro ed è diretta a riconoscerne e a valorizzarne la qualità e l'impegno per il conseguimento di più elevati livelli di risultato dell'organizzazione e per l'incremento della soddisfazione degli utenti, nonché a verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.
2. Nel confermare il sistema di valutazione delineato dal CCNL del 3 novembre 2005, le parti ribadiscono i principi e i criteri in esso contenuti, come integrati dall'art. 10 nonché gli organismi, le modalità e gli effetti della valutazione positiva e negativa delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.
3. Al fine di consentire il rafforzamento dell'efficacia degli strumenti gestionali vigenti, si rinvia alla sequenza contrattuale di cui all'art. 28 del presente CCNL gli opportuni approfondimenti per verificare la possibilità di individuare, anche sulla base dell'esperienza maturata, soluzioni maggiormente semplificate e funzionali.

Art. 10

Procedure della valutazione

1. Le procedure della valutazione, di cui agli artt. 25 e seguenti del CCNL del 3 novembre 2005, devono essere improntate a criteri di imparzialità, celerità e puntualità al fine di garantire la continuità e la certezza delle attività professionali connesse all'incarico conferito, la stretta correlazione tra i risultati conseguiti e la nuova attribuzione degli obiettivi, nonché l'erogazione immediata della relative componenti retributive, inerenti alla retribuzione di risultato.
2. I sistemi di valutazione, come predisposti dalle Aziende con gli atti previsti dall'art. 25 del CCNL del 3 novembre 2005 definiscono i tempi delle procedure valutative, stabilendo che la verifica finale, al termine dell'incarico, viene effettuata dal Collegio tecnico entro la scadenza dell'incarico stesso, allo scopo di assicurare senza soluzione di continuità il rinnovo o l'affidamento di altro incarico nell'ottica di una efficace organizzazione dei servizi.
3. Compatibilmente con le esigenze organizzative di ciascuna Azienda, gli atti di cui al comma 2 stabiliscono, altresì, la tempistica per la verifica della realizzazione degli obiettivi annuali, effettuata dai competenti organismi di valutazione, assicurando che i provvedimenti di valutazione positiva vengono trasmessi tempestivamente agli uffici competenti per la corresponsione della retribuzione di risultato.
4. Qualora non sia stata data attuazione a quanto previsto dall'art. 25 comma 2 e comma 5 del CCNL del 3 novembre 2005, l'individuazione dei sistemi di valutazione e la definizione dei relativi criteri deve essere portata a compimento entro due mesi dalla firma del presente contratto ed inviata alla Regione. La mancata osservanza dei termini previsti costituisce responsabilità dei dirigenti preposti, ove ad essi addebitabile.

Figura 2

Cari Colleghi e Lettori, riprendiamo dunque l'esame della parte normativa del nuovo CCNL, e la portiamo a compimento, dopo una interruzione di qualche mese, effettuata per lasciare spazio ad argomenti ritenuti dal Comitato Editoriale più urgenti. L'art. 8 si occupa degli obiettivi (Figura 1); sostanzialmente non innova nulla rispetto al pregresso, confermando il sistema di fissazione ed affidamento degli obiettivi stessi, la loro verifica e la valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati ottenuti. Gli artt. 9 e 10 (Figura 2) trattano dei principi e delle procedure di valutazione, confermando sostanzialmente quanto già previsto dai precedenti contratti di lavoro, è stato inoltre introdotto un termine massimo di due mesi dalla firma del CCNL, entro il quale le Aziende, che non avessero ancora provveduto all'individuazione dei sistemi di valutazione ed alla definizione dei relativi criteri, avevano obbligo di adeguarsi. Interessante appare l'impegno preso da ambedue le parti ad affrontare gli opportuni approfondimenti per trovare eventuali soluzioni più funzionali e, se possibile semplificate, per le procedure di valu-

tazione. L'art. 11 si occupa del comportamento in servizio (Figura 3) e non presenta nulla di innovativo rispetto al passato. Nell'art. 12 (Figura 3) le parti si impegnano a definire nella sequenza contrattuale un sistema sperimentale e al contempo più elastico, ma che abbia le adeguate garanzie per il Dirigente in materia disciplinare e comportamentale. L'art. 13 (Figura 4) tratta del recesso dell'Azienda o Ente in caso di reati particolarmente gravi; rispetto al pregresso si introduce il recesso nei casi in cui il Dirigente venga arrestato perché colto in flagranza per reati di peculato, concussione o corruzione, norma di salvaguardia è che l'arresto sia convalidato dal GIP. L'art. 14 (Figura 4) ha per argomento gli effetti del procedimento penale sul rapporto di lavoro, in particolare tratta la sospensione cautelare dal servizio in caso di procedimento penale, ribadisce quanto già previsto dall'art. 19 del precedente CCNL (sospensione massima per la durata di 5 anni), ma introduce una deroga rispetto al pregresso in quanto consente all'Azienda o Ente di disporre la sospensione del servizio ulteriore, da sottoporre a revisione con cadenza biennale, questo in caso di reati di particolare rilevanza o gravità tali da comportare, se comprovati, il recesso oppure nei casi in cui la permanenza in servizio del Dirigente possa provocare pregiudizio alla credibilità della stessa e/o comunque per ragioni di operatività ed opportunità. L'art. 15 (Figura 5) tratta, come disposizione particolare, la modifica dei requisiti necessari di tipologia di rapporto di lavoro e di anzianità di servizio per il conferimento



Art. 11

Comportamento in servizio

1. Il dirigente conforma la sua condotta ai principi di diligenza e fedeltà di cui agli artt. 2104 e 2105 del Codice Civile e contribuisce alla gestione della cosa pubblica con impegno e responsabilità.
2. Il comportamento del dirigente è improntato al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi istituzionali nella primaria considerazione delle esigenze dei cittadini utenti, operando costantemente nel pieno rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, allegato al CCNL del 3.11.2005, di cui si impegna a osservare tutte le disposizioni nonché dei codici di comportamento adottati dalle Aziende ai sensi dell'art. 54, comma 5 del d.lgs. 165/2001 e di quanto stabilito nelle Carte dei Servizi.
3. I codici di comportamento aziendali e le carte dei servizi, ove emanati, sono affissi in luogo accessibile a tutti i dipendenti.

Art. 12

Norma di rinvio

1. In considerazione della particolare natura della professione medica e delle peculiarità del Servizio sanitario nazionale, le parti ritengono opportuno definire un sistema sperimentale in materia disciplinare e comportamentale, ivi incluse procedure e sanzioni, volto a fornire alle Aziende maggiori strumenti gestionali, garantendo, nel contempo, adeguate tutele al dirigente.
2. In relazione alla novità della materia ed al fine di poter effettuare tutti i necessari approfondimenti tecnici, le parti concordano di affrontare la tematica di cui al comma 1 nell'ambito della sequenza contrattuale prevista dall'art. 28 del presente CCNL, anche al fine di poter tener conto degli eventuali provvedimenti legislativi nel frattempo emanati al riguardo.

Figura 3

Art. 13

Recesso dell'azienda o ente

1. All'art. 19 del CCNL 3 novembre 2005, dopo il comma 3 è aggiunto il seguente comma:

“3 bis. In ogni caso, l'azienda è tenuta ad attivare le procedure di cui all'art. 36 del CCNL 5.12.1996 nell'ipotesi in cui il dirigente venga arrestato perché colto in flagranza a commettere reati di peculato o concussione o corruzione e l'arresto sia convalidato dal giudice per le indagini preliminari.”

Art. 14

Effetti del procedimento penale sul rapporto di lavoro

1. All'art. 19 del CCNL 3.11.2005, il comma 12 è sostituito dal seguente:

12. Quando vi sia stata sospensione cautelare dal servizio a causa di procedimento penale, ai sensi dei commi da 1 a 5, la stessa conserva efficacia, se non revocata, per un periodo di tempo comunque non superiore a cinque anni, fatta salva l'applicabilità dell'art. 36 del CCNL del 5.12.1996. Decorso tale termine la sospensione cautelare è revocata di diritto e il dirigente riammesso in servizio, salvo che per i reati di particolare rilevanza e gravità tali da comportare, se accertati, il recesso, l'Azienda ritenga che la permanenza in servizio del dirigente provochi un pregiudizio alla credibilità della stessa a causa del discredito che da tale permanenza potrebbe derivare da parte dei cittadini e/o, comunque, per ragioni di opportunità e operatività dell'Azienda stessa. In tal caso può essere disposta, per i suddetti motivi, la sospensione dal servizio, che sarà sottoposta a revisione con cadenza biennale.

Figura 4



**CAPO VI
ISTITUTI DI PARTICOLARE INTERESSE**

Art. 15

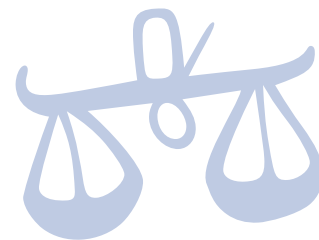
Disposizioni particolari

1. Nel computo dei cinque anni di attività ai fini del conferimento dell'incarico di direzione di struttura semplice ovvero di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo indicati nell'art. 27, comma 1 lett. b) e c) del CCNL dell'8 giugno 2000, rientrano i periodi svolti con incarico dirigenziale a tempo determinato, senza soluzione di continuità.
2. Resta fermo quanto previsto dall'art. 12, comma 3 del CCNL 8.6.2000, II biennio economico, in merito all'esperienza professionale computabile per i fini ivi previsti.

Figura 5

dell'incarico di natura professionale o di direzione di struttura semplice, tale articolo sancisce che anche i periodi svolti con incarico dirigenziale a tempo determinato, senza soluzione di continuità rientrano nel computo dei cinque anni di attività ai fini di quanto sopra e questa è una innovazione rispetto al passato. L'art 16 tratta della copertura assicurativa e della tutela legale, ribadisce il dovere delle Aziende di istituire una copertura assicurativa per la RC per tutti i Dirigenti Medici e sistemi per la gestione del rischio, confermando le norme contrattuali precedenti; introduce novità per rendere maggiormente trasparenti le decisioni in merito di tutela assicurativa, rendendo il servizio più fruibile. Appare importante l'impegno che devono assumere le Aziende per favorire l'ottimale funzionalità dei sistemi di gestione del rischio, attivando modalità e sistemi di assistenza legale e medico - legale onde garantire al Dirigente Medico, al verificarsi di un sinistro, il necessario supporto. Utile appare infine la prevista costituzione presso l'ARAN di

una Commissione, a rappresentanza mista, ai fini di una ridefinizione della normativa contrattuale per la tutela legale e le consulenze tecniche in ambito civile e penale. Concludiamo dunque questa rapida analisi della parte normativa del vigente CCNL e ci aggiorniamo ai prossimi numeri della *Rivista* per affrontare ulteriori argomenti di rilevanza sindacale, ma che impattano talvolta drammaticamente sulla vita lavorativa di tutti i giorni.



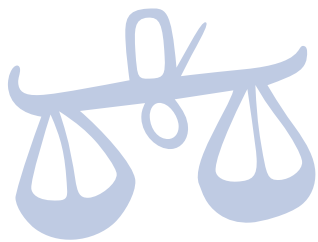
Discepoli senza Maestro

di Ornella Mafrici

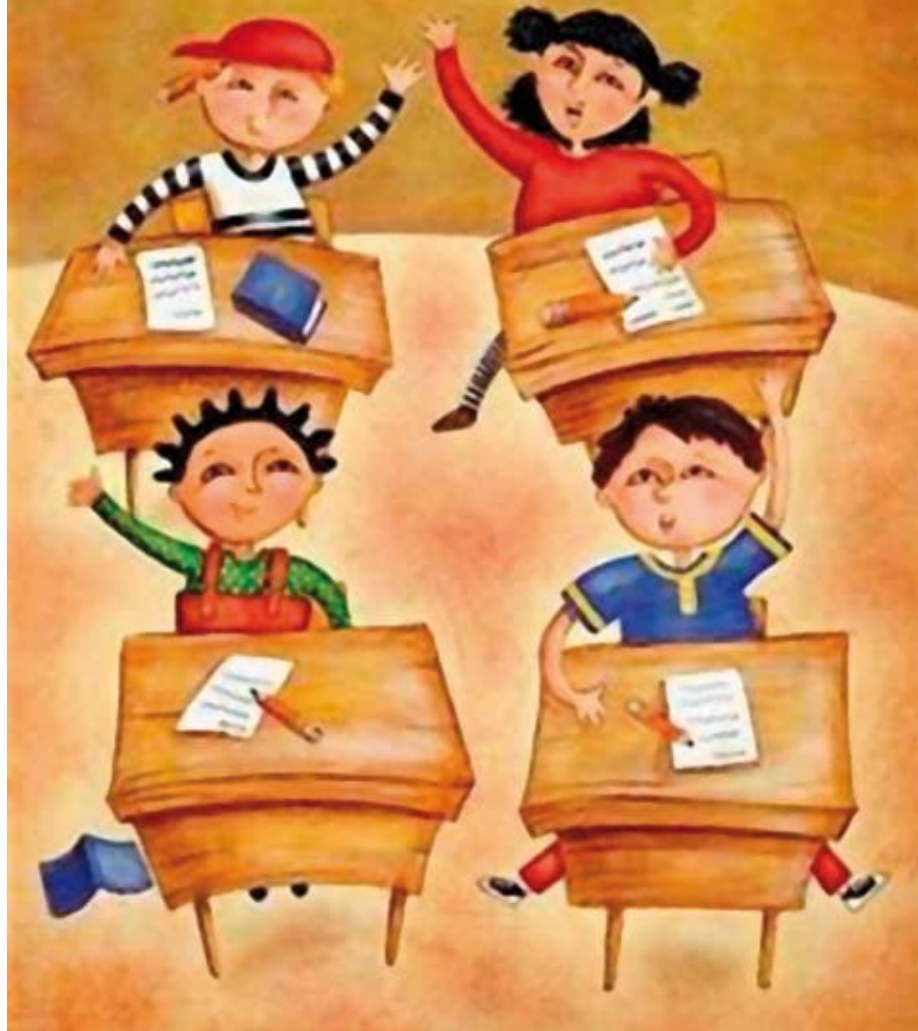
La mancata applicazione della normativa comunitaria ha riportato alla ribalta, tra denunce e polemiche, il tema del Medico in formazione. La questione è ormai nota: il Decreto Legislativo n. 368/1999 e successive modifiche, ha attuato in Italia la Direttiva 93/16/CEE, in materia di libera circolazione dei Medici e di reciproco riconoscimento dei loro Diplomi, certificati ed altri titoli. Nel dicembre dello stesso anno, tuttavia, il Decreto Legislativo n. 517/99 ha bloccato l'applicazione degli artt. 39 e 41 del Decreto n. 368/1999 relativi agli emolumenti dei Medici Specializzandi, alla copertura assicurativa per la responsabilità civile, alla facoltà di esercitare la libera professione. Solo con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 luglio 2007 è stato definito lo schema tipo di *Contratto di Formazione Specialistica*, ai sensi dell'art. 37, comma 2 del citato Decreto del 1999 e si è data attuazione alla normativa europea che prescrive che il lavoro e la formazione dei Medici Specializzandi devono essere disciplinati attraverso un trattamento economico che gli stessi stipulano con l'Università, dove ha sede la Scuola di Specializzazione e con la Regione, in cui hanno sede le Strutture sanitarie in cui viene espletata l'attività formativa. Il nuovo trattamento economico, in luogo delle borse di studio, è dovuto dal 2006 il che, avendo creato disparità di trattamento tra coloro che hanno terminato o che stanno per terminare la specializzazione e coloro che godranno dei benefici del DPCM del 2007, ha fatto tornare sul piede di

guerra i Medici in formazione per il riconoscimento economico dei diritti acquisiti, almeno nei limiti della prescrizione. La questione economica ha sollecitato la cronaca a riflettere sulla figura del Medico in formazione, sul suo ruolo e sulle sue responsabilità. L'attività degli Specializzandi è disciplinata dal Decreto Legislativo 257/1991 che, all'art. 4, primo comma, così recita: «La formazione del Medico specialista a tempo pieno implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio di cui fanno parte le strutture nelle quali essa si effettua, ivi comprese le guardie e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali in modo che lo specializzando dedichi alla formazione teorica e pratica tutta la sua attività professionale per l'intero anno». La riforma del Servizio Sanitario Nazionale (Decreto Legislativo 502/1992) ha previsto (art. 16) che la formazione medica debba comportare da un lato, «la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal Medico responsabile della formazione», dall'altro, «l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta». Trattasi quindi di attività di tipo assistenziale e/o di tipo interventistico, da eseguirsi sempre sotto le direttive del Tutor, d'intesa con la Direzione Sanitaria e con i Dirigenti responsabili delle Strutture presso cui viene svolta la Specializzazione. Anche nel Piano Sanitario 2006/2008 (DPR 7 aprile 2006) si legge che «uno degli aspetti

rilevanti della formazione è infatti quello della formazione specialistica per la quale vanno assunte iniziative per offrire allo specializzando una formazione teorico pratica di qualità coerente e compatibile con i livelli essenziali di assistenza che gli stessi devono concorrere a realizzare». Non vi è dubbio pertanto che, seppure gli Specializzandi sono tenuti ad orari di lavoro, alle guardie e all'attività operatoria (per le discipline chirurgiche), la loro attività non può essere sostitutiva di quella del personale di ruolo. Di fronte a tale preciso quadro normativo, l'utilizzo improprio degli Specializzandi sembra essere la regola. La conferma viene anche dal TAR: su ricorso presentato dall'Associazione dei Medici Specializzandi avverso il provvedimento dell'Università La Sapienza di Roma, con il quale si era deciso di inserire nei turni di guardia, notturni e festivi dell'Umberto I Medici Specializzandi, senza la presenza del Tutor, il TAR del Lazio ha ordinato all'Università di ottemperare alla ordinanza con la quale l'Autorità amministrativa aveva già stabilito che nei turni festivi e notturni i Medici Specializzandi in Neurologia dovesse essere affiancati da un Medico Neurologo e non da un Medico specialista. Di "uso improprio degli Specializzandi" si legge anche sul *Gazzettino di Padova* (10 febbraio 2009): «Le consulenze effettuate dagli Specializzandi, Medici "non ancora maturi", non possono essere considerate di tipo specialistico pur essendo rimborsate dalla Regione come se lo fossero; dal che la duplice conseguenza dell'illecito amministrativo e della



violazione dei diritti del malato». Vi è di più. In 14 Reparti su 18, presi a campione, dell'Azienda Ospedaliera Veneta, è risultato che l'assistenza notturna e nei week end è affidata a giovani in formazione lasciati soli. Un articolo di "Medicina e persona" così titola: «Medici Specializzandi figli di nessuno» e, nel denunciare che molti Medici in formazione non hanno percorsi formativi adeguati e che sono privi di maestro da cui imparare la professione, invita alla reale applicazione di «percorsi formativi personalizzati», anche «con l'allargamento della rete formativa a divisioni ospedaliere di eccellenza» e con stage all'estero. È necessario prendere atto che, secondo lo schema legislativo del nostro Paese, lo specializzando assume la veste di un discepolo che deve essere guidato dal Tutor addetto alla sua formazione e che deve essere gradualmente responsabilizzato al fine di raggiungere, al termine dell'attività formativa, l'autonomia decisionale necessaria per la sua futura attività. Il rapporto che si instaura tra docente e allievo diventa condizione essenziale, da un lato, per la sua crescita intellettuale, dall'altro, per escludere situazioni di abuso con l'uso degli Specializzandi in turni di guardia senza il supporto del Medico specialista (magari reperibile solo telefonicamente) o con l'affidamento di mansioni di segreteria o di natura amministrativa. L'interpretazione letterale della normativa citata esclude dai compiti dello specializzando anche l'attività a sfondo amministrativo, quale, ad esempio, la compilazione della Cartella Clinica, la richiesta di esami di laboratorio, la refertazione degli



esami, la certificazione ambulatoriale o di ammissione/dimissione da un Reparto. Tale attività che esula indiscutibilmente dall'attività assistenziale e che, pertanto, non è neppure coperta da assicurazione, di fatto viene svolta dai Medici in formazione non sempre, come dovrebbe, sotto il controllo del Tutor, ponendo a rischio la salute del paziente e violando l'obbligo derivante dall'affidamento prestato con il consenso allo specialista. In ambito giudiziario i casi riguardanti gli Specializzandi sono rari: il che smentisce un recente Studio inglese secondo cui i tassi di mortalità aumenterebbero (dal 6 all'8%) in concomitanza con i primi giorni di lavoro degli Specializzandi ("Clic Medicina" 11 settembre 2009). La Suprema Corte ha ritenuto responsabile lo specializzando (Sentenza n. 13389/1999) nel caso in cui lo stesso sia pienamente consapevole dei rischi assunti dal paziente (per avere approfondito gli studi sul tema specifico, dopo avere rilevato una anomalia nel *modus operandi*) e si sia allonta-

nato dalla attività prevista dallo schema legislativo tipico (compiti assistenziali autonomia vincolata), assumendo la posizione di cooperante nel reato ed ancora, nel caso in cui (Sentenza n. 32901/2004), nel corso di un'operazione eseguita in equipe, non sia stato mero spettatore ma abbia posto in essere attività (una anestesia epidurale) senza conoscere le tecniche di base e abbia violato le *leges artis* che, avendo come fine la prevenzione del rischio non consentito, non possono essere ignorate neppure dal Medico in formazione. L'attenzione si sposta infine sul piano deontologico e sulla necessità «che ciascuno si assuma senza deleghe le proprie responsabilità, sappia decidere, sappia insegnare, testimoni con il proprio operato l'importanza ed i fondamenti del metodo» (Farneti - Zoja).

Giovani Cardiologi e ricerca biomedica

di Leonardo Misuraca

È noto che in Italia la ricerca nel settore biomedico sta attraversando, ormai da anni, un periodo difficile, una "crisi" che si fa sentire sia sul versante clinico che su quello molecolare. La produzione scientifica delle nostre Università è inferiore rispetto alle potenzialità, sicuramente elevate. L'Italia disattende puntualmente le indicazioni fornite dall'Unione Europea: del 2% del PIL indicato come obiettivo a Lisbona circa 8 anni fa, noi ne spendiamo per la ricerca solo la metà. Questa breve rassegna offre un punto di vista parziale e forse proprio per questo interessante: il punto di vista di uno specializzando, che di ricerca ha poca esperienza. La prima caratteristica che spinge il giovane Cardiologo a cercare di scoprire qualcosa di nuovo è semplicemente la curiosità intellettuale. Questa prima spinta è ovviamente sostenuta dalla sana ambizione personale di vedere il proprio nome comparire come coautore di un lavoro scientifico. Fin qui tutto bene. Successivamente, però, ci si accorge che fare ricerca è una cosa difficile, che richiede del tempo. Premesso che la motivazione personale è *condicio sine qua non*, diventa necessario, per l'aspirante ricercatore, che qualcuno gli faccia da guida, approfondendo la conoscenza e l'applicazione della statistica e dell'elaborazione dei dati. Inoltre, soprattutto per chi è impegnato sul fronte clinico/assistenziale, deve essere speso del tempo



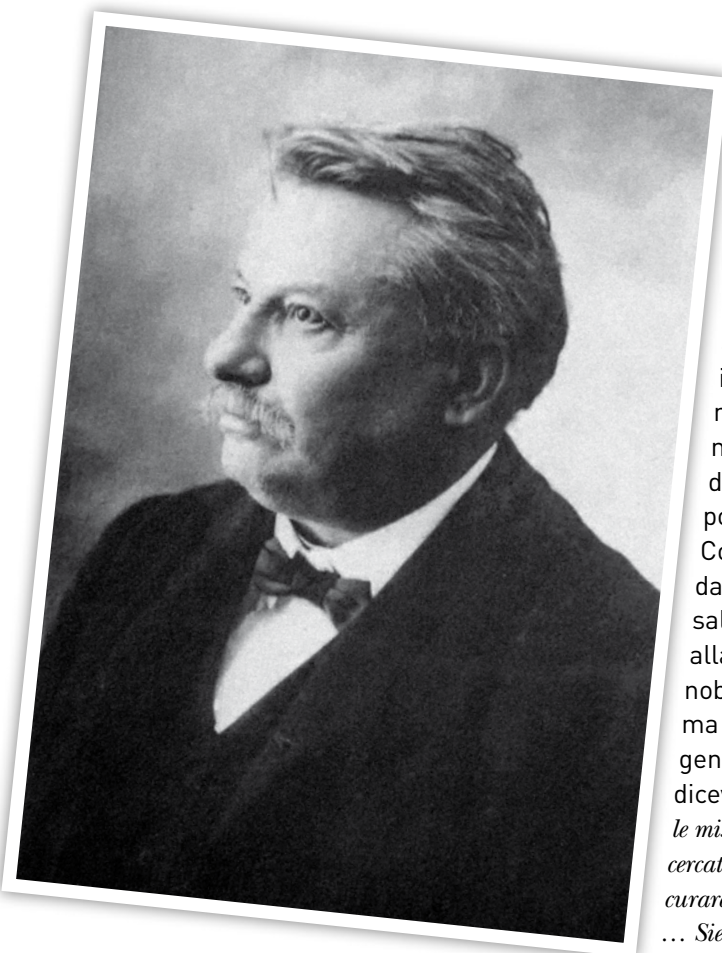
(molto tempo) nell'apprendimento di una metodica strumentale diagnostica e/o terapeutica, invasiva o meno. Necessariamente, questa fase di training sottrae il giovane Medico dall'attività assistenziale che deve svolgere in Reparto. Tutto ciò costa tempo e denaro. Siamo disposti a spenderli? In Italia, per fortuna, ci sono molte strutture che fanno questo, investendo concretamente nella ricerca. Chi dirige tali Istituti ha la consapevolezza che spendere bene oggi farà guadagnare molto domani, in termini di prestigio e denaro. Il giovane Medico è invogliato a lavorare a un programma di ricerca se questo è concreto e se possiede un minimo di attrattiva economica. Di

notevole interesse è il progetto ideato dal Centro Studi ANMCO, e reso possibile grazie all'accordo con Novartis, che prevede l'inserimento di giovani laureati in vari centri d'Italia, secondo un percorso formativo che prevede sia attività di natura assistenziale che teorica, in base a un programma definito. Abbiamo grandi speranze. Siamo curiosi. Forniteci gli strumenti adatti a poter oltrepassare le colonne d'Ercole. Qui in Italia!



Gratitudine e lungimiranza di Giovanni Pascoli

di Francesco M. Bovenzi



Giovanni Pascoli, "poeta della bontà", in uno storico convegno tenutosi a Bologna il 4 maggio 1908, invitato a parlare nell'aula destinata alle lezioni di Augusto Murri, porse ai Medici Condotti convenuti da tutta Italia il saluto della Poesia alla Scienza, le due nobili luci dell'anima umana. Rivolgendosi ai Medici diceva: «Venite da tutte le miserie umane che voi cercate di prevenire, di curare, di lenire almeno ... Siete voi che principalmente promuovete l'uma-

nità di passo in passo o di volo in volo ... Vi accorgete che a voi vi si chiedeva ben più di quel che vi si prometteva. Sapevate che per agiatezza, onore e gloria, che foste per raccogliere dall'arte futura, vi era in essa sempre spazio per il sacrificio ... Ebbene, io vi amavo e ammiravo ... dopo più di un quarto di secolo di esercizio e di studio,

con l'antico amore e con l'accresciuta ammirazione vi parlo di me, tuttavia non dei più fortunati, io ricevo come compenso del mio lavoro, grave quanto si voglia, ma che non è di vita o di morte, che ha pure tre mesi di riposo ogni anno, lavoro che mi lascia libero gran parte del giorno e tutta la notte, tutta la dolce ambrosia notte, ricevo più di voi, di chi ha studiato due anni più di me, che ha dato e dà al suo lavoro il giorno e la notte, che non ha vacanze lunghe e fisse, che non è solo utile, ma necessario, non legge solo libri, ma brancica morti, non insegna latino e greco, ma guarisce, ma redime, ma salva!». La naturale rispondenza di affetti e di sentimenti in uomini il cui ufficio era anche quello della pratica di bontà di tutti i giorni facilitarono la spontanea parola di elogio e ammirazione per i Medici. Pascoli sollecitava la difesa dell'assistenza, il conforto dei malati, cioè di "creature" verso le quali la cura del corpo poteva esplicitarsi pienamente anche in quanto cura dell'anima. Esaltava l'onore di essere Medici, l'onere di esserlo in ogni angolo d'Italia, descriveva l'arte medica come antica e unica arte nobile. Spontaneamente viene da pensare che cosa racconterebbe oggi: confermerebbe le sue considerazioni? Lasciamo l'attualità dei suoi pensieri al costante richiamo del Medico, uomo tra uomini, che al capezzale



Il Medico Condotta: beneficenza e compassione

In tutti i Municipi esistevano speciali "elenchi dei poveri" cui la comunità compassionevole doveva garantire una sia pur minima assistenza. I Comuni gratificavano con un esiguo stipendio il faticoso e difficile lavoro dei Medici Condotti, sempre a disposizione di quella povera gente, iscritta in uno speciale elenco per ricevere la "tessera di povertà", che dava diritto a visite mediche e relative prescrizioni di medicine ritenute indispensabili. Di tanto in tanto i Comuni garantivano anche un sussidio, una piccola cifra in denaro, per le situazioni sociali più disperate.

del malato, quando la scienza diviene impotente contro il destino, esercita la bontà con il conforto della parola. Per contro noi, cosa potremmo oggi dire a Pascoli? Non si può che concordare su tutto, far menzione della sua gentilezza d'animo, della gratitudine e lungimiranza. Potremmo raccontare che persiste misero il guadagno dell'ospedaliero, che il lavoro del Cardiologo è faticoso, che nuove organizzazioni ospedaliere minano i nostri successi nelle cure. Si continua oggi come ieri a salvaguardare la vita, ad allontanare la morte di persone gravi e se la scienza ha fatto passi da gigante, la medicina pur continuando a non distinguere il giorno dalla notte si è impoverita dell'umana virtù, preziosa, innata nella professione che era propria dei suoi Padri. Un mestiere quello del Medico, che nella sua essenza universale, nella sua profondità potrebbe restare ancora uno dei pochi capaci di parlare agli uomini come fosse lirica. Giovanni Pascoli nelle parole del suo discorso non faceva mai riferimento ad un momento storico, ma sembrava rivolgersi alla universalità temporale del Medico, alla sua religiosità eterna, per questo non traspariva quella retorica di circostanza, propria del senso del dire. Nelle sue affermazioni c'era



la narrativa, l'ode, la lirica, l'anima dell'uomo eterno fanciullo, la trascendenza di una "laicità sacra" strarbordante di stima, rispetto e umanità per la figura del Medico. Ai Medici affidava quel futuro che fu del Padre ucciso, sublimato nella *Cavallina storna*. Ai Medici chiedeva con forza di custodire gelosamente il passato di un mestiere fatto di sacrifici, dedizione alla umana sofferenza, compassione, pietà, amore perennemente vivo nelle radici vocazionali dell'arte medica. «Per questo vi amo, o antesignani dell'era nuova», concludeva Pascoli. Oggi le sue parole ci inducono a riflettere su alcune delle ragioni per le quali esercitiamo questa professione: l'amore per la vita e la lotta alla sofferenza dell'uomo. Dopo cento anni ancora un grazie a Giovanni Pascoli dalle pagine di *Cardiologia negli Ospedali*, come ad un comune amico, paladino della nostra anima più intima soppressa dal peso dei tempi. Un grazie che confidiamo spiritualmente da eterni fanciulli come lui, riconoscenti per aver apprezzato l'essenziale altruismo, realtà che ci sembra sogno, che continua a vivere nascosta o semplicemente dimenticata tra salute e malattia.

Zvani , Zvani

Di te racconteremo
noi il tuo dire
che da cent'anni parla di noi
e della nostra arte nobile unica arte
l'esserci medici
come così tu Maestro hai creduto
hai voluto che fossimo come lo siamo
che dire sia
per dono e il dovere
allora qui è altro dono
all'arte a te Maestra del "fanciullo"
oltre ogni cosa e dentro il tessere della vita
ma sempre veri noi come vero tu
Zvani l'orfano
misterioso buono buono uomo poi
Zvani Zvani
nel correre della vita al passo del dolore
dentro l'affanno stesso
dentro la memoria che non finisce
non sa finire nostro caro Zvani
eterno nostro caro fanciullo uomo.

Aldo Cellie, 2009



Pessoa: il poeta inquieto dalle tante vite

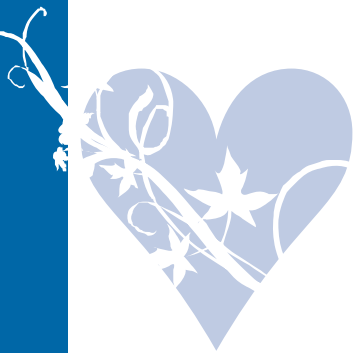
di Silvana Ruffolo

«Considero la vita una locanda, dove devo fermarmi fino all'arrivo della diligenza dell'abisso. Non so dove mi condurrà, perché non so niente. Potrei considerare questa locanda una prigione, perché in essa sono costretto all'attesa, potrei considerarla un luogo in cui socializzare, perché qui mi trovo insieme ad altri. Mi siedo alla porta ed imbevo i miei occhi e le mie orecchie dei colori e dei suoni del paesaggio, e canto sommessamente, solo per me, vaghe canzoni che compongo nell'attesa. Per tutti noi scenderà la notte e arriverà la diligenza. Godo della brezza che mi è data e dell'anima che mi è stata data per godersela, e non mi pongo altre domande, né cerco altro. Se ciò che lascerò scritto nel libro dei clienti, riletto un giorno da qualcuno, potrà intrattenerlo nel transito, andrà bene. Se nessuno lo leggerà, né si intratterrà, andrà ugualmente bene».



Questo è uno dei tanti significativi aforismi che caratterizzano Fernando Pessoa (Lisbona 1888 - 1935), che per tutta la vita trascorsa per lo più in una irrequieta solitudine, rimase pressoché sconosciuto al mondo editoriale e al grande pubblico. Oggi è invece riconosciuto come il più importante poeta portoghese moderno. Svolse intensa attività culturale come animatore di circoli letterari e come scrittore di articoli che venivano pubblicati su riviste letterarie che lui stesso fondò e diresse, suscitando spesso vivaci polemiche per le sue idee anticonformiste. Tutte le sue opere (che ebbero un'influenza decisiva per l'avvento del modernismo portoghese) vennero pubblicate postume: ricordiamo tra tante "Poesie di Fernando Pessoa" nel 1942, "Odi di Riccardo Reis" nel 1946 e per ultimo la sua autobiografia scritta sotto lo pseudonimo di Bernardo Soares che appare solo nel 1982. Ma la straordinarietà e l'originalità di questo poeta dalla complessa personalità, intorno a cui si è creato un notevole interesse, sta nell'aver generato i famosi eteronomi come propaggini della sua stessa vita.

Con quest'opera di spersonalizzazione e di frantumazione dell'io, Pessoa diede origine ad una pluralità di vite ognuna provvista di propria realtà e di propri tratti letterari. Nascono così nel 1914 tre grandi poeti portoghesi tra i maggiori del XX secolo: Alberto Caeiro (poeta bucolico), Álvaro de Campos, Riccardo Reis (poeta ellenista) e con essi anche il loro grande padre: il poeta Fernando António Nogueira Pessoa "sé stesso". A questi nomi Pessoa associa una realtà esistenziale, seppure fittizia, attribuendo loro una data di nascita e una biografia piuttosto particolareggiata soprattutto in termini fisici, caratteriali, oltre naturalmente a definirne il mondo poetico. La poesia di Pessoa e dei suoi eteronomi è ricca di sensibilità magica ed astratta, dominata da una sottile introversione e incentrata sulla ricerca per sé e per un equilibrio perduto. Immergersi nella lettura dei testi di Pessoa significa abbandonare i sentieri certi e sicuri del conosciuto per addentrarsi nell'incognito e nel mistero del nostro mondo interiore. Significa essere pronti a mettere in discussione tutto un universo di convinzioni e di convenzioni. Significa uscire allo scoperto per confrontarci con noi stessi nella dimensione del non consueto e del sogno, per trovare l'arcano principio di tutte le cose che sempre, inevitabilmente, lasciandoci confusi e disorientati, ci sfugge e svanisce.



Tutte le lettere d'amore sono ridicole

Tutte le lettere d'amore sono
ridicole.
Non sarebbero lettere d'amore se non fossero
ridicole.
Anch'io ai miei tempi ho scritto lettere d'amore,
come le altre,
ridicole.
Le lettere d'amore, se c'è l'amore,
devono essere
ridicole.
Ma dopotutto
solo coloro che non hanno mai scritto
lettere d'amore
sono
ridicoli.
Magari fosse ancora il tempo in cui scrivevo
senza accorgermene
lettere d'amore
ridicole.
La verità è che oggi
sono i miei ricordi
di quelle lettere
a essere
ridicoli.
(Tutte le parole sdrucchiole,
come tutti i sentimenti sdrucchiole,
sono naturalmente
ridicole).

Amo tutto ciò che è stato

Amo tutto ciò che è stato,
tutto quello che non è più,
il dolore che ormai non mi duole,
l'antica ed erronea fede,
l'ieri che ha lasciato dolore,
quello che ha lasciato allegria
solo perché è stato, è volato
e oggi è un altro giorno.

Voglio avrò

Voglio, avrò
se non qui,
in un altro luogo che ancora non so.
Niente ho perduto
Tutto sarò.

Da "Poesie di Fernando Pessoa"
Raccolta pubblicata postuma nel 1942

Il violinista pazzo

Non fluì dalla strada del nord
nè dalla via del sud
la sua musica selvaggia per la prima volta
nel villaggio quel giorno.

Egli apparve all'improvviso nel sentiero,
tutti uscirono ad ascoltarlo,
all'improvviso se ne andò, ed invano
sperano di rivederlo.

La sua strana musica infuse
in ogni cuore un desiderio di libertà.
Non era una melodia
e neppure una non melodia.

In un luogo molto lontano
in un luogo assai remoto,
costretti a vivere, essi
sentirono una risposta a questo suono.

Risposta a quel desiderio
che ognuno ha nel proprio seno,
il senso perduto che appartiene
alla ricerca dimenticata.

La sposa felice capì
d'esser malmaritata,
l'appassionato e contento amante
si stancò di amare ancora.

La fanciulla e il ragazzo furono felici
d'aver solo sognato,
i cuori solitari che erano tristi
si sentirono meno soli in qualche luogo.

In ogni anima sbocciava il fiore
che al tatto lascia polvere senza terra,
la prima ora dell'anima gemella,
quella parte che ci completa,

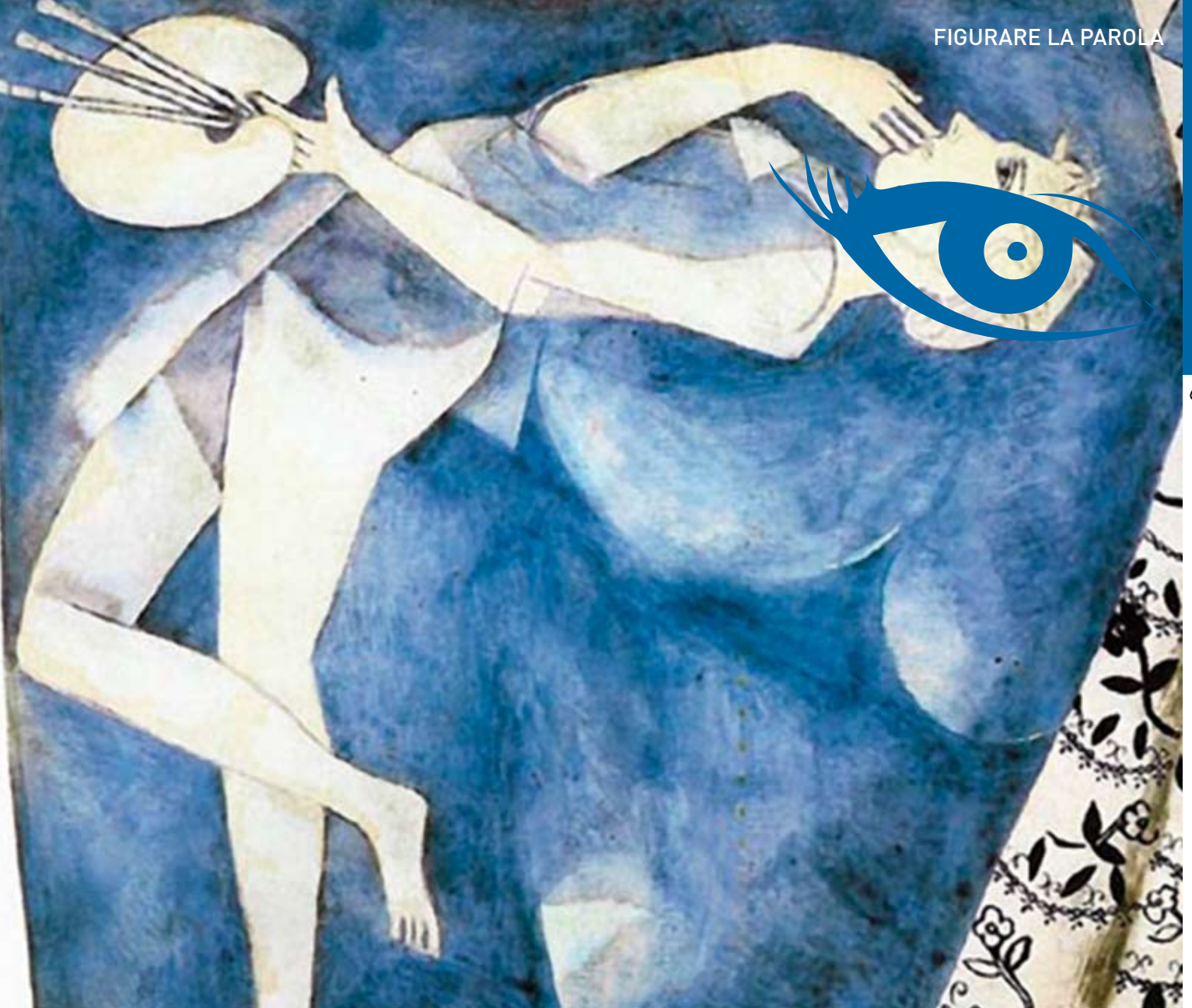
l'ombra che viene a benedire
dalle inesprese profondità lambite
la luminosa inquietudine
migliore del riposo.

Così come venne andò via.
Lo sentirono come un mezzo - essere.
Poi dolcemente si confuse, si confuse
con il silenzio e il ricordo.

Il sonno lasciò di nuovo il loro riso,
morì la loro statica speranza,
e poco dopo dimenticarono
che era passato.

Tuttavia quando la tristezza di vivere,
poiché la vita non è voluta,
ritorna nell'ora dei sogni,
col senso della sua freddezza,

improvvisamente ciascuno ricorda
- risplendente come la luna nuova
dove il sogno - vita diventa cenere -
la melodia del violinista pazzo.



Marc Chagall e la favola

di Mario Chiatto

La Russia, l'ebraismo, Matisse e i fauves, il cubismo, tutto ciò si mescola nella pittura di Marc Chagall; ma sono solo passaggi, temi e movimenti a cui il pittore non sarà mai veramente legato. Solo la favola, spesso lieta e a tratti tragica, che l'artista racconta, rimarrà invariata nel tempo; costante sarà, come fonte inesauribile di immagini, il repertorio visivo (la sua favola personale) che attinge a ricordi dell'infanzia, a sogni, a simboli, a vicende della sua vita. L'artista isola dal flusso dei suoi ricordi immagini svariate che compone

in modo assolutamente libero, introducendole in un mondo senza regole al cui interno è plausibile incontrare gatti dalla faccia di uomo, donne che volano, case capovolte, oggetti sospesi. Vere e proprie acrobazie dell'immaginazione cui si accompagna-
no colori innaturali, vivaci, brillanti. Con Chagall, dunque, chiudendo gli occhi, ci immergiamo con stupore ed ingenuità nel mondo delle favole e ci accostiamo con animo infantile ai personaggi che le popolano: principesse, contadini, streghe, draghi, castelli incantati, animali parlan-

ti. Tra le loro meraviglie, nei loro incanti, attraverso prodigiose metamorfosi, ognuno di noi è disposto a perdersi, forse perché nelle fiabe c'è l'inventario di tutti i destini e di tutte le vicende umane. Dalla nascita alla morte, dalla giovinezza alla vecchiaia, nessun momento o sentimento della vita manca di una fiaba che lo racconta. In questo mondo fatato ci si può perdere ma anche ritrovarsi, imparando qualcosa della vita. «*Le fiabe sono vere*», ha scritto Italo Calvino, che di fiabe se ne intendeva.

Il Prof. Pier Luigi Prati: storia di un successo “normale”

di Alessandro Boccanelli

64



Pier Luigi Prati

Quale era il segreto della fama di Pier Luigi Prati? È una domanda che mi sono posto più volte nel corso della mia vita professionale, trascorsa per larga parte accanto a lui. Questa domanda gliela posi in una intervista un po' confidenziale in cui gli chiedevo il segreto del successo degli anni di Ancona, di Roma e del "Centro per la Lotta contro l'Infarto" e lui mi rispose: *«Ci siamo divertiti a fare queste cose e siamo piuttosto fieri dei successi ottenuti. Forse siamo stati premiati più di quanto meritassimo. Sarà stato un riconoscimento alla serietà?»*. La serietà, ecco, a mio parere, la chiave di lettura della sua fortuna professionale. Una persona seria, che lavora bene con l'amore per il lavoro ben fatto, dotata di intelligenza superiore alla media, che non concede nulla alla cialtroneria in nessuna manifestazione, non può non avere successo. Ecco le qualità che io ho apprezzato nella persona a cui ho voluto bene come si

può volerlo alla figura che uno si sceglie come guida: l'intelligenza sottile, la discrezione, l'ironia e l'autoironia, il rispetto profondo per il prossimo, la timidezza che si apre agli amici e lo protegge dai maleducati. Sempre in quella intervista, diceva: *«Ho vissuto nell'Ospedale e per l'Ospedale. Ho gioito della visita domenicale mattutina, di una cartella clinica ben tenuta, di una diagnosi difficile strappata dalla ennesima rimediazione di una anamnesi, di un corridoio liberato da letti indecorosi, dal ritrovarsi dopo cena per scrivere un lavoro, dall'aver convinto qualcuno che ai vecchi non si deve dare del tu, chiamarli "nonno" o trattarli con sufficienza. Non so se queste cose vadano consigliate ai giovani di oggi, io mi ci sono trovato bene»*. Quando lo ho conosciuto ero appena laureato e lui aveva quarantacinque anni e mi convinsi che quello era un uomo da seguire e osservare. All'epoca aveva aperto da pochi anni la sua Divisione presso l'Ospedale Cardiologico Lancisi di Ancona, proveniente dalla Patologia Medica di Modena e aveva capito che la Cardiologia ospedaliera era una attività sulla quale investire: suoi coetanei e colleghi non avevano avuto il coraggio di abbandonare l'Università, ma lui capì la ricchezza di interesse culturale e organizzativo che solo il lavoro di Cardiologo in Ospedale poteva offrire, libero da legami baronali. Questo anche se, in seguito, dei baroni rimpiangeva l'eleganza e il talento: non a caso, la "nostalgia di baroni", su cui scrisse un divertente e apprezzatissimo pezzo, gli venne a Roma, quando si vide circondato da gente che gli imponeva un "tu" latino da cui aborriva o dei compromessi che non avrebbe mai accettato. Aborriva la

politica imperversante negli Ospedali, gli eserciti di amministratori, le carriere dettate dalle raccomandazioni. Fu capace di dimettersi da Primario del S. Camillo una volta che volevano imporgli una decisione ingiusta e gli amministratori, intimiditi da tanta audacia, non ebbero il coraggio di andare avanti e gli chiesero scusa. Si discute molto su che cosa sia il carisma e perché una persona susciti rispetto e si tenga conto della sua opinione: probabilmente questa sensazione nasce quando ci si trova di fronte ad una persona forte e dai principi saldi. Sicuramente Pier Luigi Prati era una persona forte, tenace nel cercare di raggiungere i suoi obiettivi, senza mai aver bisogno di gridare perché la sicurezza del suo agire, dettata da fermi convincimenti, era sufficiente a persuadere le persone che le sue scelte erano probabilmente le migliori, anche quando non se ne comprendeva immediatamente il significato. Ed ecco un'altra dote: la lungimiranza. La si è vista nella organizzazione moderna del lavoro dei suoi assistenti (metteva tutti in condizione di affrontare tutte le situazioni), nella realizzazione della sua Fondazione "Centro per la Lotta contro l'Infarto".



Due galassie in interazione da alcune centinaia di milioni di anni; le intense onde d'urto producono centinaia di superammassi di stelle giovani e massicce che secondo alcune teorie potrebbero in futuro diventare degli ammassi globulari.

Natale 2009
auguri di cuore

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

