



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

... per il Tuo cuore...

Linea Verde telefonica della FIC con il Ministero della Salute

Dolore Toracico: gestione intraospedaliera
Prima edizione

Intervista a Fulvio Camerini

Il ruolo del Cardiologo: si potrebbe fare di più

Giovani Cardiologi e relazione medico - paziente

ART FOR HEART



GENNAIO • FEBBRAIO 2010 N°173

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.1 comma 1 DCB Firenze 1. In caso di mancato recapito inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. detentore del conto per la restituzione al mittente che si impegna a pagare la relativa tariffa.

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



41° CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

2010 | Maggio
19 20 21 22
Firenze, Fortezza da Basso





In copertina opera di
Giuliano Ghelli,
La porta del cuore,
2010



N. 173 - gennaio/febbraio 2010
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Boventi
Pasquale Caldarola
Massimo Ugucioni

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

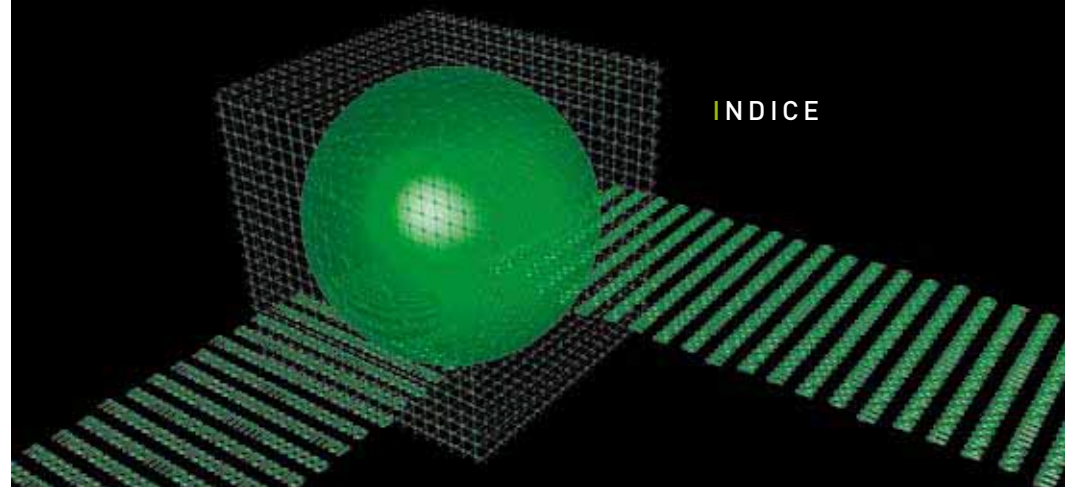
ANMCO
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

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



INDICE

HCF RISPONDE

....per il Tuo cuore....
di G. L. Nicolosi e A. Maseri

p.3

DALLA FIC

Linea Verde Telefonica della
Federazione Italiana di Cardiologia in
una collaborazione con il Ministero
della Salute
di Giuseppe Di Pasquale

p.4

DAL DIRETTIVO

Seminario di Aggiornamento
ANMCO. Dolore Toracico: gestione
intraospedaliera. Prima edizione
di M. Cassin e F. Ottani

p.5

DAL CENTRO STUDI

Chiude IN - CHF lunga vita a IN - HF
on line!
di A. P. Maggioni e M. Senni

p.8

DALLE AREE

AREA ARITMIE

Sempre al servizio della comunità
cardiologica: presentazione di una
nuova iniziativa dell'Area
di Massimo Zoni Berisso

p.10

AREA EMERGENZA - URGENZA

Vivere nell'Associazione, vivere
l'Associazione
di Giuseppe Fradella

p.12

AREA INFORMATICA

"La clinica può ancora fare a meno
dell'informatica, almeno fino a
quando..."
di Alfredo Posteraro

p.15

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

"Nel mezzo del cammin" ...
di Andrea Rubboli

p.19

AREA NURSING

Il portfolio delle competenze,
strumento innovativo di gestione e
sviluppo delle risorse umane
di S. Fraccarollo e V. De Michelis

p.21

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

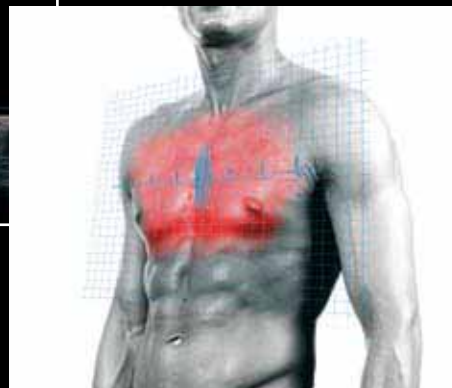
Il fumo di sigaretta e le malattie
cardiovascolari - Parte I - Il ruolo del
Cardiologo: si potrebbe fare di più?
di D. Mocini, S. Urbinati, P. Faggiano

p.24

AREA SCOMPENSO CARDIACO

L'attività dell'Area Scompenso
Cardiaco a metà del cammino
di M. Senni e G. Misuraca

p.28



DALLE REGIONI

BASILICATA p.31
Colloquio con il Dottor Giuseppe Guerrichio

di Tommaso Scandiffio

LAZIO p.35
Avviato nel Lazio il Primo Audit Clinico Regionale Indipendente sulla Prevenzione Cardiovascolare Secondaria

di Furio Colivicchi

LOMBARDIA p.41
CIACC 2. Si replica!

di Antonio Mafri

PUGLIA p.43
Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scenpense Cardiaco: dal Documento Nazionale alla implementazione in Puglia

di P. Caldarola, S. Pede, A. Villella

SARDEGNA p.46
Proposta per migliorare la qualità della vita dei pazienti con scenpense cardiaco e ridurre i ricoveri ospedalieri

di A. Mauric, P. Teclene, A. Canu, G. Lenzotti

VENETO p.50
Clinica e Imaging nel cuore delle Dolomiti

di Jacopo Dalle Mule

CUORI ALLO SPECCHIO p.53
Andrea Di Lenarda intervista Fulvio Camerini

FORUM p.57
Ancora a proposito del Testamento biologico

di Paola Rizzuto

Ruolo dell'ecografia intracardiaca nell'intervento di chiusura del difetto del setto interatriale tipo ostium secundum e del forame ovale pervio per via percutanea

di A. Rapacciuolo, M. A. Losi, E. Di Pietro, F. Esposito, G. Maresca, M. C. De Angelis, F. Piscione, M. Chiariello

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO p.64

La "vertenza salute" per salvare il SSN

di Osvaldo Scarpino

IL PARERE LEGALE p.66
Responsabilità medica d'equipe

di Ornella Mafri

LA PAROLA AI GIOVANI CARDIOLOGI p.68

Giovani Cardiologi e relazione medico - paziente

di Sergio Fasullo

Giovani Cardiologi e nuove tecnologie in Medicina

di Leonardo Misuraca

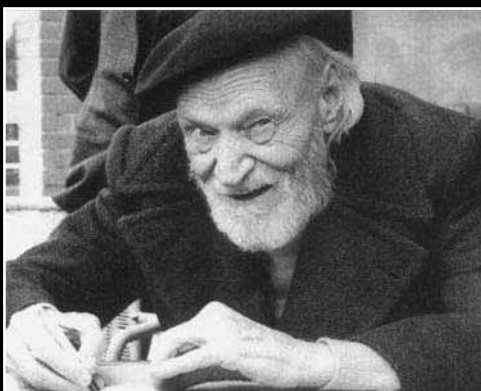
Cardiocentro del Ticino: un esempio di perfetta integrazione tra ricerca di alto livello e assistenza clinica a tempo pieno

di Cinzia Procaccini

I VERSI DEL CUORE p.74
Ungaretti e la sua "Vita di un uomo" tra poesia e autobiografia

di Silvana Ruffolo

FIGURARE LA PAROLA p.76
Art of Heart



Anche quest'anno ha visto la Fondazione "per il Tuo cuore" impegnata in una campagna di sensibilizzazione e di raccolta fondi, rivolta a tutti i Cittadini italiani, sulle orme del successo dello scorso anno. L'iniziativa si è concentrata nella settimana del 14 febbraio 2010 (San Valentino) e ha

dalla sede fiorentina della Fondazione "per il Tuo cuore" – HCF Onlus e dal suo Presidente Attilio Maseri e quelle delle Regioni ha portato davvero ad una grande mobilitazione dell'opinione pubblica, anche attraverso l'utilizzo attento della carta stampata locale e nazionale e dei media radiofonici e televisivi. Le Regioni hanno avuto

...per il Tuo cuore...

di G. L. Nicolosi e A. Maseri

trovato il suo culmine nella maratona televisiva per il tuo cuore, oltre che nella attivazione del numero telefonico dedicato alla donazione di 2 € via SMS: il numero 48545 è stato attivo dal 29 gennaio 2010 al 14 febbraio 2010 compreso. Sono state avviate anche le seguenti iniziative:

- Banca Intesa (sono stati veicolati oltre 400.000 segnalibri attraverso i 6.000 sportelli);
- SMS solidale (hanno aderito Tim, Vodafone, Wind, Tre, Telecom, Fastweb);
- *Corriere della Sera* (sono state distribuite le News "per il Tuo cuore", con il servizio ore 7 la mattina dell'8 febbraio, a circa 42.000 abbonati delle sole città di Milano e Roma). Un vivissimo apprezzamento ai Consigli Direttivi Regionali ANMCO e ai Presidenti Regionali (rappresentanti sia di ANMCO che della Fondazione) che si sono attivati con iniziative locali e regionali di sostegno e amplificazione della Campagna, al fine di riscuotere un più ampio e ambizioso successo corale dell'iniziativa. La sinergia, infatti, fra le azioni messe in campo

anche quest'anno la più ampia libertà di trovare nuove modalità di diffusione del messaggio e hanno accettato la sfida offerta da questa grande opportunità per scatenare la propria fantasia organizzativa e le proprie capacità comunicative, anche coinvolgendo localmente le Associazioni di Volontariato come gli "Amici del Cuore". Molte iniziative locali di aggregazione culturale, sportiva e scientifica, opportunamente orientate, sono risultate quindi elemento significativo per incrementare l'attenzione dei Cittadini nei riguardi di questa grande mobilitazione e coinvolgimento della Cardiologia italiana per la ricerca "per il Tuo cuore". È fondamentale riuscire a creare un'immagine della Fondazione nella mente del grande pubblico (come si verifica per AIRC e per Telethon), che si identifichi con la missione dell'ANMCO di ottimizzare la terapia e la prevenzione delle malattie cardiovascolari su tutto il territorio nazionale.

Linea Verde Telefonica della Federazione Italiana di Cardiologia

in una collaborazione con il Ministero della Salute

di Giuseppe Di Pasquale

Una positiva esperienza di collaborazione ufficiale tra la FIC ed il Ministero della Salute è quella che si è svolta nel mese di ottobre 2009 in tema di prevenzione cardiovascolare. La Direzione Generale del Dipartimento Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute, diretto dalla Dott.ssa Daniela Rodorigo, ha coinvolto la FIC, attraverso un'apposita convenzione, per l'attivazione di una Linea Verde Telefonica cardiologica nell'ambito della manifestazione rivolta ai cittadini "La Tre Giorni della Salute", finalizzata a favorire l'adozione da parte della popolazione di uno stile di vita salutare. Per quattro ore al giorno nel mese di ottobre 2009 il Ministero ha reso disponibile un numero verde, per comunicare con i cittadini in materia di prevenzione cardiovascolare, che è stato pubblicizzato tramite i principali quotidiani ed emittenti radiofoniche. Da parte dell'ANMCO e della SIC sono stati identificati complessivamente 50 Cardiologi con specifica competenza in ambito di prevenzione che si sono resi disponibili per rispondere telefonicamente, nella fascia oraria pomeridiana 14.00 - 18.00, ai cittadini

che si sono rivolti al un numero verde attivato dal Ministero della Salute. L'iniziativa è stata coordinata per l'ANMCO dal Dott. Stefano Urbanti, Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, e per la SIC dal Prof. Marco Matteo Ciccone. Complessivamente sono state svolte 607 interviste telefoniche che hanno coinvolto 381 uomini (63%) e 226 donne (37%) appartenenti alle seguenti fasce di età: 18 - 24 anni (10%); 25 - 39 anni (13%); 40 - 54 anni (33%); 55 - 65 anni (33%); 70 anni (20%). Non ci sono state differenze significative per quanto riguarda la provenienza di area geografica delle telefonate ricevute. Gli argomenti principali oggetto delle interviste telefoniche sono stati i fattori di rischio cardiovascolare (in particolare ipertensione arteriosa e colesterolo) e gli stili di vita "salva cuore" (alimentazione, attività fisica, ecc.). Quella che è stata realizzata è una esperienza limitata ma sicuramente positiva che ha visto una stretta collaborazione tra ANMCO e SIC, sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia, realizzando un'interlocuzione unitaria della Cardiologia italiana nei confronti delle Istituzioni Sanitarie.

DOLORE TORACICO

gestione intraospedaliera



Seminario di Aggiornamento ANMCO
4 dicembre 2009
Bari - Mercure Villa Romanazzi Carducci



In collaborazione con



Comitato Esecutivo

Coordinatori
Matteo Cassin
Filippo Ottani

Nicola Binetti
Pasquale Caldarola
Ivo Casagrande
Francesco Chiarella
Alberto Conti
Andrea Fabbri
Giuseppe Fradella
Tiziano Lenzi
Maddalena Lettino
Roberto Lorenzoni
Giuseppe Palazzo
Enrico Passamonti
Salvatore Pirelli
Andrea Pozzati
Pietro Tanzi

Seminario di Aggiornamento ANMCO Dolore Toracico: gestione intraospedaliera

Prima Edizione

di M. Cassin e F. Ottani

Lo scorso 4 dicembre si è svolta la prima edizione del Seminario di Aggiornamento ANMCO “Dolore Toracico: gestione intraospedaliera”. L’evento formativo, realizzato in collaborazione con SIMEU (Società Italiana di Medicina d’Emergenza - Urgenza), ha avuto luogo contemporaneamente in tre sedi: Milano, Roma e Bari. Come ricordato in precedenza i presupposti sono legati al difficile problema clinico - organizzativo della gestione dei pazienti con dolore toracico acuto in relazione alla numerosità dei casi, alle problematiche diagnostiche, alla necessità di spazi e letti per l’osservazione breve, alle implicazioni medico - legali. A fronte di queste problematiche persiste ancora oggi una disomogeneità di approccio sia tra i vari professionisti che tra le diverse strutture sanitarie. Ne consegue, quindi, la necessità di modelli gestionali più efficienti e percorsi condivisi e standardizzati di gestione. Nel gennaio 2009 era stato pubblicato il Position Paper “Percorso di valutazione del Dolore Toracico” con l’obiettivo di definire il percorso diagnostico ed organizzativo ottimale, condiviso tra Medici dell’Emergenza - Urgenza e Cardiologi. Il passo successivo era necessariamente quello di facilitare l’implementazione del Position Paper. In questa prospettiva veniva progettato e realizzato il Seminario di Aggiornamento. In dettaglio gli obiettivi erano:

- diffondere ed implementare nelle varie realtà italiane il Documento sul Percorso Dolore Toracico, utilizzandolo come strumento per il miglioramento assistenziale e per la formazione degli operatori;
 - diffondere il concetto di requisiti diagnostici minimi (valutazione clinica standardizzata, ECG, Troponina) e il loro appropriato utilizzo;
 - stimolare la collaborazione costante, condivisa e codificata tra Medici di Emergenza - Urgenza e Cardiologi;
 - favorire l’adattamento locale del PDT;
 - farlo divenire strumento di sicurezza e tutela per i pazienti ma anche per gli operatori;
 - creare i presupposti per una rete di raccolta dati ed elaborazione di protocolli di ricerca clinica.
- Il Seminario è stato strutturato in due parti. La prima, con lezioni frontali, basata sui contenuti del Position Paper, tenute dai componenti del Comitato Esecutivo, e la seconda parte con la presentazione e discussione di Casi Clinici e ampio coinvolgimento dei Cardiologi e Medici di Emergenza - Urgenza locali. Nelle tre sedi è stato inserito anche uno spazio dedicato all’incontro con i giornalisti dal titolo “Il Dolore Toracico: come trasferire le conoscenze scientifiche ai cittadini”. Hanno partecipato all’incontro vivacizzandolo con il loro contributo, tra gli altri, L. Onder (RAI), C. Massi (Messaggero), P. Ricci (Repubblica), D. Amoruso (Telenor-

ba). Le attese non sono state deluse e i riscontri ci danno conferma della bontà dell’idea iniziale e della necessità di proseguire con iniziative di questo tipo. I seicento Medici delle tre sedi hanno non solo ascoltato ma anche attivamente discusso tutte le problematiche, soprattutto in termini di risorse e di organizzazione in relazione alle proprie peculiarità operative locali. Ne sono emersi ulteriori spunti di riflessione utili all’ulteriore e continuo miglioramento della qualità delle cure, che è l’attuale obiettivo prioritario dell’ANMCO. Gli eventi hanno anche avuto ampio riscontro su testate giornalistiche nazionali e locali, telegiornali locali e su programmi radiofonici con interviste al Presidente dell’ANMCO Salvatore Pirelli. Ma il lavoro continua. È in cantiere la seconda edizione per la prossima primavera.



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

Responsabile Struttura Semplice
Emodinamica Interventistica
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-umbertoprimo.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.toscana.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

Chiude IN-CHF lunga vita a IN-HF on line!

di A. P. Maggioni e M. Senni

Sono ormai trascorsi 15 anni da quel lontano 1995, quando il Comitato di Coordinamento della prima Area ANMCO, l'Area Scopenso Cardiaco, ebbe l'idea di promuovere il progetto IN - CHF (in origine SW Scopenso). Nel 2005, dopo 10 anni, una importante evoluzione tecnologica, il passaggio ad una raccolta dati in tempo reale; dopo altri 5 anni, oggi, uno strappo ancora più forte con il passato: chiude IN - CHF locale per lasciare spazio al solo IN - HF on line. Molti centri sono già passati alla nuova modalità di raccolta dati, in gran parte in concomitanza con la partenza dello studio IN - HF outcome, che utilizza IN - HF on line come strumento di raccolta dati.

Dal prossimo 15 giugno 2010:

- il Centro Studi ANMCO non fornirà più assistenza tecnica e aggiornamenti su IN - CHF locale;
 - il Database utilizzato per le pubblicazioni scientifiche sarà, da ora in avanti, esclusivamente IN - HF on line.
- Invitiamo tutti i centri che ancora utilizzano IN - CHF locale a migrare verso IN - HF on line, ricordando che tutti i dati raccolti saranno automaticamente trasferiti nel nuovo Database.

Chi volesse continuare ad utilizzare il "vecchio" Software IN - CHF locale potrà farlo, ma senza alcun collegamento con il Database Nazionale.

Ricordiamo infine che le regole di Publication Policy per IN - HF on line sono pubblicate sul WEB ANMCO alla pagina www.anmco.it/inCHF/online.html

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/

Sempre al servizio della comunità cardiologica: presentazione di una nuova iniziativa dell'Area

di Massimo Zoni Berisso

In accordo con la "mission" dell'Area («essere al servizio della comunità cardiologica italiana per contribuire a risolvere problematiche aritmologiche») esposta in dettaglio nell'articolo pubblicato su *"Cardiologia negli Ospedali"* di marzo - aprile 2009 (N. 168), il Comitato di Coordinamento propone per il biennio 2009 - 2010 una iniziativa indirizzata a conoscere l'usuale comportamento dei Medici italiani nei confronti della gestione clinica di una delle problematiche aritmologiche più frequenti e complesse. Si tratta di una Survey intitolata "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia", organizzata in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo (AIAC) e il Gruppo di Studio delle Aritmie della Società Italiana di Cardiologia (SIC).

Razionale dello studio

È noto che negli ultimi anni la Fibrillazione Atriale (FA) è diventata nei paesi a più alto sviluppo economico uno tra i più importanti problemi di salute pubblica e una delle maggiori cause di spesa per i Sistemi Sanitari. Con una prevalenza dello 0.5% - 1% nella popolazione generale ed una incidenza variabile tra lo 0.1% e il 2% per anno, la FA rappresenta in Italia la causa dell'1.5% degli accessi al Pronto Soccorso e del 3.3% di tutti i ricoveri ospedalieri^(1,2). La FA inoltre procura una significativa riduzione della

qualità della vita ed un significativo aumento del rischio di ictus ischemico e di morte totale^(1,3). La FA infine rappresenta un importante costo per i sistemi sanitari dei paesi occidentali: circa 3.000 € o 3.600 \$ USA per paziente/anno⁽⁴⁾. È evidente che ogni sforzo deve essere compiuto per ottimizzare la gestione clinica dei pazienti affetti da tale aritmia, per migliorare l'efficacia delle cure e per rendere meno costoso l'intero processo. Negli anni passati numerosi studi sono stati effettuati per testare nuovi mezzi e/o nuove strategie terapeutiche per la cura della FA. Il risultato più sorprendente di questi studi è stato che la ricerca sistematica del mantenimento del ritmo sinusale non sempre paga, che talvolta è addirittura controproducente e che in termini di qualità della vita, complicanze e sopravvivenza la strategia terapeutica indirizzata al "controllo del ritmo" dà risultati praticamente sovrapponibili a quelli del più semplice e pratico "controllo della frequenza"^(5,6). Nonostante queste conclusioni, la strategia del "controllo della frequenza" non può essere considerata la soluzione ideale del problema per numerosi motivi. Infatti: 1) almeno un 10% dei pazienti con FA è comunque invalidato nonostante una terapia ottimale; 2) una non trascurabile percentuale di pazienti è penalizzata dalle gravi conseguenze anatomico - funzionali e cliniche prodotte dalla FA; 3) una parte dei pazienti vuole avere un ritmo regolare stabile senza l'obbligo di assumere

farmaci antiaritmici e/o anticoagulanti^(1,7,8). Per questi pazienti, negli anni più recenti, sono state proposte altre soluzioni terapeutiche quali la stimolazione atriale definitiva, l'ablazione della giunzione atrio - ventricolare associata all'impianto di un pacemaker e l'ablazione transcateretere. Purtroppo a causa di risultati non ancora conclusivi e di indicazioni alle procedure non ancora sufficientemente codificate, l'uso di una strategia o di un trattamento piuttosto che un altro è talvolta dettato più dall'esperienza personale del Medico curante che da una sicura dimostrazione di utilità dello stesso. Comportamento che spesso ci allontana dai percorsi diagnostico - terapeutici suggeriti dalle Linee Guida. Da queste considerazioni nascono pertanto alcune domande: 1) quanto sono seguite le indicazioni al trattamento della FA proposte dalle Linee Guida?^(1,9) 2) qual è l'efficacia delle strategie diagnostico - terapeutiche applicate nella pratica clinica quotidiana? 3) quali momenti dei percorsi diagnostico - terapeutici comunemente adottati presentano le maggiori criticità? Lo scopo della Survey è dunque cercare di dare una risposta a queste domande e di ottenere un quadro complessivo del modo di gestire la FA in Italia.

Razionale della scelta del metodo di ricerca

È evidente che rispondere ai quesiti appena esposti non è compito semplice. Trattandosi di un problema clinico trasversale che coinvolge numerosi

operatori sanitari (Cardiologi, Internisti, Endocrinologi, MMG, ecc.) diventa molto complesso dipanare la matassa rappresentata da un “filo anamnestico” spesso lungo e contorto, fatto di tante tappe dove tanti specialisti hanno detto o dicono “la loro”. A noi è sembrato che l’unico modo per superare questa “impasse” potesse essere rivolgerci a colui che per definizione è il “collettore finale” della storia dei pazienti e cioè il “Medico di Medicina Generale” (MMG). Abbiamo quindi coinvolto in questa iniziativa la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Per numerosi motivi: 1) la SIMG dispone di una rete nazionale di oltre 600 - 700 associati distribuiti omogeneamente sul territorio e dotati di un sistema omogeneo di gestione informatizzata delle cartelle cliniche che consente la raccolta dei dati clinico - anamnestici di circa 900.000 persone e pertanto di 6.000 - 9.000 pazienti affetti da FA; 2) la SIMG ha dimostrato di saper sfruttare questa potenzialità in modo efficace pubblicando validi lavori scientifici anche in campo cardiologico⁽¹⁰⁾; 3) il metodo di raccolta dei dati proposto in questo studio (il cosiddetto “osservatore caldo”), già utilizzato in alcuni studi SIMG, è il più corretto da un punto di vista epidemiologico; 4) il MMG garantisce una raccolta di informazioni imparziale, teoricamente non influenzata da posizioni preconcepite.

Disegno dello studio

Raccolta ed elaborazione dati: lo studio prevede la raccolta dei dati di soggetti di età > 15 anni attraverso la compilazione di un’apposita Scheda suddivisa in 4 sezioni.

• Prima sezione - informazioni epide-

miologiche e cliniche;

• Seconda sezione - informazioni sulla strategia terapeutica adottata (“controllo della frequenza”, “controllo del ritmo”, “ablate and pace”);

• Terza sezione - informazioni su eventuale esecuzione di ablazione transcatteterale del substrato elettrofisiologico;

• Quarta sezione - informazioni sulla percezione dell’efficacia della terapia da parte sia del paziente che del MMG e sulle maggiori problematiche incontrate dal MMG nella gestione dei pazienti con FA.

La raccolta dati verrà effettuata mediante una Scheda informatizzata elaborata dal Centro Studi SIMG e fatta pervenire ai MMG che aderiranno all’iniziativa. I dati verranno inseriti in un “data base” ed elaborati dal Centro Studi SIMG.

Numerosità del campione: si prevede di arruolare circa 400 - 500 MMG con circa 1.000 - 1.500 assistiti ciascuno, distribuiti omogeneamente sul territorio italiano. In tal modo si stima di poter attingere da un bacino di 500 - 700.000 persone e quindi di poter monitorare 4.000 - 6.000 soggetti affetti da FA.

Risultati attesi

Da questa Survey si prevede di ottenere un quadro aggiornato su:

- 1) prevalenza della FA in Italia;
- 2) carico di procedure diagnostiche per ogni paziente affetto da FA;
- 3) aderenza alle Linee Guida gestionali;
- 4) gradimento da parte del paziente e del MMG delle strategie terapeutiche adottate;
- 5) punti di maggiore criticità nella gestione dei percorsi diagnostico - terapeutici che potrebbero essere modificati attraverso un’adeguata azione informativa e di formazione.

Bibliografia

- 1) ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Europace* 2006;8:651-745.
- 2) Santini M., De Ferrari GM, Pandozi C., et al for the FIRE Investigators. Atrial fibrillation requiring urgent medical care. Approach and outcome in the various departments of admission. Data of the atrial Fibrillation/flutter Italian Registry (FIRE). *Ital Heart J* 2004;5:205-213.
- 3) Thrall G., Lane D., Carroll D., Lip GYH. “Quality of life in patients with atrial fibrillation. A systematic review”. *Am J Med* 2006;119:448.e1-448.e19.
- 4) Le Heuzey JY, Piziaud O., Piot O., et al. “Cost of the care distribution in atrial fibrillation patients. The COCAF Study”. *Am Heart J* 2004;147:121-126.
- 5) Wyse DG, Waldo AL, Di Marco JP, et al. “The Atrial Fibrillation Follow - up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation”. *N Engl J Med* 2002;347:1825-1833.
- 6) Al - Khatib SM, Shaw LK, Lee KD, O’Connor C., Califf RM. “Is rhythm control superior to rate control in patients with atrial fibrillation and congestive heart failure?” *Am J Cardiol* 2004;94:797-800.
- 7) Crijns HJ, Gelder IC, Van Gilst WH, et al. “Serial antiarrhythmic drug treatment to maintain sinus rhythm after electrical cardioversion for chronic atrial fibrillation and atrial flutter”. *Am J Cardiol* 1991;68:335-341.
- 8) “Risk of proarrhythmic events in the Atrial Fibrillation Follow - up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. A multivariate analysis”. Kaufman E., Zimmerman PA, Wang T. et al. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:1276-1282.
- 9) Disertori M., Alboni P., Botto GL, et al. “Linee Guida AIAC per il trattamento della Fibrillazione Atriale (FA)”. *G Ital Aritmol Cardiosim* 2006;9(1):1-71.
- 10) Filippi A., Sessa E., Mazzaglia GP, et al. “Out of hospital sudden cardiac death in Italy: a population-based case-control study”. *J Cardiovasc Med* 2008;9:595-600.



Vivere nell'Associazione, vivere l'Associazione

Riflessioni di fine anno su come comportarsi all'interno di una Associazione

di Giuseppe Fradella

L' Area Emergenza - Urgenza ha svolto il proprio ruolo all'interno dell' Associazione muovendosi lungo due direttrici:

- fornire un supporto a tutti i Cardiologi ed in particolare a quanti lavorano nelle UTIC
- instaurare un rapporto di stretta e costante collaborazione con tutte le componenti dell'ANMCO

La fine di un anno e l'inizio di un nuovo anno spesso inducono a riflessioni non strettamente legate all'attualità, riflessioni su temi solitamente poco affrontati, o perché ritenuti non legati alla prassi quotidiana o perché considerati troppo astratti o perché connessi a problemi non facilmente risolvibili. Le mie riflessioni in questa congiuntura temporale, compresa fra la fine del 2009 e l'inizio del 2010, si sono concentrate su come viene vissuta la partecipazione ad una Associazione in generale ed alla nostra Associazione in particolare. Infine ho cercato di riflettere sul modo in cui l'Area Emergenza - Urgenza ha vissuto il proprio ruolo nell'ambito dell'ANMCO. Fare parte di una Associazione comporta dei vantaggi e degli oneri. La quantità degli uni e degli altri è molto variabile ed è condizionata da innumerevoli fattori, oggettivi ed ancor più soggettivi. Negli anni molte persone si sono impegnate a definire quali devono essere le caratteristiche, gli obblighi ed i doveri degli Iscritti ad una Associazione; in alcuni casi hanno dedicato degli scritti, fra il serio ed il faceto, su come comportarsi o come non comportarsi in ambito associativo (Tabella 1). Fare parte di una Associazione che sia anche una Società Scientifica non è significativamente diverso, ma prevede alcune peculiarità non trascurabili. Sono peculiari per esempio le finalità, fra cui la volontà di stimolare una crescita culturale degli Associati. In questa ottica la partecipazione offre vantaggi interessanti. Ma d'altro canto propone la necessità da parte degli Iscritti di una partecipazione non passiva ma attiva,

propositiva e stimolante. In questo ambito credo ci siano non poche problematiche aperte, come recentemente sottolineato anche nelle pagine di questa *Rivista* ("Houston, we have a problem" di A. Rubboli, "Cardiologia negli Ospedali", N. 170 - 171, luglio/agosto - settembre/ottobre 2009), su cui sarebbe interessante riflettere. L'Area Emergenza - Urgenza ha svolto il proprio ruolo all'interno dell'Associazione muovendosi lungo due direttrici. In primo luogo ci siamo sforzati di fornire un supporto a tutti i Cardiologi ed in particolare a quanti lavorano nelle UTIC, o comunque sono impegnati nella gestione delle emergenze, cercando di divulgare i risultati della ricerca traslazionale, di proporre soluzioni concrete per problemi frequenti, di fornire formazione e informazione volte a migliorare l'assistenza ai pazienti cardiopatici, cercando di colmare il gap fra bisogni formativi e operatività assistenziale. I Corsi di Clinical Competence per il Cardiologo UTIC rappresentano la sintesi di questa logica. Ma in questa ottica si pongono anche i due Convegni su "La preparazione alla PTCA nelle Sindromi Coronariche Acute" che si sono svolti il primo il 23 gennaio 2010 a Firenze (per i Cardiologi del centro - nord) mentre il secondo si terrà il 20 marzo 2010 a Roma (per i Cardiologi del centro - sud) e il Convegno "Sindromi Coronariche Acute: la gestione del rischio emorragico in UTIC" in programma il 27 febbraio 2010 a Firenze. Così come su questa linea proseguono i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare grazie al costante impegno del Gruppo RCP ANMCO. D'altro canto abbiamo

cercato di instaurare un rapporto di stretta e costante collaborazione con tutte le componenti dell'ANMCO. Innanzitutto abbiamo cercato un rapporto continuo con tutti gli Associati. Sono stati resi pubblici i Verbali delle riunioni dell'Area, dei progetti in via di ideazione, progettazione o realizzazione: espressione della ricerca di trasparenza e coinvolgimento della base. Il Sito WEB dell'Area è stato revisionato integralmente, reso più fruibile, aggiornato periodicamente; inoltre è stato e rimane aperto al contributo degli Iscritti attraverso la pubblicazione di Casi Clinici di particolare interesse. Abbiamo cercato di rendere interessante ed "appetibile" la Riunione degli Iscritti all'Area nell'ambito del Congresso Nazionale. Abbiamo cercato di realizzare un rapporto di collaborazione continua e concreta con il Presidente ed il Consiglio Direttivo per condividere tutte le scelte, proprio in una logica associativa. Abbiamo coinvolto i Presidenti Regionali ogni volta che si è presentata l'occasione di approntare eventi o iniziative che coinvolgevano le varie Regioni. L'Area fornisce fattivamente il proprio contributo all'attività del Comitato Scientifico. Abbiamo dato il nostro contributo di idee e di lavoro per la realizzazione di Studi multicentrici, Campagne Educative Nazionali e Seminari di Aggiornamento (l'ultimo, in ordine di tempo, su "Dolore Toracico: gestione intraospedaliera" in collaborazione con SIMEU). È stata data la più ampia disponibilità a collaborare con la Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF e con l'Area Prevenzione Cardiovascolare per un'attività di divulgazione di argomenti medici

nella popolazione, come per esempio con lo svolgimento di Corsi di Riabilitazione Cardiopolmonare per “laici” (familiari di pazienti cardiopatici, laici istituzionali, volontari, nelle scuole, ecc.). Sono stati inviati, ed accettati, i nostri contributi scientifici al *Giornale Italiano di Cardiologia* e al *Journal of Cardiovascular Medicine*. È costante ed articolato il contributo che l’Area fornisce alla nuova, e peraltro sempre più interessante, edizione di *Cardiologia negli Ospedali*. Sono state attivate una serie di iniziative in collaborazione con altre Aree. È in corso una stretta collaborazione con l’Area Management & Qualità per definire la modalità per l’Accreditamento del Cardiologo UTIC e per creare i presupposti per definire la nascita della figura del Cardiologo intensivista (caratteristiche, formazione e accreditamento). In accordo con l’Area Scompensato Cardiaco è in via di definizione un Convegno su “Scompensato Cardiaco Acuto e Sindromi Coronariche Acute”. È stato attivato un Gruppo di Lavoro con l’Area Nursing per mettere a punto dei Corsi di Clinical Competence UTIC per il personale infermieristico. Prosegue inoltre una continua, costante, proficua e reciproca collaborazione con tutto il personale della Segreteria, indispensabile supporto per tutte le nostre attività nell’Associazione. Ciononostante, al termine di queste riflessioni, emergono alcune incertezze e qualche dubbio. Rimane ad esempio il dubbio circa il limite all’autonomia delle Aree. Si pone con forza il quesito su quali obiettivi l’Associazione deve puntare prioritariamente e quindi quali iniziative deve supportare con maggior

impegno e con quali risorse. Come d’altro canto non si può fare a meno di avanzare qualche perplessità sul modo di vivere l’Associazione da parte di molti Iscritti. Colpiscono in particolare la partecipazione discontinua, lo scarso coinvolgimento, la sempre più rara capacità di mettersi al servizio dell’Associazione e degli Associati. A questo dobbiamo aggiungere la continua crescita dell’età media degli Iscritti legata alla difficoltà a intercettare le nuove generazioni di Cardiologi. Queste riflessioni devono stimolarci ad analizzare serenamente ma concretamente e senza pregiudiziali la situazione per comprenderne le motivazioni e per trovare soluzioni efficaci ed al tempo stesso percorribili.

Tabella 1

Dieci regole per uccidere una Associazione

- 1 Non intervenire alle riunioni
- 2 Giungere tardi quando si interviene
- 3 Criticare il lavoro dei Dirigenti e dei Soci
- 4 Non accettare mai incarichi poiché è più facile criticare che realizzare
- 5 Offendersi se non si è membri della Presidenza e, se si è parte della stessa, non intervenire alle riunioni oppure astenersi dal dare suggerimenti
- 6 Se il Presidente chiede un parere su un argomento rispondere che non si ha nulla da dire. Dopo le riunioni dire a tutti che non si è sentito niente di nuovo oppure esporre cosa si sarebbe potuto fare
- 7 Fare solo lo stretto indispensabile, ma quando gli altri Soci si rimboccano le maniche ed offrono il loro tempo, senza secondi fini, lamentarsi che l’Associazione è diretta da una cricca
- 8 Rimandare il pagamento della propria quota il più a lungo possibile
- 9 Non darsi la pena di reclutare nuovi Soci
- 10 Lamentarsi che non si pubblica quasi mai niente sull’oggetto della propria attività, ma non offrirsi mai di scrivere un articolo, dare un consiglio o presentare un oratore

«La clinica può ancora fare a meno dell'informatica, almeno fino a quando...»

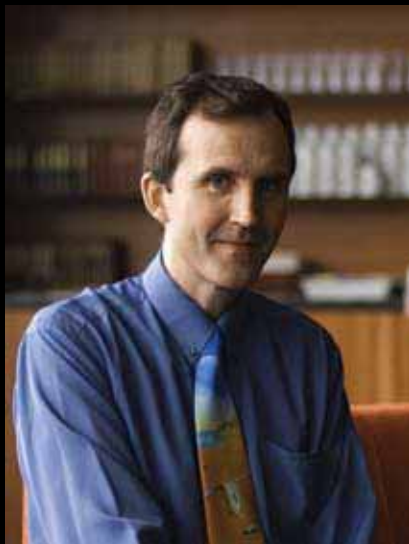
di Alfredo Posteraro

Albert Einstein
«Make it as simple as possible. But not simpler»

Giacomo Leopardi
«I mezzi più semplici e veri e sicuri sono gli
ultimi che gli uomini trovano, così nelle
arti e nei mestieri come nelle cose usuali
della vita, e così in tutto»



È possibile avere a disposizione soluzioni informatiche alle criticità emergenti nella pratica clinica quotidiana appropriate in termini di qualità, sicurezza e soprattutto semplicità?



Gerry McGovern
«La complessità è la maledizione dell'era digitale. È una sorta di inquinamento intellettuale che annebbia il pensiero. La complessità non è un segno di intelligenza, ma piuttosto il segno di una mente iperattiva affetta da bulimia. Il vero genio e la grande qualità di progettazione stanno nella capacità di trasformare un problema complesso in un prodotto semplice da usare e che dà un reale beneficio al consumatore. Se il mondo della tecnologia non metterà fine alla sua infatuazione per il rapido cambiamento e la complessità finirà con l'alienarsi il mercato e i consumatori. Non è mai stato così vero il motto KISS - Keep It Simple, Stupid».

«La clinica non può più fare a meno dell'informatica»
Una affermazione inoppugnabile se si considerano da un lato le necessità della pratica clinica odierna e dall'altro le opportunità offerte dall'informatica
Ma perché queste si tramutino in realtà irrinunciabili è necessario che garantiscano vantaggi in termini di qualità, semplicità e sicurezza dell'attività lavorativa

Fine novembre dello scorso anno. Dalla creatività pragmatica di Antonio Mantero nasce l'idea guida dell'Area Informatica ANMCO per i prossimi anni: «La clinica non può più fare a meno dell'informatica». Una affermazione inoppugnabile se si considerano da un lato le necessità della pratica clinica odierna e dall'altro le opportunità offerte dall'informatica. Sempre più di frequente i percorsi diagnostici in Cardiologia si avvalgono dell'integrazione con indagini in cui risulta indispensabile l'uso di software molto sofisticati. Inoltre tutti ci rendiamo conto dell'importanza di avere a disposizione le informazioni critiche riguardanti i nostri pazienti nel minor tempo e nel modo più semplice possibili per procedere al trattamento più appropriato. Il mondo dell'informatica è in grado di fornire risposte appropriate a tali necessità. Ma allora perché la clinica può ancora fare a meno dell'informatica? Perché, pur essendo trascorsi gli anni "zero" del nuovo millennio, siamo ancora costretti a fare i conti con alcuni dei problemi che abbiamo ereditato dal secolo scorso? Perché nel nostro Paese è possibile imbattersi in realtà operative in cui il processo di informatizzazione può dirsi realizzato in gran parte dei suoi aspetti peculiari, e realtà in cui non si registra neanche l'esigenza di progettare un percorso di questo tipo? La causa di tale disomogeneità è attribuibile solo alle diverse disponibilità economiche delle Aziende Sanitarie italiane? Non so dare una risposta definitiva ma a tale proposito sarebbe interessante analizzare il numero di gare per

l'acquisizione di sistemi informatici gestionali bandite negli ultimi anni e soprattutto le risorse economiche ad esse dedicate a fronte dei risultati ottenuti in termini di efficienza ed efficacia dei sistemi operativi implementati. Più probabilmente il problema risiede nella mancanza di richieste e di proposte appropriate per garantire una governance adeguata del processo di informatizzazione del governo clinico che rilancia ancora una volta la sfida che attende noi operatori del sistema salute: acquisire gli strumenti più idonei per essere in grado di guidare tale processo attraverso proposte precise che possano essere raccolte ed evase dal mondo dell'informatica. Tale sfida è resa ancora più difficoltosa dal tempo che si è perduto e dagli errori che sono stati commessi nel recente passato. Le esperienze degli ultimi anni infatti hanno insegnato che la proposta di una soluzione tecnologica unica per risolvere il problema dell'informatizzazione delle Cardiologie italiane è fallita poiché non ha previsto alcuni problemi quali l'integrazione con i sistemi già esistenti e l'adattabilità alle diverse realtà operative. La missione dell'ANMCO oggi è quella di sollecitare una sensibilità collettiva verso i problemi gestionali in Cardiologia e le possibili soluzioni offerte dalla tecnologia informatica. Perché oggi un medico Cardiologo dovrebbe auspicare l'informatizzazione del governo clinico del paziente? Essenzialmente sarebbero garantiti vantaggi in termini di qualità, semplicità e sicurezza dell'attività lavorativa. Non è mia intenzione esaurire questi argomenti in tale sede. Vorrei comunque fornire qualche spunto di riflessione

circa i vantaggi che l'informatica può fornire agli operatori in termini di semplificazione dell'attività lavorativa. Infatti la semplicità è il maggior determinante del feeling che si instaura tra l'operatore e lo strumento informatico e quindi della percezione che il primo ha del secondo. La caratteristica vincente delle applicazioni dell'informatica in ambito medico risiede nella semplificazione delle attività quotidiane. Facciamo qualche esempio:

- L'autenticazione dell'operatore. Sarebbe auspicabile che venissero proposti sul mercato sistemi più immediati rispetto a quello oggi più diffuso delle password (ad esempio riconoscimento diretto mediante chip o mediante impronta digitale) sia per quanto riguarda l'accesso al sistema informatico che l'uscita da esso (ad esempio la rimozione del chip induce automaticamente il salvataggio, la chiusura e la corretta archiviazione del file in uso).

- Accesso diretto a tutti i referti diagnostici ed alle relative immagini. Ciò implica alcune caratteristiche del sistema:

- il riconoscimento univoco del paziente mediante un codice identificativo al quale saranno collegati tutti gli atti (diagnostici e terapeutici) svolti all'interno di tale ambiente;

- l'implementazione all'interno dell'architettura di rete di più sistemi informatici, diagnostici e terapeutici, acquisiti da produttori diversi, che siano in grado di dialogare tra loro e di condividere i dati prodotti;

- la più ampia estensione di compatibilità del sistema informativo, per esempio in ambito regionale o nazionale, che consentirebbe la più ampia

fruizione di tali vantaggi.

- Disponibilità per il paziente e per il medico inviante dei referti della diagnostica per immagini e delle relative immagini quale prova documentale la bontà delle conclusioni diagnostiche. Per quanto oggi siano ampiamente disponibili supporti di archiviazione a basso costo (CD, DVD) le procedure di masterizzazione di tali supporti potrebbero essere semplificate provvedendo a rendere disponibili per i pazienti le immagini sul WEB mediante un account gratuito e protetto che ne consenta il successivo download.

La considerazione di questi brevi spunti di riflessione, unitamente alla qualità dei sistemi di revisione, analisi, misurazione e refertazione di ogni specifica modalità diagnostica, alla sicurezza nella gestione dei dati sensibili che non deve mai andare a discapito della semplicità operativa del sistema, la qualità dell'assistenza e la stabilità della rete e dell'hardware individuano alcune caratteristiche minime (Minimal Data Set) di operatività di un sistema informatico dedicato alla Cardiologia in assenza delle quali tale sistema non può essere accettato come valido. Tutto ciò indipendentemente dall'azienda che propone il sistema: in altre parole acquisisci pure il sistema informatico che vuoi purché esso garantisca alcune caratteristiche minime che ne determinano la qualità. L'aderenza a tali caratteristiche non deve assolutamente contrastare con l'adattabilità del sistema alle specifiche esigenze di ogni Unità Operativa. Tale plasticità implica però la necessità di impostare uno dei ponti di comunicazione più difficili da realizzare, ossia quello tra medici ed ingegneri infor-

matici. Le difficoltà in tale ambito nascono da profonde differenze "filosofiche" tra le due figure che spesso sfociano in una visione dei problemi e, soprattutto, della loro possibile soluzione profondamente diverse. Allo scopo di superare tali difficoltà sarebbe auspicabile promuovere in tutte le sedi possibili il dialogo tra operatori sanitari, ingegneria clinica ed ingegneria informatica allo scopo di avere a disposizione soluzioni informatiche alle criticità emergenti nella pratica clinica quotidiana appropriate in termini di qualità, sicurezza e, soprattutto, semplicità. In altre parole la clinica non potrà fare a meno dell'informatica se questa sarà in grado di assicurare agli operatori sempre maggiori gradi di libertà.

«Nel mezzo del cammin...»

di *Andrea Rubboli*

Una analisi dei quattro punti strategici individuati dal Comitato di Coordinamento al suo insediamento per perseguire la nostra mission di garantire continuità di attenzione e di iniziative nei campi dell'embolia e dell'ipertensione polmonare

Al momento di abbozzare un bilancio di metà mandato, la tentazione di appropriarsi dell'incipit della "Commedia" di Dante Alighieri risulta pressoché invincibile. A differenza del Poeta però, il Comitato di Coordinamento 2009 - 2010 confida di trovarsi in un prato assolato e di avere imboccato la giusta direzione. Un anno fa, quando l'attuale organo direttivo si è insediato, le strategie individuate per perseguire la mission dell'Area di garantire continuità di attenzione e di iniziative nei campi dell'ipertensione e dell'embolia polmonare (e della malattia tromboembolica venosa in generale) erano state le seguenti:

1. migliorare i rapporti fra Comitato di Coordinamento dell'Area ed Iscritti;
2. ottimizzare e standardizzare la pratica clinica, soprattutto relativamente ad aspetti ancora controversi e non chiarificati dalle Linee Guida;
3. formare professionisti Cardiologi con specifiche competenze nell'ambito della malattia tromboembolica venosa e dell'ipertensione polmonare;
4. identificare le attuali modalità (e criticità) nella gestione di queste malattie in Italia. Consapevoli del ruvido, ma puntuale, ammonimento della saggezza popolare che la distanza tra ciò che ci si propone di fare e ciò che

si riesce realmente a fare può essere oceanica, è opportuno e doveroso passare in rassegna quanto l'Area è stata in grado di implementare e/o portare a termine nei suoi primi 12 mesi di attività.

Miglioramento dei rapporti con gli Iscritti

L'interfaccia costante fra Comitato di Coordinamento ed Iscritti riveste un ruolo fondamentale per il buon funzionamento dell'Area. Abbiamo pertanto ritenuto che la condivisione delle discussioni e delle decisioni che vengono prese nelle periodiche riunioni del Comitato di Coordinamento fosse un primo ed imprescindibile passo in questa direzione. Dall'inizio dello scorso anno pertanto, i Verbali delle riunioni sono stati resi disponibili e liberamente consultabili sul Sito WEB ANMCO. Va peraltro riconosciuto che se da un lato tale operazione ha assicurato la trasparenza da noi auspicata, dall'altro non ha ancora prodotto un significativo feedback da parte della periferia né una maggiore partecipazione di questa (mediante l'avanzamento di idee, progetti e ovviamente anche critiche) alle attività dell'Area. Una reale e fattiva biunivocità nei rapporti fra Comitato di Coordinamento e Iscritti non

La mission dell'Area è quella di garantire continuità di attenzione e di iniziative nei campi dell'ipertensione e dell'embolia polmonare (e della malattia tromboembolica venosa in generale)

Viene passata in rassegna l'attività svolta ed i progetti implementati nei primi 12 mesi di attività del Comitato di Coordinamento 2009 - 2010

è ancora stata raggiunta, ma dovrà essere tenacemente perseguita per incrementare il coinvolgimento della comunità cardiologica, e soprattutto dei giovani Cardiologi che continuano ancora ad essere irretiti dal canto di sirene quali l'interventistica coronarica o aritmologica, nelle problematiche del circolo polmonare.

Ottimizzazione e standardizzazione della pratica clinica

Se non vi è dubbio che tale finalità sia appannaggio delle Linee Guida, è altrettanto evidente che queste presentano importanti limitazioni attribuibili sia alla loro ineludibile "ottusità" che alla loro incompletezza. A causa della non infrequente assenza di adeguata evidenza scientifica, non tutti gli aspetti del nostro operare quotidiano possono essere infatti indirizzati dalle Linee Guida. E uno di questi ambiti è rappresentato dal follow - up del paziente che sia andato incontro ad un episodio di embolia polmonare. Poiché nella Letteratura Medica tale aspetto non è mai stato sistematicamente affrontato, una Task Force multisocietaria coordinata dalla nostra Area si è proposta di elaborare un Documento utile per guidare nel modo più razionale, in attesa che un'adeguata evidenza scientifica venga prodotta, questa importante fase della malattia tromboembolica venosa. La struttura definitiva del Documento è stata già elaborata e quanto prima verrà affidata ai vari esperti la stesura dei singoli capitoli il completamento dei quali è programmato per la fine dell'anno in corso.

Formazione di Cardiologi competenti nelle malattie

del circolo polmonare

La gestione della malattia tromboembolica venosa, ed altrettanto dell'ipertensione polmonare, richiede delle approfondite conoscenze multidisciplinari che spesso non possono che essere acquisite "sul campo" data l'assenza di uno specifico percorso codificato per la formazione del medico che si occupa di queste affezioni. Seppur certamente in grado di fornire solamente un piccolo contributo, e non la soluzione, alla formazione di questa figura professionale, l'istituzione di Corsi di Clinical Competence è da noi fortemente auspicata. In tal senso abbiamo proposto ed ottenuto che nel Piano Annuale Formativo 2010 venisse inserita la nostra iniziativa denominata "Dalla trombosi venosa profonda all'embolia polmonare e oltre" nella quale un numero ristretto di partecipanti potrà confrontarsi in modo interattivo (essenzialmente mediante la discussione di Casi Clinici) con i maggiori esperti di malattia tromboembolica venosa al fine di ricevere principi formativi mirati ed essenziali. Tale ambizioso evento, programmato per il 4 e 5 novembre prossimi, è attualmente in fase di preparazione.

Identificazione della gestione attuale delle malattie del circolo polmonare

Rispetto ad altri settori della Cardiologia, quello delle malattie del circolo polmonare necessita ancora, in virtù della sua "giovane età" e della sua multidisciplinarietà che per lungo tempo l'ha lasciato orfano di gruppi che se ne occupassero in modo specifico, di informazioni "primordiali", quali quelle relative alla diffusione di metodiche diagnostiche/terapeutiche e

alle strategie applicate nella quotidianità italiana. Per ottenere tali informazioni, propedeutiche all'identificazione delle criticità gestionali, l'Area ha da tempo individuato ed applicato lo strumento della Survey. È attualmente in corso in Registro IPER sulla gestione dell'Embolia Polmonare, nel quale sono stati arruolati oltre 1.200 pazienti, mentre è stata conclusa la Survey INCIPIT 1 cui hanno partecipato 120 laboratori di ecocardiografia e che ha permesso di determinare l'incidenza nella pratica clinica di elevati valori pressori in arteria polmonare. Approfondimento di quest'ultima iniziativa è l'ulteriore Survey INCIPIT 2 che si propone di capire cosa succede ai pazienti in cui è stato riscontrato un inspiegato incremento della pressione in arteria polmonare. Analogamente alla precedente, INCIPIT 2 verrà condotta durante 3 settimane lavorative ed una lettera di invito sarà inviata a breve, insieme ad una Sinossi del progetto, dalla Segreteria delle Aree ai Direttori di Struttura cardiologica, ai partecipanti alla Survey INCIPIT 1 e ai Presidenti Regionali ANMCO. Gli interessati a partecipare possono comunicare la loro adesione all'indirizzo incipit@anmco.it; ove andranno anche inviate al termine del periodo di osservazione le schede raccolte - dati debitamente compilate. Dato il grande interesse di questa Survey, che è anche preliminare al tentativo di stabilire una "rete di sorveglianza" per la ipertensione polmonare, si confida ancora una volta nella più ampia partecipazione.



Il portfolio delle competenze, strumento innovativo di gestione e sviluppo delle risorse umane

di S. Fraccarollo* e V. De Michelis

Le risorse umane rappresentano la componente più preziosa ed importante di un servizio sanitario

Ogni professionista, con la sua personale storia, i suoi progetti e le sue competenze è l'elemento chiave della possibilità di successo sia dell'individuo stesso sia dell'organizzazione in cui lavora

Vorremmo avviare da questo numero la pubblicazione su "Cardiologia negli Ospedali" di articoli redatti da Infermieri. Preghiamo perciò i Referenti Regionali dell'Area Nursing di segnalarci chi volesse collaborare con articoli originali.

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing

Nell'ultimo decennio il Servizio Sanitario Nazionale, in seguito alle riforme organizzative avvenute, ha subito uno dei più profondi e veloci processi di ristrutturazione. Le riforme organizzative hanno introdotto nuovi principi di gestione che tentano di coniugare istanze di partecipazione degli utenti e dei professionisti sanita-

ri, accentuando il principio di responsabilità diretta delle scelte.

«Le risorse umane di un'organizzazione sono un elemento critico da cui è necessario ricavare valore aggiunto» quindi studiare approfonditamente il capitale umano, analizzandolo rispetto a ciascuno dei tre distinti ambiti che lo compongono, intellettuale, relazionale, gestuale, può rappresentare una strategia vincente e di importante innovazione⁽¹⁾. Le spese per il personale rappresentano inoltre una voce importante del budget sanitario, eppure spesso tali risorse sono utilizzate e gestite senza conoscerle pienamente, per intuito o improvvisando. Il capitale di ogni professionista è dato

* Sarah Fraccarollo lavora presso l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, dove si occupa principalmente ed in prima persona del controllo elettronico dei Pace Maker. In precedenza è stata in Terapia Intensiva Cardiocirurgica, in UTIC, Riabilitazione e Degenza Cardiologica. Ha un Master in "Management e Funzioni di coordinamento" e sta frequentando il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche nella sede torinese distaccata dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

dall'applicazione delle conoscenze e delle competenze della persona stessa; è solo tramite il loro sviluppo che si generano risorse, sia interne (innovazione, metodologie, appropriatezza decisionale, ecc.), sia esterne (immagine, reputazione sul mercato e sul territorio, relazione con gli utenti fruitori del servizio). L'elemento di novità del portfolio è proprio quello di valorizzare aspetti diversi (oltre al titolo di studio e all'anzianità di servizio) quali doti personali di flessibilità, capacità critica, creatività, attitudine alla leadership, pensiero riflessivo, capacità di studio e di auto apprendimento e il livello di competenza sviluppato sul campo.

Quadro concettuale

La proposta del portfolio è sostenuta da due pilastri: la motivazione e la competenza che costituiscono importanti indicatori di sviluppo professionale di ogni singola risorsa umana all'interno di un'azienda sanitaria.

La motivazione è la chiave essenziale per costruire un'impresa competitiva, in grado di fare emergere nelle attività di lavoro la partecipazione attiva degli "attori" che la costituiscono. Le organizzazioni oggi hanno bisogno di persone che facciano di più e meglio, ottimizzando le risorse disponibili e rinnovandole continuamente. La motivazione è tensione al risultato, che nella nostra realtà organizzativa si manifesta, innanzi tutto, come propensione alla soddisfazione dell'utente e alla creazione di valore aggiunto; vale a dire come determinazione a riconoscere quali siano le aspettative e le richieste che sono formulate in termini di prodotto/servizio atteso ed alimentare le stesse facendosi

interpreti dei possibili miglioramenti. Bisogna quindi compiere un vero e proprio investimento nella relazione tra individuo ed organizzazione in cui il raggiungimento degli obiettivi comuni non significa rinuncia agli obiettivi individuali.⁽²⁾

La competenza: molti sono gli studiosi che si sono occupati di competenza negli ultimi decenni; già negli anni '80 la competenza era definita come una caratteristica intrinseca di una persona la quale ha per risultato la performance in un'azione. Spencer⁽³⁾ riprende questo concetto individuando cinque caratteristiche della competenza: motivazioni, tratti, immagine di sé, conoscenza di discipline ed argomenti specifici, skill. Egli rappresenta graficamente questo concetto utilizzando l'immagine di un iceberg nel quale lo skill e le conoscenze sono gli

elementi visibili, le motivazioni, i tratti e le immagini di sé sono gli elementi nascosti. Altri autori riprendono il concetto evidenziandone la capacità di dialogo con il contesto che diventa capacità di interpretare questo con le sue incoerenze, incertezze, problemi e di individuare le potenziali soluzioni⁽⁴⁾. Effettivamente tutti gli autori tendono a concordare che la competenza non è la semplice performance misurata ma un concetto più ampio ed olistico che deve diventare interesse del mondo aziendale.

Definizione di portfolio

Originariamente il portfolio appartiene al campo delle arti espressive e prende forma in una raccolta di opere personali (disegni, fotografie, testi scritti) che testimoniano le particolari qualità e capacità del soggetto che le ha prodotte, vale a dire il valore



dell'artista di fronte ad un interlocutore. È quindi uno strumento di comunicazione non fine a se stesso ma attraverso il quale un professionista, nell'ambito di una relazione, vuole dire qualcosa di sé ad altre persone. Il portfolio in ambito sanitario è senz'altro solo un esempio, tra i diversi, di approccio alternativo alla gestione di risorse ma che lascia intravedere delle possibilità di conquiste importanti, esplicitate in alcune sue specifiche valenze:

- a) **formativa**, è strumento di personalizzazione della formazione, in funzione degli specifici contesti di conoscenze e competenze, sostiene quindi un percorso di sviluppo mirato (non casuale) con obiettivi e finalità;
- b) **epistemica**, è percorso di saperi selezionati (non un elenco di contenuti o un indice di qualcosa) e modulazione di saperi plurali sul piano epistemologico, è offerta di saperi universali (essenziali per tutti) e particolari (specifici per ogni persona o gruppo);
- c) **esperienziale**, parte dall'esperienza concreta di ognuno evidenziandone le diverse soglie d'expertise e la padronanza su un compito preciso;
- d) **operativa**, evidenzia il percorso di ogni professionista che è nello stesso tempo processore di saperi, ma anche elaboratore ed operatore degli stessi;
- e) **relazionale**, sottolinea i valori di responsabilità ed autonomia ma anche di comunicazione ed interazione nell'ambito di un gruppo interprofessionale.^(5,6)

Parti di un portfolio

- 1) Foglio di presentazione dello strumento al professionista.
- 2) Scheda di presentazione del professionista.
- 3) Passaporto delle competenze sottoarticolato in tre parti: un diario (con riferimento temporale e contestuale); una biografia; schede autovalutative e valutative (professionista azienda) sulle competenze specifiche e trasversali.
- 4) Dossier: raccogliitore delle prove documentarie di quello che è stato espresso nella biografia e nel diario.
- 5) Curriculum formativo e professionale.

Caratteristica fondamentale è la modularità dello strumento poiché permette al professionista di selezionare i dati da porre all'attenzione di volta in volta in rapporto agli obiettivi prefissati.^(7,8,9,10,11,12)

Perché quindi il portfolio?

Perché ogni persona è diversa, unica ed irripetibile, come il tassello di un mosaico, ma questa diversità va conosciuta, armonizzata e valorizzata dal sistema organizzativo ottenendo così migliori risultati possibili in termini di risposta ai problemi di salute.

Bibliografia

- 1) Guilbert JJ. "La guida pedagogica per il personale sanitario", traduzione italiana a cura di Palasciano G., Lotti A., Ed. Dal Sud, 2002.
- 2) Quaglino G. "Voglia di fare. Motivati per crescere nell'organizzazione", Milano, Ed. Angelo Guerini ed associati, 1999.
- 3) Spencer Lyle M., Spencer Signe M. "Competenze nel lavoro", Milano, Ed. Franco Angeli, 2000.
- 4) Sarchielli G. "Psicologia del lavoro", Bologna, Ed. Il Mulino, 2003.
- 5) Schon D. "Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia nella pratica professionale", Bari, Ed. Dedalo 1993.
- 6) Goleman D. "Intelligenza emotiva, che cosa è e perché può renderci felici", Edizioni Bur Saggi, 1999.
- 7) Mariani L. "Portfolio, strumento per documentare e valutare cosa si impara e come si impara", Bologna, Ed. Zanichelli 2000.
- 8) Capaldo N. "Guida alla creazione del Portfolio", Milano, Ed. Fabbri 2003. Risorse internet
- 9) Bridgen D. "Costructing a learning portfolio", BMJ 1999: 319:2.
- 10) Open University "A portfolio approach for personal and career development", Milton Keynes, OU, 1992.
- 11) Redman W. "Portfolios for development", London, Kogan Page, 1994.
- 12) Sackville AD. "Assembling and using a professional portfolio", Ormskirk, Edge Hill University College, 1997.

Risorse internet:

- www.miur.it
 www.nwrel.org/eval/library/bibliographies.html
 www.oise.utoronto.ca
 http://culture2.coe.int/portfolio/
 www.scuolaazienda.it/strumenti
 www.angelfire.com/bc/nursinginformaticas/nsrg1240.html

Il tabagismo è la prima causa di morte nei paesi industrializzati e si sta proponendo come tale anche nei paesi in via di sviluppo. L'uso del tabacco, generalmente sotto forma di fumo, è associato a tre principali patologie: tumori, malattie cardiovascolari e malattie infiammatorie respiratorie. Accanto a queste patologie ce ne sono altre, talora insospettabili, come cataratta, disfunzione erettile, difficoltà al concepimento, ulcera peptica, ritardo nella cicatrizzazione chirurgica, fratture di femore, alcune forme di leucemia, morte in culla e basso peso alla nascita per i bambini figli di madri fumatrici. Sebbene la relazione tra fumo e tumori sia più stretta di quella esistente tra fumo e malattie cardiovascolari, la maggiore diffusione di tale ultima patologia fa sì che il numero di eventi riconducibili al fumo sia simile a quello dei tumori. Attualmente si ritiene che il numero di morti all'anno a causa del fumo di sigaretta sia di circa 80.000 in Italia. Nell'ambito cardiovascolare il fumo ha un impatto negativo su quasi tutti gli aspetti fisiopatologici e su tutte le forme cliniche della cardiopatia ischemica: alcune delle 4.000 sostanze presenti nel fumo di tabacco determinano infatti una modificazione sfavorevole dell'emodinamica con tachicardia ed ipertensione, uno spostamento pro-trombotico del sistema coagulativo e un danno endoteliale diretto. Inoltre, i pazienti fumatori mostrano tutti una componente infiammatoria di fondo che gioca un ruolo di primo piano nell'indurre la progressione della malattia e l'instabilizzazione delle placche aterosclerotiche.

Il fumo di sigaretta e le malattie cardiovascolari

Parte I

Il ruolo del Cardiologo: si potrebbe fare di più?

di D. Mocini, S. Urbinati, P. Faggiano



Tabella 1 - Test di Fagerström

Il tabagismo è una malattia?

Poiché il tabagismo è un fattore di rischio per malattia coronarica è giusto che il Cardiologo se ne occupi, svolgendo un ruolo compatibile con le sue conoscenze e con il modello organizzativo in cui è inserito. A tale scopo è necessario sviluppare la consapevolezza che alcuni strumenti di intervento devono essere utilizzati in maniera più sistematica e con precise attese di successo. Il tabagismo, oltre ad essere un fattore di rischio per malattia cardiovascolare è una dipendenza che consegue all'assunzione regolare di nicotina. La presenza della dipendenza può essere facilmente constatata osservando il comportamento del fumatore. Tale concetto tuttavia, stenta ad affermarsi a causa di due motivi principali: la grande diffusione di tale abitudine e l'assenza di una degradazione dei rapporti sociali come in genere avviene per le altre forme di dipendenza (eroina, cocaina, alcool). L'entità della dipendenza può essere misurata attraverso una serie di strumenti, il più noto dei quali è il questionario di Fagerström (Tabella 1). Prendere consapevolezza che il tabagismo non è una abitudine, un vizio o una scelta ma semplicemente una dipendenza è il primo passo per accettare l'idea che il tabagismo è una malattia cronica recidivante e che la nicotina gioca un ruolo chiave nel mantenimento dello stato di fumatore. Un tabacco senza nicotina potrebbe essere prodotto ma non genera dipendenza e quindi non verrebbe mai utilizzato da un ipotetico consumatore. Chi non riesce a smettere di fumare non è un debole di carattere ma semplicemente un soggetto coinvolto nei processi di dipendenza.

Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?		
Entro 5 minuti		3
Entro 6-30 minuti		2
Entro 31-60 minuti		1
Dopo 60 minuti		0
Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, ecc)?		
no		0
si		1
Quale sigaretta le dispiacerebbe maggiormente non fumare?		
la prima del mattino		1
tutte le altre		0
Quante sigarette fuma al giorno?		
10 o meno		0
11 - 20		1
21 - 30		2
31 o più		3
Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?		
si		1
no		2
Fuma anche se è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?		
si		1
no		0
totale		

Interpretazione del Test:

da 0 a 2 lieve dipendenza

3 o 4 media dipendenza

5 o 6 forte dipendenza

da 7 a 10 dipendenza molto forte

Il paziente e la sua disponibilità al cambiamento

Come in tutte le dipendenze il paziente non è uno spettatore passivo e involontario, ma gioca un ruolo chiave vivendo una ambivalenza in cui si evidenzia da un lato la consapevolezza della volontà e talora della necessità di smettere, dall'altro il piacere a mantenere questa abitudine per motivazioni di diverso ordine. Credo sia importante spiegare in maniera estremamente chiara che il compito del Cardiologo non è di risolvere sul piano cognitivo tale ambivalenza, comprendendone le motivazioni recondite, ma solo di esserne consapevole per poter capire i termini della relazione che si sta sviluppando. I pazienti possono essere classificati in relazione alla loro disponibilità al cambiamento

sintetizzata nel modello transteorico di Di Clemente e Prochaska. Questi autori classificano le persone in base agli stadi riportati nella Tabella 2. La collocazione del paziente in uno di tali stadi è strategico perché condiziona il tipo di intervento e l'entità delle risorse da mettere in gioco. La consapevolezza che il paziente, nonostante quanto afferma verbalmente, non è realmente motivato a cambiare ci consente di scegliere un comportamento adeguato, evitare di sprecare risorse inutili, e soprattutto ci risparmia un senso di sfiducia che nasce più dalla nostra incompetenza che dalla realtà. Smettere di fumare presuppone da parte del paziente la disponibilità al cambiamento. Verificarne la presenza è il primo passo verso il successo.

Stato	Condizione del Fumatore	Strategie attuabili
Precontemplatore	Non riconosce l'esistenza del problema	Fornire informazioni chiare, personalizzate, sintetiche senza forzare l'opinione del paziente
Contemplatore	Riconosce l'esistenza del problema ma non è disponibile ad un reale cambiamento	Inserirsi nella bilancia motivazionale cercando di spostarla verso lo stadio successivo. Utilizzare le "5 R" Rilevanza, Rischio, Ricompensa, Resistenze, Repetita.
In preparazione	Ha deciso che vuole smettere. E' disposto a scegliere una data. Si sta organizzando.	Suggerire strategie accettabili. STAR: Stabilisci una data, Trova alleanze, Anticipa le difficoltà che avrai e preparati con una strategia per ognuna, Rimuovi ogni oggetto correlato al fumo dalla tua vita
In azione	Sta smettendo, la prima fase dell'interruzione	Verifica l'efficacia delle strategie di aiuto ed eventualmente proponi delle alternative. Prescrivere farmaci efficaci secondo EBM
Mantenimento	Ha smesso ma rimane legato all'abitudine in qualche modo	Rinforza il successo. Complimentati con lui e ricorda il beneficio ottenuto.

Tabella 2 - Classificazione dei fumatori secondo il modello di Di Clemente e Prochaska

È anche una questione di metodo

Esistono Linee Guida nazionali per il trattamento del tabagismo pubblicate a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.iss.it/ofad/>). L'applicazione nella pratica clinica quotidiana è semplice e richiede in genere pochi minuti. Durante una normale visita cardiologica, nei confronti di qualunque paziente che viene per qualunque motivo il medico dovrebbe applicare i cinque punti previsti dalle Linee Guida. Il percorso è semplice ed è riassunto in Tabella 3. Ognuno di questi punti presuppone delle competenze minime che sono facili da apprendere. L'applicazione dei primi tre punti costituisce il consiglio minimo che ogni operatore sanitario dovrebbe applicare in qualsiasi setting nei confronti di qualsiasi paziente. Bisogna ricordare che se è vero che il "minimal advice" possiede una efficacia limitata e stimabile intorno al 3 - 5% è anche vero che richiede solo pochi minuti per essere realizzato e che per tal motivo può raggiungere un numero

molto elevato di fumatori. Tale numero è sicuramente molto superiore a quello che può raggiungere un trattamento di counselling specialistico. Le conseguenze di ciò sono che l'impatto di tale strumento, definendo l'impatto come il prodotto dell'efficacia per il numero di pazienti raggiunti, finisce per essere molto superiore all'impatto di metodi ritenuti molto più efficaci applicabili in pratica ad un ristretto numero di pazienti motivati. Il tipo di intervento da erogare al paziente è diverso a seconda della propensione al cambiamento del paziente. Le Tabelle 2 e 3 suggeriscono come associare tali aspetti. Il trattamento farmacologico del tabagismo è divenuto ormai un punto fondamentale. Esistono almeno tre sostanze che possiedono documentata efficacia negli studi randomizzati e controllati: nicotina, bupropione e vareniclina. A tutti i pazienti che vogliono smettere di fumare dovrebbe essere proposto un farmaco secondo le modalità previste dalla scheda tecnica del prodotto, tenendo conto delle caratteristiche del paziente e

delle limitazioni imposte dagli effetti collaterali. Nessuno dei farmaci utilizzabili per il trattamento del tabagismo è controindicato nei pazienti con cardiopatia ischemica. L'efficacia del trattamento farmacologico è stimata intorno al 30% di astensione ad un anno. Percentuali superiori possono essere ottenute se al farmaco si associa il counselling o altri sistemi di assistenza come i gruppi per smettere di fumare.

Il ruolo dei Cardiologi

Se fumare è una dipendenza che si associa frequentemente ad importanti eventi cardiovascolari perché l'atteggiamento del Cardiologo non è così incisivo come lo è contro l'ipertensione o il l'ipercolesterolemia? I Medici sono scettici nei confronti del trattamento del tabagismo per uno o più dei seguenti motivi:

- a) sono delusi dal basso tasso di successo degli interventi che ordinariamente oscilla tra il 5% ed il 30% ad un anno. Adottando automaticamente nella loro mente un modello di malattia acuta, i Medici ritengono che non riuscire a indurre la cessazione del tabagismo in tutti coloro che ricevono il trattamento sia sinonimo di inefficacia dell'intervento. L'assenza di un feed - back positivo induce pessimismo e la convinzione che tali pazienti debbano essere trattati da specialisti del settore, analogamente a quanto avviene per i diabetici;
- b) hanno costruito le loro convinzioni personali applicando un metodo efficace ad un paziente sbagliato. Se un paziente si trova in uno stadi di pre - contemplazione o peggio ancora di contemplazione, la strategia da adottare non può che essere di tenta-

Tabella 3 - Le 5 A

Ask	Chiedi al paziente se fuma e segna la risposta nel tuo archivio
Advice	Consiglialo di smettere in maniera chiara, forte e personalizzata. Usa le 5 R per farlo.
Assess	Valuta se è disposto a mettere di fumare e cerca di classificarlo con il modello di Prochaska e Di Clemente.
Assist	Assistilo quando smette. Utilizza quanto indicato dall'acronimo STAR.
Arrange a follow-up	Stabilisci una data di follow-up preferibilmente entro la prima settimana dall'interruzione.

Legenda. Le 5 A proposte dalle linee guida internazionali. L'esecuzione delle prime tre costituisce il "consiglio minimo" che tutti gli operatori sanitari che vengono in contatto con qualsiasi paziente dovrebbero eseguire. STAR= **S**tabilisci una data, **T**rova alleanze, **A**nticipa le difficoltà che avrai e preparati con una strategia per ognuna, **R**imuovi ogni oggetto correlato al fumo dalla tua vita

re di modificare la bilancia decisionale cercando di fornire consigli chiari, concisi, personalizzati senza lasciarsi coinvolgere in inutili discussioni estremamente "time expensive", riservando proposte concrete in chi si trova in stadi più avanzati. Se il paziente non è motivato qualunque tentativo di persuasione è destinato a fallire;

c) osservano una elevata percentuale di ricadute. Il fenomeno rinforza l'opinione che il Medico non abbia un ruolo fondamentale nella gestione del fenomeno;

d) ritengono di non avere le competenze necessarie;

e) ritengono di non avere il tempo necessario.

L'attività di counseling minimalista o intensa che il Medico può erogare è estremamente utile per aiutare il paziente nel cambiamento. Il counseling può essere definito come «un'attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Si occupa di problemi non specifici (prendere decisioni, miglioramento delle relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola)» (<http://it.wikipedia.org/wiki/Counseling>). Ancora una volta vale la pena di ricordare che il Medico nella sua attività fornisce consigli e strategie ma non interpreta le motivazioni ed i comportamenti del paziente. Cosa può fare il Cardiologo nella sua pratica clinica quotidiana, in un ambulatorio affollato e con poco tempo a disposizione dei confronti del tabagismo? Esistono delle strategie molto semplici da applicare che por-

tano un aiuto concreto e che possono essere inserite rapidamente nella quotidianità lavorativa. Applicare le 5 A ci allinea alle Linee Guida nazionali ed internazionali e favorisce la cessazione del tabagismo.

In sintesi

1. Il tabagismo è un rilevante problema di salute e provoca eventi cardiovascolari evitabili.

2. Il Cardiologo ha un ruolo importante, spesso sottovalutato, nel definire la dipendenza ed affrontare il problema. I pazienti lo ritengono una fonte autorevole di informazioni e il suo parere può modificare la bilancia motivazionale del paziente.

3. Il trattamento del tabagismo deve seguire regole precise e si deve adeguare alle Linee Guida Nazionali pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità.

4. Come per tutte le malattie, il Cardiologo deve conoscere il tabagismo in termini di fisiopatologia, sintomatologia, storia naturale, caratteristiche specifiche del paziente e possibilità terapeutiche.

5. Lo status specifico del paziente modifica il modo in cui la malattia si mostra. La volontà del paziente di affrontare il cambiamento ha un ruolo importante, può essere classificata e deve essere riconosciuta. Il comportamento del Medico deve adeguarsi ad

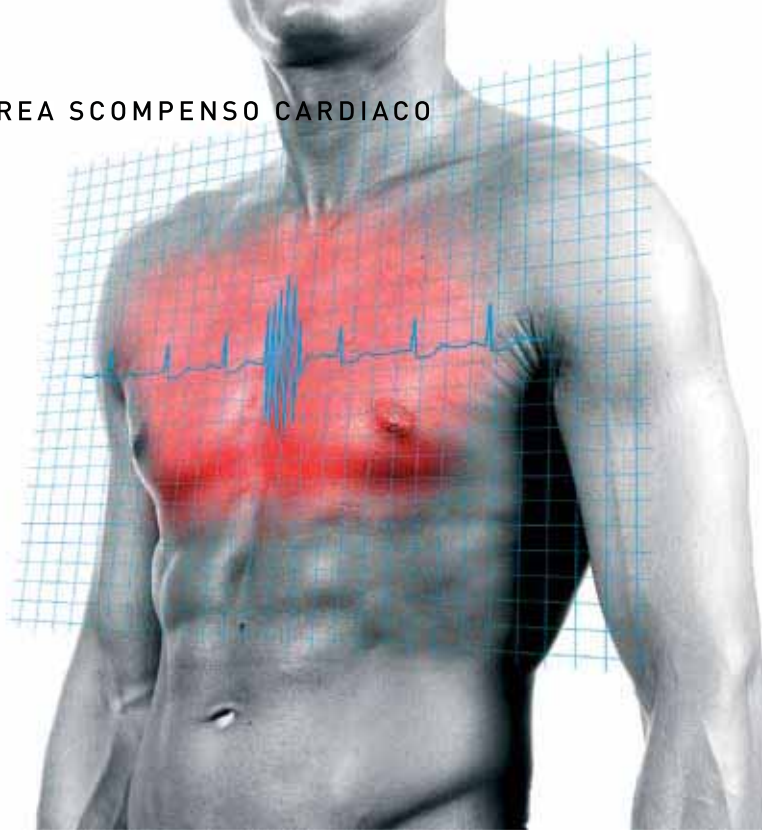
essa.

6. L'aiuto a chi vuole smettere di fumare erogato dal Cardiologo non è un semplice consiglio paternalistico ma un comportamento professionale che segue regole precise, semplici e facili da applicare. Sebbene il minimal advice si possa applicare in pochi minuti è comunque una prestazione professionale con una sua riconosciuta efficacia terapeutica.

7. Gli interventi dotati di bassa probabilità di successo possono essere ugualmente utili se erogati a un'ampia parte di popolazione.

8. Esistono farmaci efficaci nella pratica clinica, secondo i criteri della Evidence Based Medicine, che devono essere proposti sistematicamente ai pazienti che fumano.

9. Ridurre il numero di sigarette fumate non è utile ai fini della riduzione del rischio di malattia cardiovascolare in quanto in genere il fumatore, spinto dalla riduzione della nicotinemia, aspira con maggiore forza il fumo ed esegue un maggior numero di aspirazioni per ogni sigaretta, compensando di fatto la riduzione che ci si aspetterebbe con la riduzione del numero di sigarette quotidiane. L'obiettivo da porsi è la cessazione totale e permanente.



L'attività dell'Area Scompensamento Cardiaco a metà del cammino

di M. Senni e G. Misuraca

L'articolo traccia il bilancio del primo anno di attività del Comitato di Coordinamento in carica e delinea i programmi e i progetti che saranno portanti avanti nel prossimo anno

Indica inoltre la necessità che un numero maggiore di Iscritti partecipi attivamente alle iniziative dell'Area

Le Aree sono le «unità organizzative di aggregazione culturale ed operativa dell'ANMCO», ed è in questa direzione che si sono orientate le iniziative del nostro Comitato di Coordinamento durante questo primo anno di attività. Sono stati innanzitutto portati avanti i progetti avviati nei biennio precedente, a cominciare dallo studio REWORD HF che sta ottenendo l'approvazione da parte dei Comitati Etici locali e che dovrebbe iniziare nei prossimi mesi la fase di reclutamento nei Centri che hanno dato la loro adesione. Rispetto ai programmi inizialmente proposti ci è parsa necessaria una riflessione sull'opportunità di proseguire nel progetto sulla cardiotoxicità da chemioterapici. Una iniziativa sullo stesso argomento è in atto da parte dell'Istituto Mario Negri insieme all'Istituto Europeo Oncologico ed è verosimile che potrà essere portata avanti in tempi più brevi e con risorse superiori a quelle

che noi potremmo avere a disposizione. In considerazione di questo e per non creare uno studio che potrebbe sovrapporsi a quello citato sopra si è deciso di non proseguire su questo argomento, anche se rappresenta indubbiamente un campo di grande interesse. Restano invece attuali le proposte di studio sull'ecocardiografia nello scompenso a funzione sistolica conservata e quella sul ruolo dell'esercizio fisico nello scompenso cardiaco in pazienti anziani, che sarà valutato nel protocollo TRIAL (TRaining in Italian Agings with Heart FaiLure), un progetto che potrebbe essere sviluppato secondo obiettivi più ambiziosi rispetto a quelli iniziali. Nel prossimo anno grande attenzione sarà rivolta all'ecocardiografia, metodica fondamentale nello studio dei pazienti con scompenso cardiaco, non sempre utilizzata al meglio delle sue potenzialità. Per questo l'Area ha deciso di organizzare, insieme ad un gruppo di esperti del settore, una serie di incon-

tri da tenere per macroaree su tutto il territorio nazionale, con lo scopo di mettere a fuoco il ruolo specifico dell'eco nella diagnosi, nella stratificazione prognostica e nel follow - up dello scompenso con l'obiettivo, tra l'altro, di definire quali sono le informazioni indispensabili che un referto ecocardiografico di un paziente con scompenso cardiaco deve contenere. Nell'ambito delle campagne educative nazionali sono in programma inoltre riunioni su aspetti di terapia dello scompenso avanzato e sui problemi inerenti l'uso dei devices. È stata avviata una indispensabile attività di "manutenzione" e aggiornamento del Sito che dovrà anzitutto renderne più attuali i contenuti, ma dovrà farne un "luogo" di interesse tra i tanti che abbiamo a disposizione sulla rete, anche attraverso la possibilità di incentivare i Forum di discussione. A tre anni dalla pubblicazione della Consensus abbiamo ritenuto doveroso fare il punto sulla sua applicazione nelle varie realtà regionali. Per questo, sulla base delle risposte al questionario inviato ai Responsabili ANMCO per la Consensus, è in corso di stesura un testo che permetterà di fotografare la situazione nazionale e tre o quattro esempi di realtà regionali più "virtuose" in cui il progetto è stato portato avanti con successo. Un tema di grande importanza, al quale dedicheremo tutto il nostro impegno e sul quale chiediamo la collaborazione di tutti, è la Convention dei Centri Scompenso che si svolgerà a Firenze nell'ambito del prossimo Congresso Nazionale ANMCO. Sarà l'occasione per fare il punto su ciò che è stato realizzato, sulle iniziative in corso, ma

sarà soprattutto l'occasione per guardare al futuro. Tra le iniziative che abbiamo intenzione di portare avanti va menzionato il progetto che ci vedrà impegnati a disegnare percorsi finalizzati ad ottimizzare l'attività degli ambulatori in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, per consentire una gestione dei pazienti senza soluzioni di continuità, nello spirito che è stato delineato dalla Consensus. I nostri ambulatori sono sovraccarichi di lavoro ed è necessario diversificare i tempi e le modalità di follow - up dei diversi malati riservando maggiori risorse ai pazienti critici, e affidando quelli meno gravi, o comunque in fase di stabilità, ai loro Medici di famiglia. Per far questo è però necessario realizzare degli strumenti che, insieme alla valutazione clinica tradizionale, consentano di formulare in maniera sufficientemente affidabile un giudizio di stabilità. Ci è sembrato che l'ecocardiografia, i biomarker e gli score di rischio possano essere utili allo scopo. Abbiamo pertanto costituito dei Gruppi di Lavoro che produrranno degli "statement" su questi argomenti e uno di questi sarà dedicato a rappresentanti dei MMG. Come vedete c'è tanto lavoro da fare. E bisogna farlo assieme.

La Convention dei Centri Scompenso nel prossimo Congresso Nazionale sarà l'occasione per fare il punto sulle attività in corso, ma soprattutto per guardare al futuro

È necessario ottimizzare le procedure di follow - up dei pazienti seguiti nei nostri ambulatori, in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale

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 Levantesi (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 Pulignone (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 (Eric - 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 Pasquetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto/



Figura 1 - Da sinistra: il Dottor Tommaso Scandiffio accanto al Dottor Giuseppe Guerricchio mentre legge "Le confessioni di un ottuagenario"

Colloquio con il Dottor Giuseppe Guerricchio

di Tommaso Scandiffio

Il Dottor Giuseppe Guerricchio, fondatore della Cardiologia di Matera e tra i fondatori dell'ANMCO Nazionale, a colloquio con il Dottor Tommaso Scandiffio, Direttore dell'U.O. Complessa Cardiologia - UTIC dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera. Il 13 novembre 2009 sono stati festeggiati i 40 anni della UTIC - la prima a sud di Roma - e i 53 anni della Cardiologia. Per l'occasione il Dott. Guerricchio ha tenuto una vibrante relazione dal titolo "Le confessioni di un ottuagenario", rievocando il capolavoro di Ippolito Nievo, un excursus dalle origini fino alla precoce uscita di scena

per dimissioni (Figura 1). L'evento ha avuto una importante risonanza tramite i media e una partecipazione sentita della città, delle Associazioni del volontariato e delle autorità civili e religiose. Fra gli altri erano presenti l'Assessore alla Sanità Regionale Dottor Antonio Potenza e il Vescovo di Matera S.E. Salvatore Ligorio. Successivamente hanno parlato i primari che si sono succeduti - Luciano Tantalò, Luciano Veglia e Vito Contuzzi - che hanno ricordato il lavoro svolto e le innovazioni apportate nello spirito della continuità.

Matera, Città dei Sassi

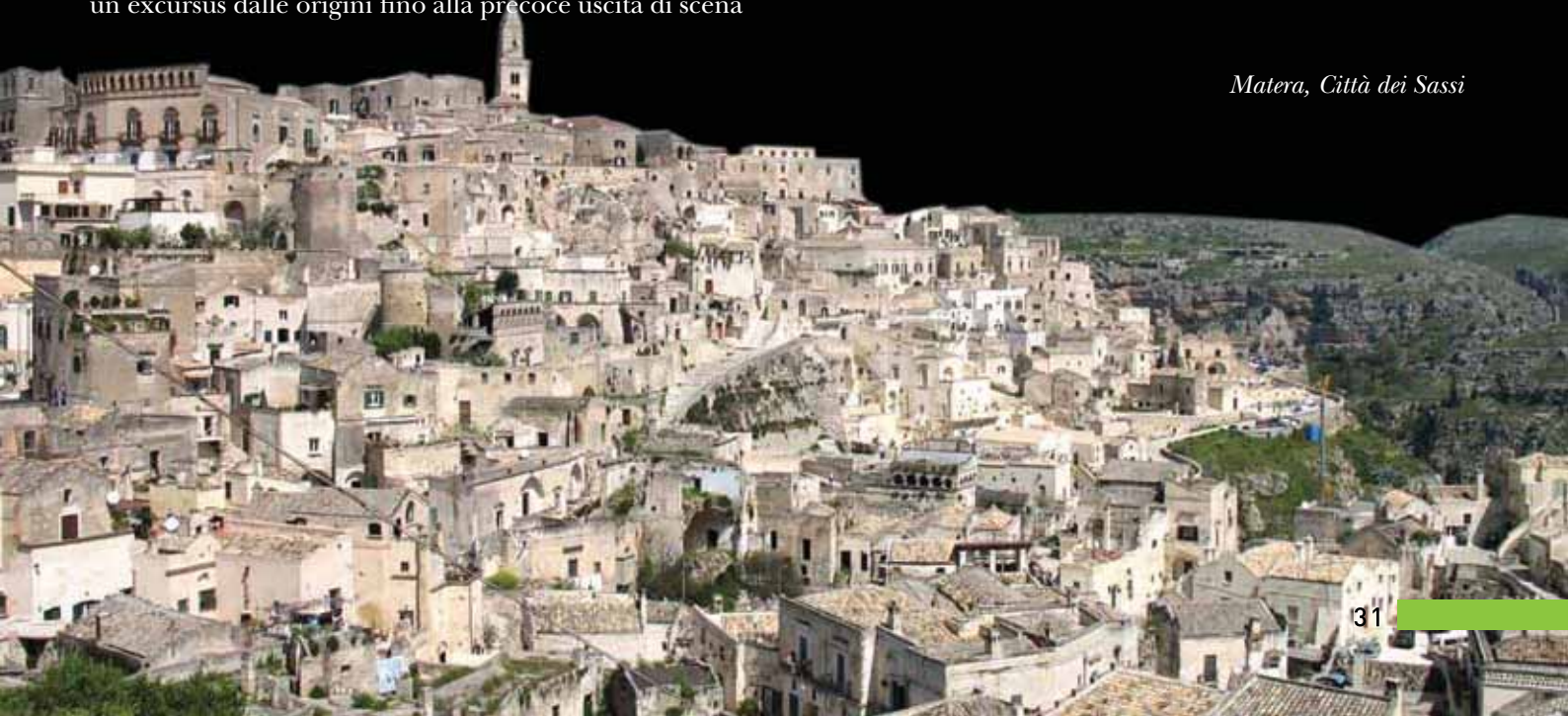




Figura 2 - "Cardiopatie e Miseria". Indagine clinico - statistica su di un gruppo omogeneo di popolazione infantile in provincia di Matera del 1958 pubblicata nel 1961

Nel 1956 inizia l'avventura, l'Ospedale di Matera ospita il Centro Cardioreumatologico Provinciale che in seguito si trasforma in Servizio Autonomo di Cardiologia.

L'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica negli anni '50 creò una rete per la lotta contro il Reumatismo Articolare Acuto, col suo triste primato di morbilità e mortalità soprattutto giovanile. A questo Centro erano assicurati l'autonomia e la direzione esclusiva di specialisti in Cardiologia e Reumatologia. Questo lo si dovette soprattutto a Vittorio Puddu che in tal modo forzò il monolitico ordinamento ospedaliero aprendolo alla Cardiologia.

Quali erano i compiti del Centro?

Oltre a quello di diagnosi e cura aveva il compito di eseguire indagini epidemiologiche e sociologiche. Fui aiutato in questo dal Prof. Rocco Mazzarone, epidemiologo e sociologo di grande fama. Ma non dimentichiamo che Matera negli anni '50 e '60 era un laboratorio di ricerca al centro di importanti studi nazionali e internazionali. Fra le molte altre nel 1958 condussi un'indagine sui bambini in un comune della provincia di Matera mettendo a fuoco insieme ai dati clinici anche le condizioni abitative, lavorative ed alimentari. Pubblicato con il titolo "Cardiopatie e Miseria", ebbe consensi nazionali e sulla stampa specialistica (Figura 2).

I servizi di Cardiologia erano una rarità ed organizzarsi non doveva essere facile. Una ventina in Italia, tre nel sud e tre nelle isole. Ma i fermenti c'erano, il 2 giugno 1963 partecipai a Bologna alla fondazione dell'ANMCO che elesse come Presidente Vittorio Puddu. Il Dott. Michele Petruzzi di Potenza fu cooptato nel primo Consiglio Direttivo. Finalmente con il Servizio Autonomo di Cardiologia di Matera, che nel frattempo era stato deliberato, arrivarono i primi rinforzi: Franco Basile e Luciano Tantalo.

Una buona partenza ma ormai la patologia cardiovascolare stava mutando.

Le malattie reumatiche erano in declino mentre la cardiopatia ischemica stava diventando lo spauracchio delle nazioni progredite. Il paziente infartuato non dava particolari problemi, era costretto a lunghe

degenze senza particolari cure col terrore della morte improvvisa o di complicanze alla prima levata.

Matera è stata la prima città a sud di Roma e fra le prime in Italia ad aprire l'UTIC. Grazie anche alla lungimiranza dell'Amministrazione Ospedaliera presieduta dall'On. Michele Tantalo.

L'ondata rivoluzionaria raggiunge l'Italia nell'aprile del 1966 a Montecatini. Sotto il titolo minimalista "I Simposio Internazionale sul controllo elettrico dell'attività cardiaca" si svolse in realtà il primo memorabile incontro fra i pionieri anglosassoni dell'UTIC e una platea affollata e attentissima di Cardiologi italiani, pochissimi dei quali (per esempio a Roma Puddu, a Milano Rovelli e a Udine Feruglio) si stavano avviando timidamente in quella direzione (Figura 3). Con me era presente



Figura 3 - Montecatini aprile 1966 "I Simposio Internazionale sul controllo elettrico dell'attività cardiaca". I pionieri anglosassoni dell'UTIC parlano ai Cardiologi italiani sul controllo delle aritmie nell'infarto acuto del miocardio.

Figura 4 - Defibrillazione elettrica a corrente alternata con apparecchio Mela KG, primo shock a 500 V e 3 A senza risultato, seconda scarica efficace a 700 V e 4 A

il primario anestesista Dottor Gustavo De Luca con cui nel 1965 avevo presentato un contributo casistico sulla defibrillazione esterna con corrente alternata nell'infarto miocardico (Figura 4).

C'erano stati interessi culturali in Italia attorno al problema infarto?

Nel 1961 Renzo Brusca dette alle stampe "L'infarto del miocardio", in due volumi monumentali che raccoglieva le opinioni di quasi 300 scienziati da tutto il mondo, stimolante dal punto di vista culturale ma con molti dubbi sulle soluzioni terapeutiche. La mortalità ospedaliera raggiungeva il 30 %, dato drammatico ed inaccettabile.

Le Unità Coronariche quando sono nate?

«Il concetto di terapia intensiva è nata dalla disperazione non dall'ingegnosità» affermavano L.E. Meltzer e A.J. Dunning

nel loro "Textbook of coronary care" del 1972, quasi una bibbia per tutti noi che lavoravamo nell'emergenza. La prima Unità Coronarica è nata nel 1962 al Bethany Hospital di Kansas City per merito di Hughes Day che stanco di rincorrere i casi gravi nelle corsie con un carrello di rianimazione decide di isolare gli infarti a rischio in ambienti appositamente attrezzati sotto registrazione oscilloscopica continua e sorvegliato da personale addestrato. Ben pochi progressi sono stati accettati con tanta prontezza. Tutto questo era stato preceduto da importanti esperienze sulla defibrillazione elettrica transtoracica e sul massaggio cardiaco esterno.

Ma l'UTIC di Matera ha avuto una qualche peculiarità?

Certo, era una struttura che potremmo definire di tipo dipartimentale. L'UTIC



confluisce con il Centro di Rianimazione in un'area di pronto intervento e di terapia intensiva con uno staff infermieristico comune ma con specialisti delle due branche in condizioni di pari dignità e autonomia (Figura 5).

In un convegno a carattere locale avevi avanzato l'ipotesi che l'infarto era legato all'aggregazione piastrinica, contro le ipotesi patogenetiche, per la verità un po' fumose, allora in voga. Utilizzavamo l'antiaggregante Ditazolo nell'infarto acuto e facevamo test di laboratorio sulla funzione delle piastrine.

Non è la sola idea di cui dobbiamo essere orgogliosi. In epoca precedente avevamo segnalato che l'infarto non colpiva solo le classi agiate, gli industriali e i professionisti ma avevamo osservato nella pratica clinica che venivano colpiti anche braccianti e contadini. Ma fui messo a tacere da illustri colleghi. Mi fa piacere ricordare che da Matera sono uscite oltre 100 pubblicazioni, comprese quelle alla Società Lucana di Medicina e Chirurgia.

Ricordo le sedute di aggiornamento, che consistevano nella discussione di riviste italiane e straniere di sabato pomeriggio.

Non dimentichiamoci della preparazione che facevamo per il personale infermieri-



Figura 5 - L'UTIC di Matera nei primi anni '70



Figura 6 - Progetto di programmazione cardiologica per la Basilicata, a cura della Sezione Regionale dell'ANMCO, 1973

stico prima di inserirlo nell'Unità. Era obbligatorio seguire un training oltre che in assistenza anche in elettrocardiografia ed aritmie. Inoltre poiché all'epoca non esistevano testi per infermieri, tradussi per uso interno il testo di L.E. Meltzer "Intensive Coronary Care. A Manual for Nurses" del 1968. Da parte di tutti c'era molto entusiasmo e la certezza che stavamo vivendo un momento importante.

La Cardiologia è partita dal territorio che non ha mai abbandonato

Era ed è assurdo arroccarsi negli Ospedali. Il ricovero è solo un momento della storia del paziente. È indispensabile creare una rete. Tutto è cambiato. Prima esisteva solo l'ambulatorio specialistico ed il medico di famiglia.

Gli inizi furono difficili?

Il problema era nei numeri nei medici, insufficienti a coprire i turni. A quei tempi non era necessaria la specializzazione in Cardiologia. Cominciarono Luciano Tantalò e Francesco Basile poi arrivarono Luciano Veglia, Vito Contuzzi e negli anni tutti gli altri.

Quali gli indirizzi comportamentali nei tempi in cui mancavano i trial e le Linee Guida?

Tutti eravamo dotati di un vademecum in cui era riportato come comportarsi nelle varie situazioni cliniche. I riferimenti

erano le indicazioni che venivano dalle riviste, dai congressi, dalle esperienze sul campo. Il vademecum veniva aggiornato periodicamente nelle nostre riunioni. Tutto questo rendeva omogeneo il comportamento all'interno del gruppo.

Ricordo fra le altre intuizioni importanti, una pubblicazione del 1974 a un Congresso SIC regionale sui tempi precoronarici, problema ancora attuale che l'ANMCO, in tutt'altro contesto, sta portando avanti con gli Studi BLITZ sul ritardo evitabile.

Non dimentichiamo la pubblicazione e il Convegno sulla Riabilitazione precoce nell'infarto (1974) portati avanti dal Dott. Luciano Veglia.

C'era l'aspetto di programmazione sanitaria a cui l'ANMCO ha sempre dato una grande importanza.

Nel 1973 vide la luce "Il progetto di programmazione cardiologica per la Basilicata", concepito a Matera sotto l'egida dell'ANMCO e fu citato come esempio in un nostro Congresso Nazionale. Furono fatti sopralluoghi in tutti gli Ospedali lucani e facemmo da apripista allo storico "Progetto pilota sull'organizzazione dei Servizi Sanitari in Basilicata", promosso dal Governo e dalla Regione nel 1974 (Figura 6).

Fra le tante iniziative vi furono i Gruppi Balint e gli incontri fra psicologi e Cardiologi.

I Gruppi Balint con i pazienti, i familiari, medici e psicologi sicuramente erano utili, rendevano i pazienti meno angosciati. In nuce c'erano gli elementi che, come leggo, sono stati sviluppati in seguito.

Poi improvvisamente lo stop. La tanta

agognata Divisione, che si andava diffondendo su tutto il territorio nazionale, a Matera restò a lungo un miraggio.

"Vuolsi così colà dove si puote ciò che si vuole, e più non dimandare"

Arriverà quattordici anni dopo, con enorme ritardo, con tutto quello che ha comportato.

Non sono stati certo i Cardiologi responsabili di tutto questo.

Ha esordito con Ippolito Nievo, "Le confessioni di un ottuagenario". È valsa la pena correre l'avventura iniziata nel lontanissimo 1956. La rifarebbe? Certamente ne è valsa la pena. Il lascito è stato importante. Penso che poche Cardiologie possono vantare una continuità ultracinquantennale.

Cosa le è rimasto più impresso dal punto di vista umano e professionale?

In uno degli scambi patrocinati dall'ANMCO negli anni '70 ospitammo a Matera alcune Infermiere dell'Ospedale di Careggi di Firenze. Al momento degli addii chiesi loro cosa le avesse colpite di più nella nostra UTIC. Mi risposero: «Le Colleghe materane, che chiamano i pazienti per nome e conoscono tutto di loro. Noi, dei nostri, conosciamo solo il numero dei letti». Non c'è stato per noi elogio più gradito: la centralità dell'uomo e la sua dignità come momento terapeutico.

Avviato in Lazio il Primo Audit Clinico Regionale Indipendente sulla Prevenzione Cardiovascolare Secondaria

Nel quadro delle attività volte al miglioramento della qualità dell'assistenza cardiologica, nel corso del 2009 l'ANMCO Lazio ha avviato un programma di Audit Clinico regionale sulla "Prevenzione Secondaria dopo SCA"

di Furio Colivicchi

Nel nostro paese le misure di prevenzione secondaria sono prescritte ed impiegate meno di quanto si dovrebbe dopo una Sindrome Coronarica Acuta

Al fine di verificare come sia effettivamente realizzata la prevenzione secondaria dopo Sindrome Coronarica Acuta l'ANMCO Lazio ha promosso il primo Audit Clinico Regionale Indipendente

Le informazioni disponibili sembrano indicare che nel nostro paese le misure di prevenzione cardiovascolare secondaria sono prescritte ed effettivamente impiegate meno di quanto si dovrebbe dopo una Sindrome Coronarica Acuta (SCA). Inoltre le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida cliniche nazionali ed internazionali risultano ampiamente disattese nella pratica clinica quotidiana. Si ritiene, infine, che questa particolare condizione comporti un inevitabile tributo in termini di recidive ischemiche, spesso invalidanti o potenzialmente letali. Nel quadro delle attività volte al miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza sanitaria cardiologica, nel corso del 2009 l'ANMCO Lazio ha avviato un programma di Audit Clinico regionale sulla "Prevenzione Secondaria dopo SCA". «L'Audit Clinico è un processo con cui Medici, Infermieri e altri

Professionisti sanitari, effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e la modificano in rapporto alle specifiche necessità» (Primary Health Care Clinical Audit Working Group, 1995). Da questa definizione emergono alcuni punti fondamentali dell'Audit Clinico:

1. coinvolge tutti i Professionisti sanitari;
2. è un'attività sistematica da non circoscrivere a singoli casi;
3. ha come oggetto principale l'appropriatezza dei processi;
4. può essere utilizzato per misurare gli esiti intermedi dell'assistenza sanitaria.

In altri termini, si tratta di un approccio di verifica e miglioramento di processi assistenziali rilevanti, che permette di misurare l'eventuale grado di inappropriata (in eccesso, ovvero in difetto) e di identificare quali aree della pratica professionale devono essere oggetto di miglioramento. Il

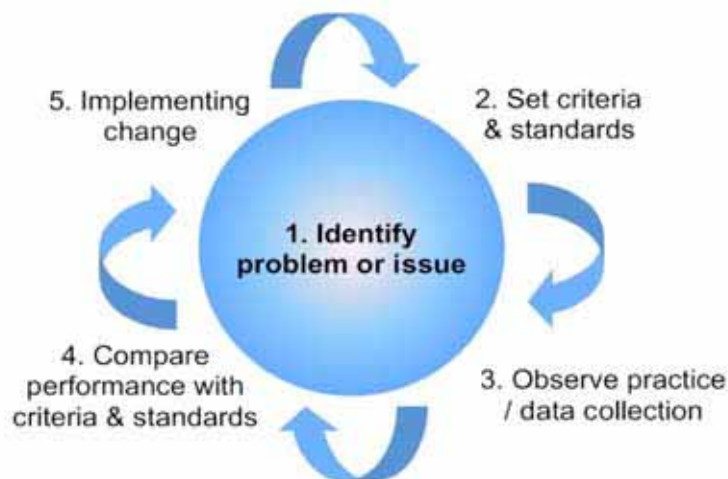


Figura 1

processo si caratterizza per alcuni aspetti peculiari rispetto ad altre forme di misura e verifica di qualità. L'Audit Clinico viene infatti condotto da "pari", ossia da professionisti del settore interessato con specifica competenza. Inoltre i risultati sono "confidenziali", ossia le informazioni raccolte sono inizialmente riservate e possono essere rese pubbliche solo con l'accordo dei partecipanti. L'Audit Clinico si articola in diverse fasi attraverso una struttura circolare che a ogni ciclo successivo mira a raggiungere target di qualità sempre più elevati (Figura 1). L'Audit Clinico regionale promosso dall'ANMCO Lazio ha completato al momento attuale le prime 4 fasi del processo:

1. identificazione della Prevenzione Cardiovascolare Secondaria dopo SCA come priorità clinico - assistenziale regionale;
2. definizione degli standard clinico - assistenziali di riferimento e scelta degli indicatori sulla base delle evidenze scientifiche disponibili;
3. osservazione della pratica clinica corrente;
4. confronto della pratica corrente con gli standard di riferimento.

Per quanto attiene all'osservazione della pratica clinica corrente l'Audit promosso dall'ANMCO Lazio è stato

condotto analizzando la documentazione clinica presente all'interno di quattro strutture cardiologiche della regione. In particolare sono state considerate le divisioni di Cardiologia di:

1. un'azienda ospedaliera di rilievo nazionale collocata nella città di Roma;
2. un policlinico universitario collocato nella città di Roma;
3. un ospedale di ASL dell'area metropolitana di Roma;
4. un ospedale di ASL della Provincia di Roma.

Sono stati raccolti i dati relativi a pazienti consecutivi, seguiti ambulatorialmente dalle strutture ospedaliere interessate dopo la dimissione per SCA. Il periodo di osservazione è stato circoscritto a tre mesi. La scelta di analizzare documentazione clinica già disponibile ha consentito di evitare possibili comportamenti opportunistici, che modificano la pratica clinica abituale in rapporto alla consapevolezza degli operatori dell'osservazione in atto. Il campione complessivo oggetto dell'osservazione ha raccolto 1.237 pazienti: 829 uomini (67%), 408 donne (33%) con età media di 64 ± 10 anni. Il tempo intercorso dalla dimissione ospedaliera per SCA e la valutazione ambulatoriale oggetto dell'Audit è risultato pari a 7.9 ± 3.1 mesi. I primi risultati di questa nuova iniziativa

verranno presentati nel corso del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO 2010. Nel difficile contesto gestionale delle organizzazioni sanitarie complesse, i sistemi di controllo di qualità delle attività di assistenza costituiscono una componente essenziale per la governance. I professionisti della salute devono pertanto acquisire piena competenza operativa nell'uso dei diversi strumenti di verifica, al fine di evitare strumentalizzazioni da parte del management delle diverse Aziende sanitarie e degli Enti regolatori. L'ANMCO costituisce una forte e riconosciuta associazione indipendente di professionisti, in grado di promuovere il miglioramento della qualità delle cure nel Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'opera professionale dei propri Soci. I Cardiologi ospedalieri sono infatti chiamati a promuovere e realizzare in prima persona la valutazione indipendente dell'appropriatezza dei processi di cura, evitando condizionamenti e distorsioni interpretative. L'ANMCO Lazio ha avviato un percorso che favorirà la crescita professionale dei propri Soci, dotandoli di strumenti operativi semplici ed efficaci, che li aiutino nella pratica professionale quotidiana.



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

CIACC 2. Si replica!

di Antonio Mafrici

Ospedale e Territorio si incontrano per affrontare il percorso del paziente cardiopatico

Il 6-7 novembre 2009 si è svolto a Milano il secondo Congresso Interassociativo di Cardiologia Clinica sotto l'egida della FIC. Sulla scorta dei positivi riscontri ottenuti con la prima edizione, le Delegazioni regionali lombarde delle cinque Società Scientifiche ANMCO, SIC, SICOA, ANCE, ARCA (alle quali si è aggiunto quest'anno il CFC, Collegio Federativo di Cardiologia) hanno deciso di ripetere l'esperienza di promuovere un evento culturale comune. Col medesimo titolo della scorsa edizione, "Il paziente visto dall'Ospedale e dal territorio", il Convegno ha voluto mettere al centro dell'attenzione il paziente e il suo percorso di cura, percorso considerato come una lunga traiettoria continua che, partendo dall'Ospedale, arriva realmente sul Territorio senza interrompersi, e coinvolgendo in questo gli specialisti dell'Ospedale, quelli del Territorio, i Medici di Medicina Generale e le ASL. Sono stati quindi scelti argomenti di carattere prevalentemente clinico

e organizzativo per sottolineare l'importanza di una gestione unitaria dei problemi del paziente, in un'epoca caratterizzata "dall'ansia di prestazioni" più che dall'attenzione verso il risultato complessivo. Questa edizione ha focalizzato l'attenzione sulla cardiopatia ischemica cronica, che ha occupato l'intera mattina del venerdì. È stato fatto il punto sulla prognosi (A. Macchi), sulla scelta della strategia terapeutica conservativa (L. Oltrona) o invasiva (S. Klugmann), sulle metodiche non invasive di screening e stratificazione del rischio (M. Campana). Nella seconda parte sono stati affrontati problemi emergenti, e sempre più frequenti, quali il rapporto tra depressione e cardiopatia ischemica cronica (C. Mencacci, psichiatra), l'attività sessuale del cardiopatico ischemico (A. Margonato), le problematiche aggiuntive del diabete mellito di tipo 2 (M. Romanò), e la chirurgia non cardiaca nel coronaropatico (E. Passamonti). Hanno moderato S. Pirelli, Presidente ANMCO, C. Proto, Presidente SICOA,

M. Negrini e R. Zanini. La mattina si è conclusa con una interessante lettura, tenuta da C. Sponzilli, dal titolo "Meccanismi di interazione delle diverse statine con infiammazione e aterosclerosi: dal benchmark al bedside". Nel pomeriggio la prima sessione, moderata da F. Lombardi (Presidente Regionale SIC) e J. Salerno, è stata dedicata alle aritmie, con interessanti messe a punto sulla Fibrillazione Atriale isolata (R. Marazzi), sul rimodellamento atriale (G. L. Botto), sull'extrasistolia ventricolare isolata (V. Giudici) e sulle più frequenti forme di aritmia del paziente congenito adulto (G. Vignati). La seconda Sessione ha focalizzato l'attenzione sul paziente cardiopatico anziano, affrontando il problema della fragilità e della relazione ambigua con l'età anagrafica (G. Annoni, geriatra), la terapia anticoagulante orale per la prevenzione degli accidenti cerebrovascolari (V. Toschi, ematologo), la terapia dell'ipertensione arteriosa (S. Carugo) e la doppia antiaggregazione con una

approfondita revisione sul possibile effetto inibitorio sul clopidogrel da parte della concomitante assunzione di inibitori della pompa protonica (S. Savonitto). Il sabato mattina - Moderatori A. Mafri e J. Salerno - è stata la volta dello scompenso cardiaco cronico: M. Metra ha affrontato il tema della insufficienza renale cronica e dell'anemia, A. Curnis ha fatto una revisione delle terapie non farmacologiche secondo le nuove Linee Guida per l'uso di device, A. Frisinghelli e R. Pedretti hanno focalizzato l'attenzione su due importanti aspetti, spesso trascurati, relativi all'educazione e autogestione del paziente scompensato e sulla riabilitazione del paziente con insufficienza cardiaca. Per concludere l'ideale percorso del nostro paziente, il simposio di chiusura è stato dedicato alla prevenzione (moderatori G. Pantaleo e M. Marconi, Presidente regionale ARCA). È stata fatta una revisione critica dell'utilizzo della carta del rischio da parte del Medico di Medicina Generale (F. Negri, MMG), proseguendo con l'inquadramento più attuale della sindrome metabolica (U. Valentini, diabetologo), i criteri di scelta per i farmaci nella prevenzione cardiovascolare e la determinazione dei Percorsi Diagnostico - Terapeutici Assistenziali della ASL Milano (A. Donzelli, ASL Milano) e il monitoraggio e l'auto - misurazione della pressione arteriosa (S. Omboni). La presenza del rappresentante della ASL ha consentito una approfondita e vivace discussione in merito ai criteri restrittivi adottati dalla ASL Milano circa l'utilizzo delle statine e di altri ipolipemizzanti e sui farmaci di prima scelta per la terapia della ipertensione

arteriosa. Una delle possibili cause di questa notevole discordanza di vedute credo possa essere identificata nella diversa prospettiva dalla quale viene inquadrato il problema (farmaco - economia vs trial clinici) e dalla prevalenza di pazienti in prevenzione secondaria seguita dalla maggior parte dei Cardiologi (e dai MMG) rispetto alla prevenzione primaria. Una reciproca conoscenza e una discussione fatta su casi reali potrebbe portare ad una mediazione delle diverse posizioni, utile per la miglior cura del paziente, stemperando gli eccessi in ambedue gli schieramenti. Molto seguite, le Sessioni sono state tutte caratterizzate da un alto grado di interattività e un ampio spazio per la discussione, con numerosi interventi del pubblico, dei relatori e dei moderatori. In conclusione questa edizione, caratterizzata dalla presenza di rappresentanti di altre specialità, a testimonianza del carattere sempre più multidisciplinare della Cardiologia di questi anni, ha confermato le potenzialità dell'interazione tra diverse Società Scientifiche, rafforzando il concetto che quando si focalizza l'attenzione sul paziente le differenze si attenuano e tutti possono portare un contributo fattivo per definire il miglior percorso di cura del nostro paziente. La presenza dei Medici di Medicina Generale e delle ASL completa, per gli specialisti, quella parte del percorso che spesso viene identificato come prevalentemente burocratico, ma che diventa essenziale per la comprensione delle reciproche esigenze e per i bisogni del paziente che, finalmente ritornato a casa, dovrà seguire le prescrizioni avute in Ospedale.

Un commento in chiusura

Dal punto di vista culturale riteniamo che gli obiettivi siano stati pienamente centrati. Meno soddisfacente è invece il bilancio dal punto di vista dell'impatto che l'evento ha avuto sulle stesse Società Scientifiche. Il numero delle presenze, più che soddisfacente per un convegno ordinario, è da considerare inferiore alle attese, considerando le società coinvolte. Diverse sono le possibili spiegazioni, e tra queste dobbiamo inserire anche il fatto che, a fronte di una disponibilità a collaborare per realizzare un evento dalle enormi potenzialità, molti soci e direttivi delle delegazioni regionali non hanno superato la reciproca diffidenza e il desiderio di mantenere una ben visibile individualità e indipendenza. Su questo aspetto il board del CIACC si confronterà a breve per valutare se questa esperienza potrà e vorrà diventare "La Riunione Annuale Regionale" delle Società Scientifiche (quindi con spazi dedicati alle assemblee) o se, al contrario, sarà esclusivamente un'occasione di collaborazione meno stretta, trasformandosi in un incontro a cadenza biennale. Per finire, un ringraziamento e un plauso al Consiglio Direttivo Regionale ANMCO che ha sostenuto l'iniziativa, ne ha consentito la diffusione attraverso un mailing cartaceo ed elettronico efficace e ha attivamente presenziato al Congresso; un ringraziamento alla Victory Project, che ha sapientemente curato l'organizzazione; un grazie agli sponsor (Astra Zeneca, Menarini, Novartis, Pfizer, Sanofi Aventis) che hanno creduto nell'iniziativa sostenendola e consentendone la realizzazione.

Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco: dal Documento Nazionale alla implementazione in Puglia

di P. Caldarola, S. Pede, A. Villella

Tabella 1

COMITATO PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA CONSENSUS NELLA REGIONE PUGLIA

COORDINATORI

Sergio Pede
Massimo Iacoviello

COMPONENTI

Vincenzo Contursi - AIMEF
Rolando Mangia - ANMCO
Ettore Antoncetti - ARCA
Antonio Greco - FADOI
Domenico Scrutinio - GICR
Michele Correale - SIC
Paolo Izzo - SICOA
Piero D'Ambrosio - SIGG
Giuseppe Nicoletti - SIGOS
Francesco Stea - SIMEU
Francesco Legrottaglie - SIMG
Giuseppe Ranieri - SIMI
Enzo Selvaggio - SNAMID
Immacolata Pavese - AGE

Il Progetto della Consensus Conference sullo Scompenso Cardiaco ha previsto l'attivazione di Comitati Regionali che hanno l'incarico di implementarne i contenuti a livello regionale. Strumenti - guida per le attività regionali sono stati il Documento pubblicato nel 2006 sul *Giornale Italiano di Cardiologia* e le circolari operative prodotte dal Coordinamento Nazionale. Il Comitato della Regione Puglia (Tabella 1), insediato nel dicembre 2008 e coordinato da Sergio Pede e Massimo Iacoviello, ha individuato come prioritarie le azioni necessarie a:

- informare dell'esistenza del Progetto in modo capillare;
- realizzare un articolato programma di formazione;
- fare un censimento di Strutture e iniziative regionali dedicate allo Scompenso Cardiaco;
- definire ruoli e funzioni;
- interagire con le Istituzioni per l'accreditamento del Progetto.

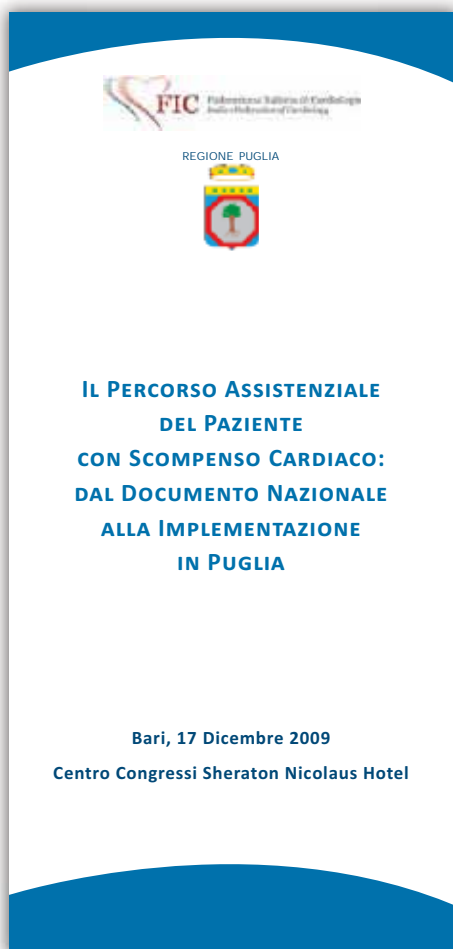
Allo scopo sono state attivate 3 Com-

missioni:

- Commissione per il rapporto con le Istituzioni;
- Commissione per il mappaggio regionale delle Strutture e delle iniziative dedicate allo SC;
- Commissione per l'Informazione e la Formazione.

La prima ha sviluppato una decisiva interazione con l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, in particolare con il suo Direttore, Dottor Franco Bux. La seconda ha acquisito importanti informazioni per gli aspetti gestionali del Progetto. La terza ha lavorato nella preparazione del programma formativo, ritenuto basilare dal Comitato Regionale. Nell'arco di tempo di un anno questa attività ha prodotto due primi importanti risultati:

- la produzione di un Documento di proposta di Normativa Regionale per la gestione dei pazienti con SC;
- la realizzazione di un Programma di Formazione.



Il Documento

Il lavoro del Comitato Regionale ha portato all'elaborazione di un testo che ha inteso esprimere una sintesi tra i contenuti:

- dei due documenti nazionali di riferimento:

- "Consensus Conference. Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" (2006);
- "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" (2009);

- delle normative nazionali in tema di Gestione Sanitaria, con particolare attenzione al ruolo del:

- Distretto Socio - Sanitario;
- degli indirizzi di organizzazione e degli atti deliberativi sul Territorio della Puglia.

Da questo lavoro sono derivate:

- l'identificazione degli obiettivi da perseguire;

- la definizione delle azioni.

Tra queste ultime, attenzione preliminare e particolare è stata posta alla istituzione degli Organismi Territoriali che devono avviare, sviluppare e controllare il processo di realizzazione del Progetto:

- il Comitato Tecnico Regionale;
- i Comitati Tecnici da attivare presso ogni Azienda Sanitaria Locale.

Composizione e operatività di questi Organismi sono state definite in maniera circostanziata e con specifico riferimento alla organizzazione del Servizio Sanitario della Regione. Oggetto di elaborazione correlata con decisioni normative e gestionali già adottate dagli Organismi Regionali è stata l'individuazione delle Strutture Ospedaliere di riferimento per l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici. La Struttura di I livello è stata identificata con l'Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco e ne è stata prevista l'allocazione:

- negli Ospedali, pubblici o privati accreditati, nell'ambito di Strutture ospedaliere cardiologiche e/o cardiologico - riabilitative e/o internistiche e/o geriatriche non caratterizzate da prestazioni di alta specializzazione;
- nei poliambulatori territoriali.

La Struttura di II livello è stata identificata con l'Unità per lo Scompenso Cardiaco e ne è stata prevista l'allocazione:

- in Ospedali connotati dalla presenza di Strutture con attività di degenza, di diagnostica e di terapia (UTIC, Emodinamica, Laboratorio di elettrofisiologia e di elettrostimolazione cardiaca, Riabilitazione). La Struttura di

III livello (Centro di riferimento per programma di trapianto di cuore ed assistenza meccanica) è stata allocata nell'U.O. di Cardiologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, la cui attività assistenziale e di ricerca è in stretta collaborazione con la U.O. di Cardiocirurgia, Struttura di riferimento per il trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato (trapianto di cuore, chirurgia valvolare, assistenza meccanica). Inoltre sono stati elaborati specifici protocolli diagnostico - terapeutici e sono stati individuati i percorsi di Gestione Territoriale e Domiciliare e di assistenza in RSA ed Hospice. Il documento ha previsto tre fasi attuative, temporalmente conseguenti tra loro:

- fase organizzativa;
- fase di sperimentazione del modello gestionale;
- fase assistenziale.

L'attuazione del Progetto è sottoposta a monitoraggio, controlli e verifiche. In particolare sono previsti:

1. coordinamento e sorveglianza sulla piena attuazione dei programmi;
2. individuazione di eventuali e specifiche criticità che ne impediscono la piena realizzazione e, di conseguenza, individuazione congiunta di specifiche azioni correttive;
3. effettuazione di verifiche e valutazione sulle criticità individuate, sulle azioni avviate e sui risultati raggiunti.

Il Documento è allo studio dell'ARES. **Il Programma di Formazione**

Per dare concretezza operativa al Progetto si è ritenuto di avviare un preciso Programma di Formazione così articolato:

MODERATORI E RELATORI		PROGRAMMA LAVORI	
<i>Filippo Anelli</i>	Bari	08,30 - 09,00	Iscrizione dei partecipanti
<i>Ettore Antoncechi</i>	Bari	09,00 - 09,15	Apertura dei lavori e presentazione del corso: dalla rete per il paziente acuto alla rete per il paziente cronico <i>F. Bux</i>
<i>Ambrogio Aquilino</i>	Bari		
<i>Francesco Bux</i>	Bari		
<i>Pasquale Caldarola</i>	Terlizzi (BA)	09,15 - 09,30	Intervento dell'Assessore Regionale alla Sanità <i>T. Fiore</i>
<i>Michele Cannone</i>	Cerignola (FG)		
<i>Marco Matteo Ciccone</i>	Bari		
<i>Maria Chirico</i>	Modugno (BA)		
<i>Vincenzo Contursi</i>	Bari	09,30 - 09,45	Aspetti epidemiologici e socio-economici dello Scompenso Cardiaco in Puglia <i>M.M. Ciccone</i>
<i>Matteo Di Biase</i>	Foggia		
<i>Attilio Di Crechio</i>	Lucera (FG)	09,45 - 10,00	L'attività di trapianto di cuore in Puglia <i>N. Marraudino</i>
<i>Stefano Favale</i>	Bari		
<i>Tommaso Fiore</i>	Bari	10,00 - 10,20	La Rete Integrata per lo Scompenso Cardiaco: la normativa regionale <i>S. Pede</i>
<i>Antonio Greco</i>	San Giovanni Rotondo (FG)		
<i>Massimo Iacoviello</i>	Bari	10,20 - 10,40	Discussione
<i>Rocco Lagioia</i>	Cassano Delle Murge (BA)	10,40 - 11,00	Coffee break
<i>Francesco Legrottaglie</i>	Ostuni (BR)		
<i>Rolando Mangia</i>	Tricase (LE)		
<i>Nicola Marraudino</i>	Bari		
<i>Sergio Pede</i>	San Pietro Vernotico (BR)		
<i>Francesco Paolo Schena</i>	Bari	11,00 - 11,15	La rete ospedaliera <i>P. Caldarola</i>
<i>Domenico Scrutinio</i>	Cassano Delle Murge (BA)	11,15 - 11,30	Il Medico di Medicina Generale <i>V. Contursi</i>
<i>Alessandro Villella</i>	Lucera (FG)	11,30 - 11,45	Lo specialista ambulatoriale <i>E. Antoncechi</i>
		11,45 - 12,00	ADI, RSA ed Hospice <i>A. Greco</i>
		12,00 - 12,20	Discussione
		12,20 - 13,30	Tavola rotonda: Criticità nella attuazione della rete dello Scompenso in Puglia Discussione con i primari invitati Presidente: <i>F. Bux</i> Moderatori: <i>F. Anelli, A. Aquilino, M. Di Biase, M. Accogli, R. Antolini, G. Antonelli, F. Boscia, G. Calabrese, F. Cavalieri, G. Cellamare, M. Costantini, C. D'Agostino, E. De Lorenzi, G. De Masi De Luca, G. De Luca, M. Errico, R. Fanelli, V. Gallone, G. Guida, G. Ignone, T. Langialonga, V. Lenti, F. Magliari, S. Mangini, D. Melissano, V. Nuzzolese, C. Paolillo, M. Pensato, E. Piancone, G. Polimeni, V. Portulano, G. Prencipe, A. Primitivo, V.E. Quarta, G. Ranieri, U. Rizzo, V.A. Russo, M. Russo, C. Salerno, A. Scarzia, E. Spennati, E. Villei, C. Volpe</i>
		13,30 - 14,30	Break
			I PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI DEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO Presidente: <i>F. Bux</i> Moderatori: <i>R. Lagioia, A. Villella</i>
		14,30 - 14,45	Dalla prevenzione allo screening della disfunzione ventricolare <i>F. Legrottaglie</i>
		14,45 - 15,00	Il paziente con nuova diagnosi o instabilitizzato: i percorsi ospedalieri <i>R. Mangia</i>
		15,00 - 15,15	La gestione del paziente oligosintomatico <i>A. Di Crechio</i>
		15,15 - 15,30	Il paziente con scompenso avanzato candidabile al trapianto cardiaco e/o all'assistenza ventricolare <i>M. Iacoviello</i>
		15,30 - 15,45	Il paziente anziano con comorbilità e/o fragile <i>M. Chirico</i>
		15,45 - 16,00	Discussione
		16,00 - 16,30	Chiusura dei lavori e verifica dell'apprendimento

- organizzazione di un evento formativo "start" promosso dal Comitato e dall'ARES;

- l'evento deve vedere coinvolti tutti i Distretti Socio - Sanitari della Regione attraverso la partecipazione, per ciascuno di essi, di componenti designati dalla Direzione di ogni ASL;

- i componenti sono così individuati: un responsabile di Distretto, un Medico di Medicina Generale, uno Specialista ambulatoriale ed uno ospedaliero, privilegiando coloro che già si occupano della gestione di pazienti con scompenso;

- nel loro insieme questi Operatori costituiscono la Task Force di Distretto incaricata di diffondere sul Territorio i contenuti della Consensus Conference attraverso un preciso programma di eventi formativi periferici.

La prima parte del Programma si è concretizzata nell'evento che si è tenuto a Bari il 17 dicembre 2009 e che si è svolto secondo il programma indicato in Figura 2. Sottoscritta dall'ARES, è stata inviata ai Direttori Generali e ai Direttori Sanitari di tutte le ASL, ai Dirigenti Responsabili di tutti i Distretti Socio - Sanitari, ai Direttori delle U.U. O.O. di Cardiologia della Regione la richiesta di indicazione degli Operatori da coinvolgere nell'evento start. La risposta è stata "a macchia di leopardo" ma complessivamente positiva: all'evento hanno partecipato circa 100 Operatori in rappresentanza dei diversi profili professionali coinvolti. Ai partecipanti è stata fornita una monografia (numero speciale della Rivista *Italian Journal of Primary Care*) con i testi di tutti gli interventi

effettuati nel corso dell'evento e con il testo del Documento di Proposta per la Normativa Regionale. La seconda parte è in piena fase organizzativa: il Comitato Regionale sta producendo un format unico da implementare negli eventi periferici e sta producendo il materiale didattico; si stanno avviando contatti di sollecito con le Direzioni delle ASL perché vengano costituite in ogni Distretto le Task Force per la formazione. L'obiettivo è quello di avviare il programma degli incontri di formazione dal prossimo mese di aprile e di completarlo nei 6 - 8 mesi successivi, prevedendo l'implementazione di protocolli diagnostico - terapeutici omogenei in tutto il territorio regionale.

Proposta per migliorare la qualità della vita dei pazienti con Scompenso Cardiaco e ridurre i ricoveri ospedalieri

di A. Mauric, P. Tecleme, A. Canu, G. Lenzotti

«I farmaci non assunti non hanno effetto ma la miglior maniera per non ricoverare i pazienti con scompenso cardiaco è farli star bene»

Anonimo toscano - sardo XX Secolo

Lo Scompenso Cardiaco (SC) è una delle patologie che assorbe più risorse in tutti i vari Sistemi Sanitari mondiali: frequenti accessi nei vari Ambulatori e nei Reparti di Pronto Soccorso, spesa farmaceutica e soprattutto frequenti, ripetuti e lunghi ricoveri ospedalieri. L'invecchiamento della popolazione ed il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti con malattie cardiovascolari causeranno un progressivo aumento delle prestazioni sanitarie a carico di questo tipo di malato; è intuitivo che questa patologia avrà un sempre maggiore impatto economico sui costi diretti ed indiretti (invalidità, perdita di capacità lavorativa, assistenza di base, ecc.) non solo nel

soggetto ammalato ma spesso anche nei componenti del nucleo familiare. L'assenza di un progetto gestionale sia per l'acuzie che per la cronicità, il ritardo nell'avvio di un attivo processo di integrazione tra la componente ospedaliera e territoriale, la scarsa comunicazione tra i diversi specialisti ospedalieri, la mancata definizione di uno specifico percorso diagnostico - terapeutico di continuità assistenziale rendono conto dell'assoluta variabilità dell'approccio clinico al malato, dell'eccessivo ed inappropriato utilizzo del ricovero ospedaliero e del cattivo impiego delle spesso scarse risorse economiche. L'esigenza di nuove soluzioni di Governo Clinico dello SC nasce dalle enormi dimensioni del problema e dalle caratteristiche della sua evoluzione clinica. La storia naturale dello SC raramente presenta un andamento graduale e progressivo e quindi in qualche modo prevedi-

bile, ma nella maggior parte dei casi è caratterizzato da "inattese" fasi di instabilizzazione. Il riconoscimento ed il trattamento precoci degli episodi di instabilizzazione hanno effetti positivi sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita: questo naturalmente è possibile solo se il paziente è inserito all'interno di un percorso che preveda una continua e frequente monitoraggio dei sintomi. La gestione appropriata del paziente con SC presuppone la corretta definizione diagnostica, l'identificazione e la condivisione delle cure a lungo termine, l'organizzazione in percorsi individualizzati in base alla gravità della malattia. La gestione condivisa delle cure prevede la collaborazione, l'integrazione e il coordinamento delle attività di tutti gli Operatori Sanitari coinvolti, nel rispetto dei ruoli, compiti e autonomia professionali.

Tabella 1

Reparto	Dimissioni 2007	Dimissioni 2008	Variatione percentuale
Medicine Gen. e Urg.	176	225	+27,8%
Unità Coronarica	16	14	-12,5%
Rianimazione	10	19	+90,0%
Totale	202	258	+27,7%

Tabella 2 - Caratteristiche del paziente da inviare al laboratorio dello SC direttamente dal PS

Modalità di insorgenza dello SC	inizio da più di una settimana senza rapida evoluzione
PA	ipotensione senza segni di ipoperfusione
FC	Assenza di crisi ipertensiva
TC	compresa tra 50 e 140 bpm
SO ₂ AA	≤ 38°C
Auscultazione cardiaca	> 90%
Auscultazione polmonare	assenza di soffi caratteristici di valvulopatie importanti
ECG	Assenza di sfregamenti pericardici
RXT	Assenza di ritmo di galoppo
Esami ematochimici	Assenza di rantoli oltre i campi medio - basali
	Assenza di segni di ischemia acuta
	Assenza di aritmie minacciose
	Assenza di blocco atrio - ventricolare avanzato o completo
	Assenza di riempimento alveolare
	Assenza di versamento pleurico massivo
	Assenza di addensamento polmonare infettivo
	Hb > 8 g/dl
	Assenza di alterazioni elettrolitiche gravi

Dimensione del problema nella nostra ASL

La ASL Olbia 2 della Regione Autonoma Sardegna comprende la parte nord - orientale della regione ed ha una popolazione di circa 155.000 abitanti. I ricoveri per Scopenso Cardiaco nei tre Ospedali (La Maddalena, Tempio Pausania e Olbia) presenti nella nostra ASL sono, come in tutti i paesi occidentali, in continua crescita: dal 2004 al 2008 l'aumento osservato è stato del 254% (da 165 a 420). Nell'Ospedale di Olbia, che dispone del maggior numero di posti letto tra gli Ospedali della nostra ASL, nel 2007 sono stati dimessi con diagnosi principale di Scopenso Cardiaco (DRG 127) 202 pazienti mentre nel 2008 il numero è salito a 258 pazienti con un incremento del 27,7%. La durata media della degenza è stata di 12,7 giorni, un valore più alto della media

italiana che è 9,6 giorni. I Reparti che più frequentemente hanno dimesso questo tipo di malato, negli anni presi in esame, sono stati il Reparto di Medicina Generale, di Medicina di Urgenza, di Rianimazione e di Unità Coronarica (Tabella 1).

Proposta

I problemi creati dalla cronica mancanza di posti letto, che crediamo non affligga solo l'Ospedale di Olbia, ed il sospetto che un certo numero di ricoveri potessero essere evitabili ha spinto il Laboratorio dello Scopenso Cardiaco (LSC), nel mese di febbraio 2009, ad analizzare i dati dei pazienti che nel corso dell'anno 2008 erano stati dimessi con DRG 127 e a cercare dei percorsi diagnostico - terapeutici alternativi al ricovero ospedaliero. Abbiamo scelto di verificare le caratteristiche di tali pazienti, al momento del loro accesso in Pronto Soccorso (PS)

e di limitare lo studio solo ai pazienti che erano stati dimessi dai Reparti di Medicina Generale e di Medicina di Urgenza, nella convinzione che quelli dimessi dai Reparti di Rianimazione e di Unità coronarica, oltre ad essere un numero esiguo, avessero delle peculiarità tali da rendere obbligatorio il ricovero ospedaliero. Il PS dell'Ospedale di Olbia possiede un ormai ben collaudato sistema informatico che ci ha permesso in un tempo relativamente breve di visualizzare ed esaminare i parametri clinici e laboratoristici di questi pazienti. Abbiamo suddiviso i pazienti che si erano presentati in Pronto Soccorso con sintomi e/o segni di SC e che successivamente erano stati ricoverati in tre categorie:

1) pazienti con edema polmonare e/o shock cardiogeno che devono essere ricoverati e quasi sempre accedono nei Reparti di Rianimazione o Unità

MESE	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Totale
PAZIENTI	6	14	7	6	4	5	4	46

Tabella 3 - Pazienti inviati al LISC dal Medico del PS

Coronarica;

2) pazienti con quadri clinici di media gravità che necessitano di terapie infusive prolungate ed il cui reparto di ammissione è variabile;

3) pazienti con quadri clinici di lieve - media gravità, che richiedono terapie infusive di breve durata e/o variazioni terapeutiche e stretta osservazione medica per dei periodi di tempo variabili.

Il bersaglio del nostro intervento è stato ovviamente rappresentato dai pazienti che appartengono al terzo gruppo. Dal sistema informatico del PS abbiamo deciso di estrarre e di analizzare i seguenti dati: modalità di insorgenza dello SC, Pressione Arteriosa (PA), Frequenza Cardiaca (FC), Temperatura Corporea (TC), Saturazione dell'Ossigeno in Aria Ambiente (SO₂AA), Auscultazione cardiaca, Auscultazione polmonare, Elettrocardiogramma (ECG), Radiografia del Torace (RXT) ed esami ematochimici. In base ai parametri selezionati abbiamo creato d'accordo con i Medici del PS il profilo di un paziente - modello che avrebbe potuto essere inviato al nostro laboratorio direttamente dal PS senza essere ricoverato in Ospedale (Tabella 2). In un modulo allegato abbiamo caratterizzato in modo preciso le voci che potevano creare

elementi di discussione: definizione di crisi ipertensiva, ecc. Applicando tali parametri, al momento dell'accesso in PS, ai 225 pazienti dimessi nel 2008 dai Reparti di Medicina Generale e d'Urgenza, abbiamo isolato 98 pazienti (41,7%) con le caratteristiche del nostro paziente - modello. Eravamo e siamo consapevoli che i criteri con cui il Medico del PS decide il ricovero ospedaliero non sono rappresentati solo dal quadro clinico del paziente: il Medico del PS ben conosce le lunghe liste di attesa per una consulenza cardiologica e la scarsa abitudine dei Medici di Medicina Generale (MMG) a trattare tali pazienti fragili; molto spesso questo tipo di paziente, entro pochi giorni dalla dimissione dal PS, ha un nuovo accesso, con quadro clinico nettamente peggiorato. Per tentare di ridurre l'uso del ricovero ospedaliero in questo tipo di paziente e per garantirne una migliore qualità della vita abbiamo creato il Laboratorio "Intensivo" dello SC (LISC) (a nostra conoscenza è la prima volta che una Struttura simile viene istituita): il Medico del PS, qualora lo avesse ritenuto opportuno, avrebbe potuto inviare il paziente al LISC, che prometteva di visitarlo entro 48 ore dalla dimissione dal PS e di programmare un adeguato percorso di cura personalizzata.

Attuazione

Nel mese di aprile 2009 ha avuto inizio il progetto e nella Tabella 3 sono presentati i dati di accesso al LISC fino al mese di ottobre 2009.

Tempo di attesa tra la dimissione dal PS e la visita al LISC

Non siamo riusciti a mantenere le promesse. Il tempo di attesa medio è stato di 59 ore, che comunque è sicuramente inferiore ai numerosi mesi di attesa per avere un consulenza cardiologica tramite il Centro Unico di Prenotazione.

Appropriatezza

Le caratteristiche dei pazienti sono state considerate appropriate dal Cardiologo del LISC in 44 pazienti sui 46 inviati (95.4%): un paziente aveva dispnea di origine polmonare e l'altro una sospetta sindrome coronarica acuta poi rivelatasi un'ernia iatale esofagea.

Classe NYHA al momento della I visita al LISC

Nessuno era in I Classe, 13 pazienti (30%) erano in II Classe, 18 (40%) in III classe e 13 (30%) in IV Classe.

Ricoveri ospedalieri

Dei 44 pazienti con sintomi e segni di SC inviati al LISC solo 4 (9.1%) sono stati successivamente ricoverati.

Decessi

Sono deceduti 3 pazienti, ma solo uno

per cause cardiovascolari.

Numero di visite

Nel corso dei 7 mesi di lavoro sono state prestate 3,8 visite/paziente.

Destino dei pazienti presi in carico dal LISC

38 pazienti (86,3%) dei 44 inviati non hanno avuto ulteriori accessi in PS, fino al mese di ottobre 2009 ed al momento sono inseriti in un programma che prevede interventi periodici personalizzati.

Commento

Attualmente la necessità di differenziare i luoghi ed i ruoli delle strutture sanitarie che intervengono nella gestione della fase acuta delle malattie da quelle che dovrebbero interessarsi del malato cronico ed almeno in parte degli episodi di instabilità sta diventando sempre più pressante:

- a) gli Ospedali, creati per la gestione dell'acuzie, stanno assorbendo molte più risorse che in passato a causa di terapie sempre più costose e tecnologiche;
- b) il territorio si trova ad affrontare la fase cronica di tutte le varie malattie che l'aumentata aspettativa media di vita, il miglioramento delle opzioni terapeutiche e la riduzione della durata dei ricoveri hanno moltiplicato e prolungato.

In questo scenario assume un ruolo

fondamentale la gestione integrata tra lo Specialista ospedaliero e i MMG, i Care Givers e in ultimo anche il Paziente stesso. Uno dei principali compiti dell'organizzazione sanitaria del nostro paese e della nostra regione sarà di erodere la rigida barriera attualmente esistente tra Ospedale e Territorio e coniugare ed integrare le competenze mediche ospedaliere con le multi professionalità territoriali. Queste considerazioni sono ancor più vere nel caso della gestione dello Scompenso Cardiaco, perché la presa in carico stabile dei pazienti, da parte di un laboratorio dello scompenso, garantisce loro una qualità di vita migliore ed un minor ricorso alle Strutture per acuti. La capacità di intercettare questi bisogni sanitari prima che essi richiedano l'ospedalizzazione darà la dimensione di quanto i sistemi sanitari saranno in grado di sostenere un profilo di compatibilità economica che al momento pare compromesso. La curva del consumo di risorse in rapporto all'età condanna il nostro Sistema Sanitario al fallimento economico, in quanto l'invecchiamento della popolazione e la denatalità assumono, nel nostro paese, proporzioni catastrofiche. Solo garantendo la medesima efficacia delle cure con accesso a minori risorse (modificando

ciò il profilo della curva età/risorse utilizzate) si potrà pensare di garantire una Sanità efficace e ad accesso universale. Noi crediamo che il progetto da noi proposto ed attuato possa rappresentare uno strumento di svolta culturale nella ricerca dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero per SC. La collaborazione tra le diverse figure professionali (in questo caso Medici PS e Cardiologi del LISC), all'interno di un modello integrato che prevede l'accesso diretto dal PS ad un Ambulatorio dedicato, appare una soluzione possibile ed esportabile in molte realtà, nell'ottica di un contenimento della Spesa Sanitaria e di un più incisivo trattamento di numerose patologie, in termini di efficacia clinica e soddisfazione percepita dall'utenza.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Dottor Cesare Delussu per le preziose consulenze informatiche.

Clinica e Imaging nel cuore delle Dolomiti

L'imaging cardiovascolare è diventato un caposaldo nella diagnosi e nel trattamento virtualmente di tutti i pazienti con cardiopatia, ha trasformato, e continuerà a trasformare, la gestione dei pazienti con malattie cardiache e vascolari

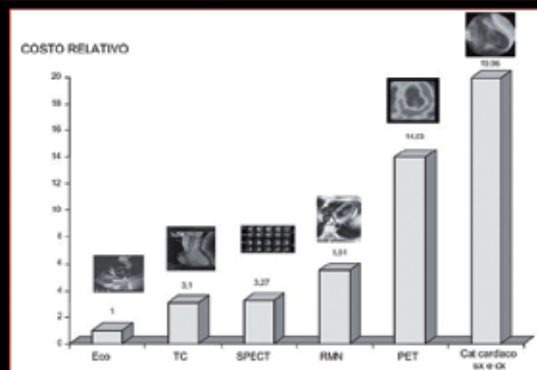
di Jacopo Dalle Mule

Pieve di Cadore, Piazza Tiziano dopo una grande nevicata



Costo Relativo delle Metodiche di Imaging in Cardiologia

Picano E. *G Ital Cardiol* 2009



Le nuove modalità rivoluzionarie di imaging offrono un'opportunità unica di migliorare la diagnosi e le strategie di gestione clinica

Ma creano anche delle sfide nella selezione dei pazienti, nel training clinico, nell'integrazione con modalità consolidate di imaging, nell'utilizzo delle risorse e nel rapporto costo/efficacia

Si è tenuta a Pieve di Cadore (Belluno) il 4 dicembre 2009 la riunione semestrale dei Casi Clinici dell'ANMCO Veneto, che ha visto la partecipazione attiva di dodici Cardiologie, con presentazioni focalizzate per lo più sul ruolo dell'imaging nella gestione dei cardiopatici. Sono stati raggiunti gli obiettivi istituzionali di promozione della buona prassi clinica, dell'educazione professionale e della formazione dei propri associati, grazie anche alle lezioni magistrali del Prof. Eugenio Inglese, Direttore della Medicina Nucleare di Novara e del Dott. Sante Delle Grottaglie dell'Università Federico II di Napoli, in sostituzione del Prof. Pasquale Perrone Filardi, Chairman del "Working Group on Nuclear Cardiology and Cardiac Computed Tomography" della Società Europea di Cardiologia. L'imaging è stato considerato una delle undici maggiori conquiste mediche negli ultimi mille anni dal *New England Journal of Medicine* in un editoriale pubblicato all'avvio di questo millennio, poiché ha contribuito a cambiare la faccia della medicina

clinica. L'imaging cardiovascolare è di fatto diventato un caposaldo nella diagnosi e nel trattamento virtuale di tutti i pazienti con cardiopatia fin dall'inizio del XX secolo. Le tecniche di imaging hanno trasformato e continueranno a trasformare la gestione dei pazienti con malattie cardiache e vascolari, perché nessuna di esse è statica, tutte infatti vanno incontro a perfezionamenti e a miglioramenti progressivi. L'imaging CV è una sorgente di innovazione e di controversia nella comunità sanitaria. In questi anni abbiamo assistito ad un rapido incremento e ad una evoluzione continua delle tecniche diagnostiche, e questo è un cambiamento positivo, perché ha migliorato la pratica medica. I Cardiologi ed i Radiologi infatti sono ora in grado di ottenere immagini di alta qualità che descrivono in dettaglio l'anatomia coronarica senza il bisogno di strumentazioni invasive, la funzione miocardica e la perfusione, e definiscono il rischio di eventi clinici maggiori. Allo stesso tempo c'è la preoccupazione che la rapida disseminazione e crescita dell'imaging CV e dei costi associati non sia solo

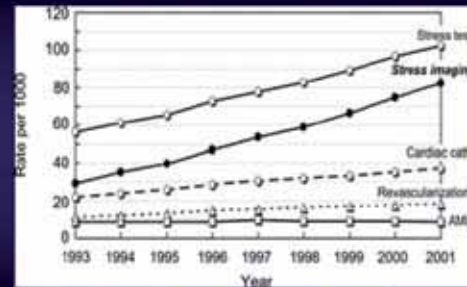
Riferimenti di esposizione media dei pazienti indagati con tecniche irradianti

Test di imaging cardiaco	Dose media effettiva (mSv)
Gated-SPECT per lo studio di perfusione miocardica con traccianti Tecnecio (Sestamibi o Tetrofosmin) (per singolo esame effettuato con 370 - 555 MBq di ^{99m}Tc) (1)	7 - 8
PET/CT ^{18}F -FDG per lo studio di vitalità miocardica (low dose CT del torace + endovena di 370 MBq ^{18}F -FDG) (2)	8 - 9
Angiografia coronarica con MDCT 64 strati (3)	6 - 12
Coronarografia convenzionale (4)	5 - 9

- 1) EANM/ESC procedural guidelines Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2005
- 2) Ibric G J Nucl Med, 2005
- 3) McCollough CH Radiology, 2007
- 4) Coles DR J Am Coll Cardiol, 2006

Increase in diagnostic procedures

Does cardiovascular imaging represent added value or added cost?



Lucas FL, et al. Temporal trends in the utilization of diagnostic testing and treatments for cardiovascular disease in the United States, 1993-2001. *Circulation* 2006

derivante da questi miglioramenti né dall'invecchiamento della popolazione e nemmeno dal cambiamento della prevalenza / incidenza delle malattie, ma sia dovuta in parte anche ad altri fattori. Fra i motivi aggiuntivi vi sono l'attività imprenditoriale dei Medici, la pratica della Medicina difensiva per ostacolare le cause medico - legali e il potere dei pazienti che richiedono i test sotto la spinta incessante dei media e dell'industria. C'è inoltre la preoccupazione che l'imaging possa essere dannoso. L'esposizione della popolazione statunitense alle radiazioni ionizzanti è aumentata progressivamente in questi anni, passando da una dose effettiva all'individuo da 3.6 a 6.2 mSv fra il 1980 ed il 2006 secondo il rapporto 160 del National Council of Radiation Protection. L'esposizione per ragioni mediche in questo periodo si è più che triplicata, poiché è passata dal 15% al 48% della dose effettiva. L'imaging rappresenta un valore aggiunto o un costo aggiunto nel miglioramento della prognosi nei pazienti? Nonostante l'ampia applicazione, il valore dell'imaging in termini di miglioramento dell'outcome o di riduzione degli eventi cardiovascolari rimane soggettivo, con evidenza limitata, spesso prodotta con una meto-

dologia di studio imperfetta. Mentre le misure preventive di modificazione dei fattori di rischio di aterosclerosi e le terapie spiegano rispettivamente il 44% e il 47% della riduzione della mortalità coronarica negli Stati Uniti (che è passata da 543 a 267/100.000 nei maschi e da 263 a 134/100.000 nelle femmine nell'arco di tempo di venti anni, dal 1980 al 2000), è impossibile collegare un test di imaging al miglioramento prognostico che si è avuto nella cardiopatia ischemica. I benefici dell'imaging cardiovascolare possono essere controbilanciati da una bassa qualità o da una indicazione inappropriata all'esame. Le ragioni di una scarsa performance di una tecnica diagnostica sono spesso scarsamente giustificabili e derivano da una mancata conoscenza approfondita sugli standard di acquisizione o dalla inaccurata o confusa refertazione delle immagini. Questi problemi sulla qualità indicano la necessità di accreditamento dei laboratori e della certificazione degli specialisti in imaging. L'uso inappropriato delle tecniche può derivare da molte cause, fra cui abitudini consolidate di pratica quotidiana, opinioni personali e autoreferenzialità; tutti questi fattori possono contribuire ad aumentare in

maniera esagerata il volume di indagini di imaging. La nuova era dell'imaging è inoltre un eccellente esempio di come una tecnologia costosa venga accettata con entusiasmo, ma spesso senza un'appropriata evidenza scientifica. Recentemente si è riconosciuta la necessità di investigare l'affidabilità, la qualità e l'appropriatezza dell'uso clinico di queste nuove tecnologie prima che vengano applicate estesamente. Come riuscirà l'imaging cardiovascolare a cambiare la pratica della Cardiologia? C'è un consenso crescente sul fatto che è arrivato il tempo di considerare l'imaging in una maniera più esaustiva e completa, unita. L'imaging deve essere studiato con trial nel contesto di strategie di trattamento e gestione dei pazienti, con misurazioni di performance e con la ricerca di effectiveness comparativa. Le nuove generazioni di specialisti vanno addestrate nell'imaging multimodale e nell'adozione dei criteri di appropriatezza per la scelta, senza pregiudizi, della metodica più opportuna al fine di risolvere il problema clinico del singolo paziente e per permettere un uso selettivo delle tecniche più costose ed invasive.

Andrea Di Lenarda intervista Fulvio Camerini

I due giorni che abbiamo passato insieme ai recenti Stati Generali ANMCO di Santa Trada di Cannitello (Villa San Giovanni - RC) sono stati per me anche la splendida occasione di trascorrere alcune ore con il Prof. Camerini, mio maestro e persona credo per tutti fuori dal comune. Ha partecipato con entusiasmo ed attenzione ai due giorni di lavori, è intervenuto più volte dicendo cose mai banali, sempre pervase di grande esperienza e saggezza, ispirate da una rigorosa analisi dei fatti e rigore scientifico. Quest'uomo non finisce mai di stupire. Tra Sessioni e coincidenze aeree ho raccolto alcune sue riflessioni.

Caro Camerini, l'esperienza inglese negli anni della tua formazione è stata molto importante. Ci ricordi qualcosa di quel periodo?

La mia esperienza inglese risale all'ormai molto lontano 1953 ed è stata per me (ma credo anche per le persone che hanno lavorato con me) qualcosa di estremamente importante. Ha - ne sono certo - cambiato alcuni aspetti della mia vita e del rapporto con la Clinica, la Cardiologia, la Ricerca. Io vorrei ricordare quali erano i tempi. L'Italia usciva da un lungo periodo di autarchia culturale, buona parte del mondo medico faceva ancora riferimento alla Medicina mitteleuropea, la medicina e la Cardiologia anglosassone erano poco note per non parlare del dogmatismo e dell'autoritarismo accademico nei riguardi del quale non erano stati ancora sviluppati anticorpi efficaci. Ho avuto la fortuna di frequentare per tre mesi il National Heart Hospital, un vecchio ospedale da un punto di vista strutturale ma al quale afferivano molti dei migliori Cardiologi inglesi. In quegli anni la Cardiologia inglese veniva considerata, da un punto di vista clinico, come la migliore del mondo. C'erano delle personalità di grande cultura e di grande creatività. Tra queste vorrei ricordare

Paul Wood che per molti anni, anche dopo la sua morte, è stato considerato come la persona che ha introdotto nella Cardiologia Clinica rigore e metodo scientifico. Il suo libro "The Heart" è stato per me per molti anni una piccola bibbia e meriterebbe anche oggi una attenta rilettura. Le cose che mi hanno colpito: innanzitutto la semeiologia clinica, prassi al giorno d'oggi considerata ingiustamente superata, era molto raffinata. Paul Wood sapeva dedurre dall'analisi quantitativa e morfologica della pressione venosa osservata a livello delle vene del collo, dalla palpazione e dall'ascoltazione del cuore tutta una serie di dati fisiopatologici e assai pochi sarebbero oggi capaci di fare un tale esercizio intellettuale e culturale. Lo stesso rigore metodologico valeva per la ricerca. Nei lavori che avevo intrapreso nell'Ospedale di Hammersmith (che era la sede della Royal Postgraduate Medical School di Londra) dovevano venire rigorosamente indicati gli obiettivi della ricerca, i metodi, i criteri di selezione della casistica ecc. Il responsabile della Cardiologia Clinica era allora il Dott. John Forrest Goodwin, divenuto poi il primo Professore di Cardiologia del Regno Unito, con il quale ho lavorato per quasi un anno, stabilendo dei rapporti di amicizia e di colleganza scientifica. John è stato più volte da noi ospite in Italia ed ha presieduto due importanti Congressi internazionali, dedicati alla cardiomiopatie. Un approccio così rigoroso potrebbe venir considerato al giorno d'oggi come scontato. Vorrei però a questo proposito ricordare che in quegli anni in Italia la ricerca cardiologica era alquanto modesta e assai pochi i lavori pubblicati a livello internazionale. Non esisteva un severo filtro obiettivo per la pubblicazione dei lavori, prassi che è stata introdotta nel nuovo "Giornale Italiano di Cardiologia" che ha avuto come Direttore Fausto Rovelli e Redattore capo Giacomo Binda. L'altro aspet-



to infine era quello dei rapporti interpersonali. Nel nostro paese era alquanto diffuso il vizio di un supino conformismo nei riguardi del potere accademico, e la critica veniva malamente accettata, mentre nella comunità anglosassone l'espressione critica e la discussione aperta erano allora prassi quotidiana.

Tu sei stato uno dei padri fondatori della Cardiologia italiana. Una tua testimonianza.

Io ho avuto la fortuna di vedere e partecipare, dopo alcuni anni di lavoro in Medicina Interna (che tra l'altro mi è stata ed è ancora molto utile), alla nascita della Cardiologia ed al suo anche tumultuoso sviluppo. Esso è legato in gran parte all'impegno ed alla lungimiranza di tante persone fra le quali vorrei ricordare Vittorio Puddu, Fausto Rovelli, Enzo Masini, Giorgio Feruglio, Pierluigi Prati e molti altri. Ci sono stati in questo sviluppo alcuni snodi in particolare la nascita dell'ANMCO che è stata fondamentale per la creazione di quella rete cardiologica italiana alla base di tanti positivi risultati raggiunti dalla nostra Cardiologia. Risultati innanzitutto clinici (che hanno permesso di risolvere o migliorare i problemi di salute di tanti nostri concittadini) ma anche nella ricerca. Negli anni '50 chi veniva dall'Italia veniva considerato un "pellegrino" proveniente da un paese culturalmente "in via di sviluppo". Pensiamo quanti passi abbiamo fatto da allora considerando che la nostra Cardiologia si confronta oggi alla pari e con successo con i principali paesi europei. Un'altra tappa importante è stata la citata fondazione del "Giornale Italiano di Cardiologia" e l'avvio di studi cooperativi quali il GISSI, che continua ad essere un riferimento importante della terapia cardiologica degli ultimi decenni.

Questo è un tema importante: alla ricerca ed alla didattica hai dedicato molto della tua vita.

Io sono innanzitutto profondamente convinto che la ricerca (come è stato detto da un mio amico pakistano) è uno "state of mind" e che, introducendo metodologie rigorose, migliorano l'assistenza e gli standard di qualità. Nello stesso modo l'insegnamento non dovrebbe essere monopolio di nessuno perché la trasmissione delle conoscenze è uno

dei compiti irrinunciabili di qualsiasi Medico. Ho appreso queste cose anche in alcuni Seminari dedicati al moderno insegnamento della Medicina fra i quali quello con Guilbert, che era il Direttore della Sezione pedagogica dell'OMS che mi ha aperto ampie visioni sui fini e sui metodi dell'insegnamento. «Noi non siamo qui per insegnare ma per aiutare ad apprendere». Ho cercato di applicare alcuni di questi principi nell'insegnamento della Cardiologia pre-Laurea e nella Scuola di Specializzazione che finalmente è diretta da Gianfranco Guarnieri. Ritornando alla ricerca una esperienza molto interessante è stata il mio coinvolgimento nel Working Group della ESC "Myocardial and Pericardial Diseases", dove ho svolto il ruolo di Segretario e successivamente di Co-Chairman e Chairman nonché di membro; sono stato quindi Segretario dell'International Council of Cardiomyopathies. Questi ruoli mi hanno permesso di stabilire rapporti scientifici e di amicizia con figure eminenti della Cardiologia europea ed americana e sono stati alla base di alcuni interessanti studi cooperativi come pure l'organizzazione di Tavole Rotonde e o Simposi della Società Europea di Cardiologia nella quale avevamo cercato di integrare la ricerca di base con la clinica.

Ci ricordi come è nata e come è cresciuta la Cardiologia a Trieste?

Le cose che ho appreso ho cercato di tradurle a livello triestino. Il punto di partenza della Cardiologia a Trieste era stato a metà degli anni '60 più che modesto: 1 stanza + 1 elettrocardiografo + 1 defibrillatore + 1 stimolatore. Le cose sono progressivamente cresciute e profondamente cambiate e attualmente il Polo Cardiologico è una struttura moderna che è sorta anche per la lungimiranza di alcuni Assessori alla Sanità Regionale e che ha visto la sua ideazione e realizzazione come risultato di una interazione tra mondo medico e architetti. In particolare noi (anche dopo aver visto alcune moderne Strutture cardiologiche) abbiamo identificato e schematizzato funzioni ed interrelazioni di un moderno Dipartimento di Cardiologia e, lavorando assieme, un architetto (Gigetta Semerani) capace, esperto ed intelligente, ha strutturato i "muri" che quelle



funzioni contenevano. Lo schema delle varie Sezioni è stato successivamente esposto al giudizio critico di chi (i Medici, le Caposala, gli Infermieri) in quelle sezioni avrebbe operato. È stato questo processo integrato “maieutico - democratico” non calato dall’alto, che ha portato al nostro nuovo Dipartimento di Cardiologia. Naturalmente devo ricordare tante persone, mediche e non mediche, che hanno lavorato con me fin dall’inizio in questi anni. Molte hanno assunto ruoli importanti fra i quali vorrei ricordare Luisa Mestroni, Professore di Genetica all’Università del Colorado, Silvio Klugmann, Direttore di una delle Cardiologie del Niguarda, Gianfranco Sinagra, che brillantemente dirige la Cardiologia di Trieste e naturalmente tu che mi stai intervistando. Non mi piacciono i discorsi paternalistici, ma vedere che chi viene dopo di te è meglio di te non può che renderti molto contento. L’interazione inoltre, tra una avanzata Cardiologia ospedaliera e una parallela Cardiologia nel territorio, che tu stai in questo momento valorizzando e potenziando - un vero modello Trieste, che spero potrai presentare fra non molto - rappresentano, io credo, un esempio di cosa si può fare per favorire l’integrazione ospedale - territorio e la tanto auspicata continuità terapeutica. Naturalmente non abbiamo mai dimenticato l’impegno nella ricerca, l’attivazione di alcuni Registri (che sono ormai attivi da più di trent’anni), nonché tutta una serie di collaborazioni nazionali ed internazionali (Denver, Londra, Parigi, Tokio, ecc). Tutte queste attività ci hanno permesso di raggiungere importanti risultati in campo scientifico.

Tu ci hai insegnato l’importanza di cercare sempre un approccio globale al paziente, di conservare la capacità di ascolto, di salvaguardare in altre parole il classico rapporto medico - paziente, senza commettere l’errore di cadere nel tecnicismo e nell’iperspecializzazione.

Certo, un altro aspetto che non abbiamo mai dimenticato e quello della umanizzazione delle cure. Mi sembra evidente che la grande evoluzione della Medicina esplosa intorno agli anni ‘70 - ‘80 ha interessato tutta la Medicina ma in

maniera totalizzante la Cardiologia che, da una delle tante branche della Medicina Interna, si è trasformata in una complessa disciplina caratterizzata da ulteriori specializzazioni e superspecializzazioni. Tale situazione condiziona tutta una serie di conseguenze che vanno dalla organizzazione del lavoro che deve basarsi sempre più sul consenso, sulle reciproche interazioni, e se vogliamo anche sul crepuscolo e le gerarchie tradizionali. Tutto ciò ha portato inoltre a un cambiamento dei rapporti fra il singolo malato e chi lo cura, malato che si affida, specialmente se grave, ad una Struttura, a una equipe dove più debole e incerto può essere il rapporto con il singolo Medico che lo cura, lo guida e lo consiglia. Bisogna naturalmente fare attenzione al fatto che il Cardiologo postmoderno, ricco di tecnologie, che conosce bene alcuni problemi dell’organo malato ma alle volte non quelli del malato stesso, rischi di trasformarsi in un Cardiologo tecnocratico, che trascura o ignora le complessità e le problematiche cliniche e psicologiche dei pazienti come persone ed è incapace di valutare il malato nella sua globalità. In altre parole l’irruzione della tecnologia e delle sue sofisticate applicazioni può ridurre la doverosa empatia del Medico e la sua capacità di interessamento e comprensione degli altri. Tutto ciò rientra nella crisi del rapporto medico - paziente che è stata identificata e analizzata da più parti. Del resto negli USA il “New York Times” ha scritto «Un recente coro di malcontento suggerisce che l’onorato (passato) rapporto medico - paziente è ormai naufragato» dato anche che molti Medici privilegiano la specialità «orientate sulle procedure» mentre la grande maggioranza dei malati, nel corso ed alla fine della loro vita hanno bisogno (come ricorda il “New England Journal of Medicine”) di medici che concentrano la loro attività e interesse «sulle persone che hanno la malattia e non solo sulle malattie che si hanno». Queste problematiche sono state sempre presenti nella mia mente e nel mio operare così come lo sono, e ciò mi rende molto contento, nelle persone che adesso conducono la Cardiologia ospedaliera e territoriale di Trieste e l’equipe ad esse afferenti.



Scusami, ma non posso non chiederti una riflessione sul tuo grande "tradimento" con la politica...

Tu, caro Andrea, tocchi un punto che mi ha posto notevoli problemi esistenziali e di coscienza, riguardanti un differente rapporto con la comunità. Si dice sempre che la politica è in mano a troppi mestieranti, che la società civile dovrebbe impegnarsi di più, che le persone che hanno raggiunto certi ruoli e competenze nella comunità non dovrebbero disinteressarsi, ma semmai impegnarsi attivamente nei riguardi di quello che viene chiamato il bene comune, di espletare un servizio per la comunità. In quel particolare momento storico, eravamo nel 1996, quando molti partiti erano stati investiti dalla crisi chiamata "tangentopoli", avevo pensato che era giusto impegnarsi in rapporto a quelle che erano alcune mie idealità di una società aperta, pulita e solidale. Per questo ho detto sì a una serie di inviti e sollecitazioni in questo senso. Del resto nel mio impegno politico globale, accanto anche a risposte a molteplici richieste e bisogni del nostro territorio, non ho dimenticato i problemi della Sanità contribuendo alla Legge della Sanità "ter", alla creazione delle Aziende miste Ospedale - Università, alla valorizzazione del ruolo della professione infermieristica, alla formazione permanente, alla donazione d'organo, alla correzione delle storture della legge sulla fecondazione assistita. Ho fallito e non sono state portate a termine due leggi che avevo proposto e cioè la creazione degli Ospedali di insegnamento e una legge che rendesse moderno e obiettivo l'Esame di Stato. Per tali ragioni, nella convinzione di avere fatto, nel bene e nel male, un servizio alla comunità, non mi sento di avere tradito né i miei concittadini, né te, né tutti agli altri a cui mi legano profondi rapporti di affetto e stima.

Camerini, vorrei che tu chiudessi questa intervista con qualche prezioso consiglio per i nostri giovani colleghi Cardiologi.

Io credo che un Cardiologo giovane o vecchio dovrebbe sempre ricordare che:

- chi ha scelto di fare il Medico ha stipulato un patto con

i malati che a lui si affidano, patto basato sulla fiducia reciproca e sulla condivisione delle scelte di un percorso comune. In altre parole la Medicina paternalistica deve essere solo un ricordo dei tempi passati;

- un buon Cardiologo deve saper gestire la complessità delle malattie, il che significa innanzitutto conoscere, saper applicare le conoscenze, sviluppare le competenze, dialogare, comunicare, condividere;

- la rapida evoluzione dei saperi, la complessità delle relazioni tra gli organi sani e malati, le sempre nuove conoscenze in tema di fisiologia e fisiopatologia, devono spingere il Cardiologo moderno a non orientare la propria formazione esclusivamente verso le superspecializzazioni ma tutti dovrebbero sforzarsi di conoscere ed approfondire la clinica delle malattie cardiovascolari, la terapia e la prevenzione; a questo proposito è da ricordare ciò che è stato suggerito ancora anni fa dalla Comunità Europea, cioè che lo Specialista dovrebbe arrivare alla Cardiologia dopo un periodo di training adeguato in Medicina Interna;

- tutti devono, dopo la Laurea, sentirsi impegnati in un continuo processo formativo, di educazione permanente; ciò non è solo un dovere del Medico ma anche un diritto del malato;

- una buona assistenza, uno spirito di ricerca, la trasmissione delle conoscenze rappresentano un inscindibile complesso che dovrebbe essere la base del quotidiano operare;

- chi è attivo in una superspecialità deve sapere resistere alle lusinghe del particolare e degli interessi distrettuali che privilegiano scelte contingenti, e temere il rischio della frammentazione dei saperi, trovando piuttosto occasioni di confronto, scambio, arricchimento in un sistema integrato che possiamo chiamare dipartimento cardiovascolare;

- la maggior parte delle malattie cardiache sono protratte nel tempo ed alternano fasi di stabilità ed instabilità e anche l'assistenza e le terapie seguono questo corso. Ciò richiede una oculata e saggia continuità terapeutica che significa la collaborazione e la condivisione tra tutte le figure professionali che si sentono impegnate a questo scopo.



Il testamento biologico Diritto e cultura a confronto in tema di morte

di Paola Rizzuto

Le “Direttive anticipate di fine vita” o D.A.T., “Disposizioni Anticipate di Trattamento”, sono lo strumento tecnico per documentare la volontà del paziente, anche in relazione a situazioni future. Tali quindi sono le attestazioni, rendibili in varia forma e revocabili in qualsiasi momento, attraverso le quali un soggetto, nella pienezza della capacità di intendere e volere, predetermini le prestazioni e gli interventi medici cui vorrà o meno essere sottoposto nel caso in cui, per il sopravvenire o l’aggravarsi di una patologia, non sia più in grado di esprimere la propria volontà. In tale ambito si colloca la discussione sul c.d. testamento biologico o living will o testamento di vita, istituito, conosciuto nell’esperienza di altri ordinamenti e negli ultimi anni oggetto di diverse iniziative, disegni e testi di legge, anche recenti (n.b. proprio il 12 gennaio

2010, la Camera, in Commissione Affari Sociali, è tornata ad occuparsi della legge sul testamento biologico testo che, ricordiamolo, fu approvato in prima lettura dal Senato il 26 marzo 2009). In Italia non esiste una regolamentazione esplicita del testamento biologico, ma esprimere la volontà in maniera tanto formale può essere considerato vincolante. Per cui se è vero che il living will potrebbe rappresentare la condizione ideale di autonomia, in quanto il paziente prende la decisione con lucidità non essendo ancora in stato di incapacità, resta il problema giuridico che una tale decisione viene presa in modo in un momento in cui non c’è un reale stato di malattia e sofferenza. L’assenza di un’organica disciplina legislativa e l’approccio a tematiche di bioetica e di scienza medica non di rado permeato da pregiudiziale ideologismo e conservatorismo culturale, ha

reso problematico l'introduzione dello strumento delle direttive anticipate (D.A.T.) espresse da soggetti capaci di intendere e volere, che contengano, in vista di una futura incapacità, la negazione del consenso a trattamenti terapeutici e sanitari da effettuarsi, mettendone fortemente in discussione la loro validità. In verità, il tema della morte è particolarmente difficile da affrontare sotto un profilo squisitamente giuridico e del diritto, in quanto profondamente intriso di principi etici e religiosi che finiscono con il concedere uno spazio veramente residuale al giurista che vi si appropria, restando molto difficile tradurre in norme una questione che afferisce al piano dei valori. Ed invero il diritto alla vita è, al pari di quello alla morte, un diritto dell'uomo: ogni uomo ha diritto di scegliere come vivere e come morire. Ed è qui che sul piano culturale si scontrano i due filoni di pensiero, l'approccio dei bioeticisti di formazione cattolica, imperniato sulla "sacralità della vita" e quello dei laici imperniato invece sulla "disponibilità della vita". E dunque: "difendi la vita" o "difendi la qualità della vita"? Partendo dal presupposto che non è davvero possibile ricondurre ad unità i dibattiti portati avanti dai bioeticisti e dai laici, lo sforzo sarà quello di cercare di concentrare l'attenzione sui diritti del paziente in termini squisitamente giuridici, proiettando il discorso sulle condotte giuridicamente rilevanti rispetto al malato terminale. Nella pratica clinica la questione dei diritti dei morenti si pone sempre più spesso, in quanto nella società odierna il morente è sempre più

spesso un paziente ospedalizzato, tanto evidentemente ha una forte incidenza sulla percezione della malattia del pari agli sforzi terapeutici per tentare di combatterla. Una premessa semplice, ma doverosa prima di affrontare un tema così complesso, è la seguente: la vita e la salute sono beni affidati alla persona che ha il dovere di custodirli, perciò il paziente è responsabile della propria vita e della propria salute, il medico è solo il professionista da lui scelto liberamente, che all'interno di un rapporto di natura contrattuale a contenuto sanitario instaurato con quest'ultimo, lo aiuta a curare e/o prevenire la sua malattia! Di qui la centralità ed importanza rivestita dal cosiddetto consenso informato e consapevole del malato all'atto medico, parte del più ampio principio della libertà personale. Il principio di libera determinazione della persona ha come necessaria implicazione il riconoscimento anche della facoltà di rifiutare o di far cessare le cure mediche, lasciando che la malattia faccia il suo corso anche fino alle estreme conseguenze. La barriera che per lungo tempo si è frapposta al riconoscimento di questo diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente è consistita, in particolare, nella tradizionale concezione paternalistica della scienza medica, che vedeva il paziente in posizione di soggezione, quale mero destinatario di scelte terapeutiche di esclusiva competenza del sanitario. Ciò veniva giustificato sulla base dell'ordinaria assenza di cognizioni scientifiche in capo al paziente, e dell'impatto emozionale che la patologia, specie se

di particolare gravità, poteva avere, con conseguente alterazione della capacità di assumere decisioni in piena lucidità e ragionevolezza. Oggi diritto, morale e deontologia medica concordano invece nell'affermare che la decisione ultima circa le attività terapeutiche da intraprendere spetta al malato, attraverso la manifestazione di un proprio valido consenso che è significativamente qualificato come "informato" proprio in ragione della relazione che dovrebbe sussistere tra paziente e medico. In termini di responsabilità, il consenso è una condizione di liceità (o meglio una scriminante) dell'attività medico-chirurgica dal momento che, nel nostro ordinamento, non è attribuito al medico un "diritto di curare" l'ammalato. L'obbligo di cura che grava sul medico, infatti, ai sensi dell'art. 40, comma 2, c.p., oltre a trovarsi in contrasto con la posizione di privilegio e di preminenza assunto dal paziente nei confronti del medico, sconta la difficoltà di individuare una fonte normativa che sancisca il dovere di intervento del sanitario. L'obbligo giuridico del medico di cui all'articolo in questione non è quello di impedire la morte, ma quello di impedire che il paziente rimanga privo della corretta offerta dei trattamenti possibili e dell'attuazione di quelli che accetta. Si può prescindere dal consenso informato del paziente solo in caso di trattamento sanitario per legge obbligatorio e di urgenza terapeutica tale che il ritardo determinerebbe un grave rischio alla salute e, a date condizioni, nella ipotesi in cui il malato non sia in grado di esprimere alcuna volontà. Il principio de quo ha

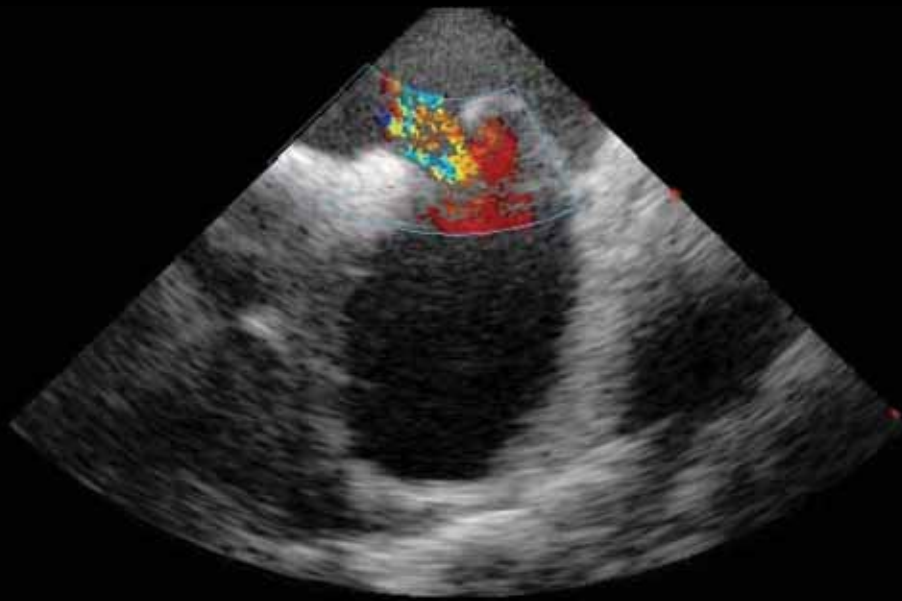
oramai un solidissimo fondamento positivo nelle norme della Costituzione (art. 2, 13, 32), nella legislazione ordinaria, L. 23 dicembre 1978 n. 833 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), art. 1, 33, nel diritto internazionale (Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, siglata a Oviedo il 4 aprile 1997; Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, adottata a Nizza il 7 dicembre 2000), nel diritto vivente (Cfr. Cass. 15 gennaio 1997 n. 364, in Giur. it., 1998, 37; Cass. 14 marzo 2006 n. 5444, Cfr. anche Cass. 11 luglio 2002 n. 26646), nello stesso codice di deontologia medica del 2006, all'art. 35. Sul sanitario, quindi, incombe l'onere di documentare come il paziente sia stato reso consapevole dei rischi derivanti dal suo intento di curarsi o di non curarsi o di non più curarsi con mezzi straordinari. D'altra parte, tentare di trasformare il diritto alla salute in un dovere contrasterebbe proprio con la dizione dell'art. 32, comma 2, Cost., che dispone la non obbligatorietà (e perciò non la doverosità) dei trattamenti sanitari ed inoltre, la previsione di un obbligo di cura e di tutela della salute, contrasterebbe con la natura personalistica dei diritti "inviolabili" dell'uomo (art. 2 Cost.) inviolabili, evidentemente, anche da parte dello Stato. Partendo dall'incipit del comma 2, art. 32 Cost., «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario», il formante giurisprudenziale teso a valorizzare il principio di autodeterminazione ha ricevuto definitiva consacrazione proprio nella recente pronuncia di legittimità, Cass. 16

ottobre 2007, n. 21748 che, in prospettiva del tutto innovativa rispetto al passato, ha affermato, infatti, che: «il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale.» Con ciò viene ribadito, pure, che i pazienti in stato di incoscienza non scadono dalla loro condizione di persone con tutto il loro corredo di diritti, ma la questione diviene come può essere tutelato il loro diritto all'autodeterminazione terapeutica. Fondamentale è che una volontà rispetto ai trattamenti terapeutici esista, poi che di essa possa essere data prova certa circa il contenuto attraverso, appunto, le sopra richiamate dichiarazioni di volontà anticipate (D.A.T.), dal momento che il principio costituzionale di autodeterminazione non distingue, ai fini della sua protezione, tra volontà attuale e anticipata. L'autodeterminazione terapeutica certa e documentata, insomma, dovrebbe rappresentare il vincolo preventivo a cui legare saldamente qualsiasi decisione politica e giudiziaria in materia di fine vita, scongiurando il rischio di farsi sedurre da pericolose interpretazioni emotive che, sotto la pressione dei casi concreti, si muovano nella direzione della sufficienza della volontà presunta adducendo argomenti quali il bene ed il miglior interesse per il paziente. È certo vero che il medico - nonostante la ormai totale contrattualizzazione del rapporto con il paziente - non può essere assimilato a un falegname o a

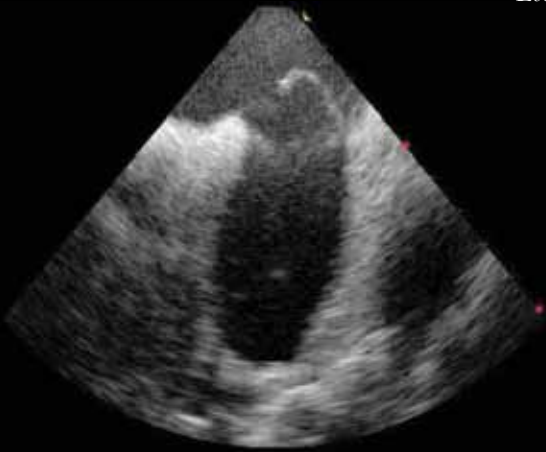
un imbianchino, al quale si dettano istruzioni sul tipo di commessa impartita. In tal senso sembra dovuta la prudenza della Suprema Corte, già citata, Cass. Civ., Sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748, quando dice che, «di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio [...] per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza o sofferenza», ma rimane indiscutibile che, allorché il rifiuto sia informato, autentico e attuale, «non c'è possibilità di disattenderlo in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico». Epperò, ogni ragionamento sul tema deve tenere in considerazione due aspetti: a) i pazienti terminali, consci dell'inevitabilità del proprio decorso, ma prostrati dalla gravità della malattia o dall'insostenibilità della situazione, non sono emotivamente capaci di esercitare il proprio legittimo diritto ad una scelta autonoma; b) il paziente che ha espresso una propria volontà in tal senso, potrebbe voler mutare la sua decisione una volta direttamente coinvolto nella specifica situazione, oppure potrebbe voler essere animato, ma non poterlo più esprimere, facendo testo la sola decisione presa in precedenza con la sottoscrizione del living will. La responsabilità che si attribuisce al medico, dunque, è ben più grande di quella che potrebbe emergere in relazione ad un procedimento civile, penale o disciplinare, egli deve cioè concorrere al formarsi della capacità di autodeterminarsi e che essa non si perda alla fine della

sua esistenza, perché solo così facendo quell'uomo, paziente terminale, verrà rispettato nella sua dignità! Da una parte, quindi, si ha il rispetto della dignità umana ed il diritto all'autodeterminazione garantito dagli artt. 13 e 32 della Costituzione, donde, anche in casi di emergenza, andrebbe sempre rispettata la volontà morale del soggetto, quand'anche vi fosse un imminente pericolo di vita. Dall'altra, l'art. 580 c.p. che incrimina la condotta di «chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito al suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione», ovvero l'art. 579 c.p. che prevede la fattispecie dell'omicidio del consenziente e l'art. 575 c.p. per il caso che il fatto sia commesso «contro un minore di diciotto anni o una persona inferma di mente o nei confronti di colui al quale il colpevole ha estorto il consenso con violenza o suggestione». Ora nell'ambito di queste norme deve essere valutata la condotta del medico che volontariamente ometta di prestare terapie e cure ordinarie in caso di urgenza ovvero il cosiddetto «omicidio per pietà», ossia dell'atto eutanasi, nei casi di morte liberatrice chiesta o consentita dal paziente, sebbene la norma, l'art. 579 c.p., non parla propriamente di eutanasia, dalla Relazione Ministeriale al codice penale, è detto chiaramente che «non c'è motivo di distinguerla» dalla fattispecie dell'omicidio del consenziente. L'unico rimedio, anche in questi casi, dovrebbe essere quello di non rinunciare alla certezza del diritto e dei diritti per l'urgenza e la pietà suscitata dai singoli casi, bensì predisporre una disciplina legislativa che,

dando pieno riconoscimento giuridico alle dichiarazioni di volontà anticipata, incentivi la riflessione e l'autodeterminazione di ciascuno sul proprio destino biologico. A conclusione di questo sintetico contributo che vuole essere un semplice canovaccio per un auspicabile dibattito più approfondito sul tema, con diverse professionalità a confronto, quel che è certo poter constatare in detta materia, è l'enorme spreco di energie da parte del sistema giudiziario complessivamente considerato (Tribunali, Corti, Cassazione), oltre ad un irrisolto carico di dolore, stress, angoscia, pena, sofferenza per il paziente, oltre che per i suoi familiari. La spiegazione di questo spreco di energie umane, oltre che del sistema giudiziario, parrebbe riconducibile ad una non corretta informazione giuridica, compendiabile nella mancanza di consapevolezza dell'introduzione nell'ordinamento giuridico dei nuovi strumenti di protezione delle persone disabili.

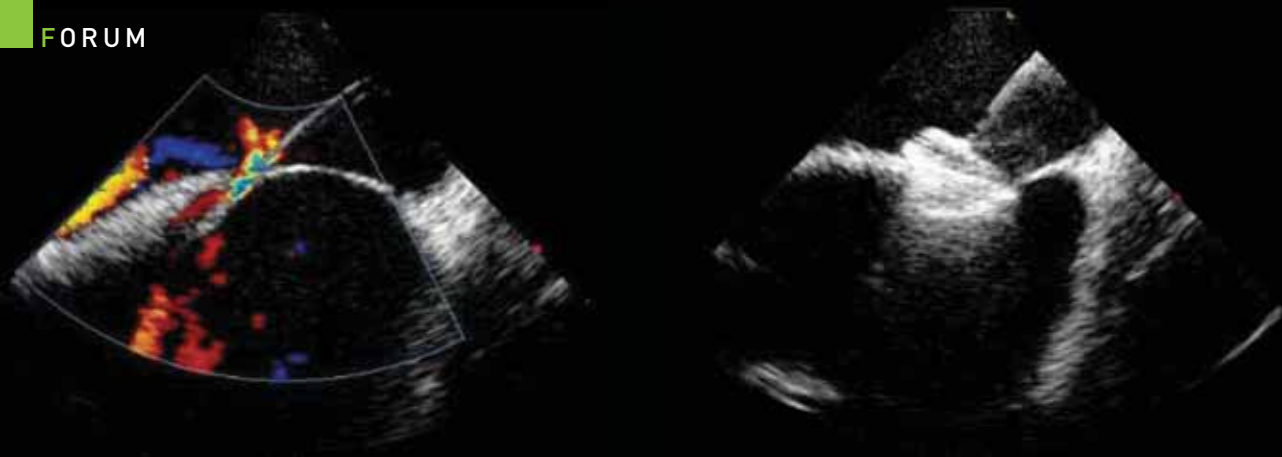


Ecocardiografia intracardiaca: DIA



Ruolo dell'ecografia intracardiaca nell'intervento di chiusura del difetto del setto interatriale tipo ostium secundum e del forame ovale pervio per via percutanea

di A. Rapacciuolo, M. A. Losi, E. Di Pietro, F. Esposito, G. Maresca, M.C. De Angelis, F. Piscione, M. Chiariello



Introduzione

Il Difetto del setto Interatriale (DIA) ed il Forame Ovale Pervio (FOP) sono alterazioni strutturali cardiache congenite caratterizzate dalla comunicazione fra l'atrio sinistro e l'atrio destro.

- Il DIA è una cardiopatia congenita molto frequente (1/1500 nati vivi) caratterizzata da una soluzione di continuo del setto interatriale e determina passaggio di sangue dalle sezioni sinistre alle sezioni destre cardiache secondo il gradiente pressorio. In relazione alla sede può essere classificato come DIA Ostium Secundum (OS); DIA Ostium Primum (OP); tipo seno venoso cavale superiore ed inferiore; tipo seno coronarico. Quando il DIA determina uno shunt emodinamicamente significativo ($Q_p/Q_s > 1.5:1$) il sovraccarico cronico di volume delle sezioni cardiache destre determina dilatazione delle camere cardiache destre ed iperafflusso polmonare con possibile insorgenza di aritmie come la fibrillazione atriale (per la dilatazione dell'atrio destro) e di vasculopatia polmonare da iperafflusso.⁽¹⁾

- Il FOP è una variante fisiopatologica di frequente riscontro nella popolazione adulta asintomatica (10 - 20%) in quanto è determinato solo dalla mancata fusione del septum primum con il septum secundum dopo la nascita. Non determina shunt sinistro - destro a riposo ma in condizioni particolari che determinano aumento della pressione atriale destra (come dopo

manovra di Valsalva) può associarsi ad uno shunt transitorio destro - sinistro. Questo meccanismo è alla base delle embolie paradosse (TIA ed ictus criptogenici) che possono verificarsi nel paziente con FOP.⁽²⁾

Attualmente sono disponibili sistemi di chiusura per il DIA tipo OS e per il FOP che rendono possibile il trattamento percutaneo di queste anomalie con ottimi risultati clinici (regressione della sintomatologia) con regressione della dilatazione delle camere cardiache destre a fronte di basso rischio di complicanze.

Tecniche di impianto transcatetere

Le tecniche di chiusura transcatetere di DIA e FOP utilizzano sistemi di chiusura che vengono inseriti mediante approccio femorale e rilasciati a livello del setto interatriale. Il dispositivo di chiusura è costituito da due dischi uniti da un piolo centrale che si posizionerà nella soluzione di continuo del setto nel caso del DIA o nel tunnel disegnato dai setti primum e secundum nel caso del FOP. I due dischi si accollano ai due versanti del setto interatriale. L'intervento di chiusura percutaneo del DIA è indicato solo per i DIA tipo ostium secundum che abbiano margini di grandezza sufficiente a consentire l'ancoraggio del device.⁽³⁾ L'intera procedura è eseguita sotto controllo ecografico transesofageo o intracardiaco e fluoroscopico.⁽⁴⁾

Controllo Ecografico

L'Ecocardiografia Transesofagea (TEE) o l'Ecocardiografia Intracardiaca (ICE) sono utilizzate come guida alla chiusura delle comunicazioni interatriali. Il TEE è la tecnica standard usata per determinare la posizione, l'anatomia e la grandezza del difetto e come guida all'impianto nelle procedure interventistiche intracardiache. Il monitoraggio TEE continuo durante tutta la procedura non può essere tollerato dal paziente che pertanto deve essere sottoposto ad anestesia generale. L'ICE rappresenta un metodo alternativo di monitoraggio durante interventi sul setto interatriale che può essere ben tollerato dal paziente conscio e consente un'ottima visualizzazione di altre strutture cardiache⁽⁵⁾.

Svantaggi: rischi e complicanze

L'unico svantaggio dell'ICE è rappresentato dall'elevato costo della sonda monouso. Tuttavia i numerosi vantaggi clinici ed il mancato ricorso all'ausilio dell'anestesista giustificano tale spesa.⁽⁶⁾ I rischi e le potenziali complicanze associate all'esecuzione dell'esame transesofageo in pazienti cardiopatici dovrebbero sempre essere considerati. Molti studi hanno riportato che in qualche caso durante l'esame TEE si sono verificati alterazioni emodinamiche ed aritmie ventricolari. In molti pazienti si è verificato un aumento della pressione sistolica immediatamente dopo l'introduzione della sonda in esofago, ma generalmente

Ecocardiografia intracardiaca: PFO

la pressione sanguigna decresce a livelli leggermente più alti dei valori di base durante la procedura. Durante l'esecuzione di Ecocardiografia Trans Esofagea bisogna sempre valutare la possibilità di sanguinamento esofageo traumatico soprattutto in caso di varici esofagee anche per la somministrazione di eparina necessaria durante la procedura interventistica. Pertanto l'esame transesofageo è sconsigliato in pazienti con patologie esofagee in atto, cirrosi epatica e diverticolo esofageo⁽⁷⁾. Inoltre il ricorso all'anestesia generale aumenta il rischio della procedura senza vantaggi apprezzabili nella qualità dell'imaging ottenuto.

Vantaggi

L'ICE riesce a fornire informazioni anatomiche molto dettagliate non solo del setto interatriale ma anche di altre strutture cardiache. La procedura è meno disagiata per il paziente rispetto al transesofageo in quanto non prevede anestesia generale e quindi intubazione orotracheale. I tempi di fluoroscopia si riducono a meno di 6 minuti, con conseguente riduzione dei rischi correlati alla somministrazione di radiazioni soprattutto per i giovani pazienti che sono più frequentemente candidati alla chiusura percutanea di questi difetti. Quindi sia la riduzione dei tempi di scopia che la possibilità di eseguire gli interventi a paziente conscio rendono le procedure percutanee guidate dall'ICE molto più sicure. Dopo l'impianto e prima del rilascio, si effettua un test

fluoroscopico ed ecografico per verificare che il sistema di chiusura non si inclini o non scivoli contro lateralmente. Questo rappresenta il momento centrale e fondamentale di tutta la procedura in quanto dal corretto posizionamento del sistema di chiusura dipende la possibilità di embolizzazione dello stesso con conseguenti serie complicanze. In questo stadio della procedura l'ICE è in grado di fornire informazioni dettagliate sul posizionamento del device. Il monitoraggio con TEE può essere più agevole in pazienti in età pediatrica che devono sempre e comunque eseguire la procedura in anestesia generale perché non complianti. Inoltre il trattamento invasivo di difetti multipli del setto interatriale con anatomia particolarmente complessa richiede uno studio multi planare che è possibile solo con il TEE.

Conclusioni

Il trattamento dei difetti interatriali e del forame ovale pervio per via percutanea richiede il monitoraggio mediante ecocardiografia. L'ecocardiografia transesofagea pur essendo molto efficace e da preferire nei casi anatomicamente complessi, presenta come svantaggio il ricorso indispensabile anche all'intubazione oro-tracheale. L'ecografia intracardiaca è molto meglio tollerata dal paziente, consente di ottenere immagini di qualità ottima ed abbrevia in maniera significativa i tempi della procedura. Nel nostro Istituto utilizziamo l'ICE

nel 90% dei casi di interventi sul setto interatriale riservando il TEE solo ai pazienti pediatrici o ai casi anatomicamente complessi.

Bibliografia

1. Kharouf R., Luxenberg DM, Khalid O., Abdulla R. "Atrial Septal Defect: Spectrum of care". *Pediatr. Cardiol.* (2008) 29, 271-280
2. Khositseth A., Cabalka AK, Sweeney JP, Fortuin FD, Reeder GS, Connolly HM, Hagler DJ: "Transcatheter Amplatzer device closure of atrial septal defect and patent foramen ovale in patients with presumed paradoxical embolism." *Mayo Clin. Proc.* 2004 Jn;79(1):15-20.
3. Felipe Hernández, Julio García-Tejada, Maite Velasquez, Agustín Albarrán, Javier Andreu, Juan Tascón "Intracardiac Echocardiography and Percutaneous Closure of Atrial Septal Defects in Adults". *Rev Esp. Cardiol.* 2008;61(5):465-70.
4. Patel A., Cao Q., Koenig P. and Hijazi Z. "Intracardiac Echocardiography to guide closure of atrial septal defects in children less than 15 kilograms". *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 68:287-291 (2006).
5. Chessa M., Butera G., Carminati M. "Intracardiac echocardiography during percutaneous pulmonary valve replacement". *European Heart Journal*, July 2008.
6. Bartel T., Konorza T., Arjiumand J., Ebradlize T., Eggebrecht H., Caspari G., Neudorf U. and Erbel R. "Intracardiac Echocardiography is superior to conventional monitoring for guiding device closure of interatrial communications". *Circulation* 2003; 107:795-797.
7. Matsuzaki M., Toma Y., Kusukawa R. "Clinical applications of transesophageal echocardiography". *Circulation* Vol 82, No 3, September 1990.

La “vertenza salute” per salvare il SSN

di Osvaldo Scarpino

Molte le problematiche che i Medici dovranno affrontare all'inizio del 2010

Troppe promesse fatte e non mantenute da chi aveva l'obbligo di dare soluzioni ai problemi della categoria

Le organizzazioni sindacali dei Medici e degli altri Dirigenti del SSN hanno dato il via alla “vertenza salute” per difendere e mantenere il SSN a garanzia del diritto alla salute.

Molte le problematiche che i Medici dovranno affrontare all'inizio del 2010 (contratto di lavoro del biennio 2008 - 2009, proroga della libera professione intramuraria, applicazione del Decreto Brunetta). La “vertenza Sanità” rappresenta il compendio di queste difficoltà. Tutti i giorni ci troviamo ad affrontare luoghi comuni come la “malasanità”, l'eccesso di spesa, lo spreco di cui invariabilmente siamo incolpati da esponenti del Governo e da una stampa che usa toni scandalistici, compiendo generalizzazioni e operazioni demagogiche da “caccia alle streghe”. E intanto le Regioni scaricano sui Medici e sugli Operatori la colpa delle liste di attesa, mentre continua lo scandalo delle nomine politiche dei Primari e dei Direttori Generali. È sempre più evidente la connivenza tra sanità e malaffare e tutto il patrimonio edilizio degli Ospedali è sempre meno sicuro. Le organizzazioni sindacali dei Medici e degli altri Dirigenti del SSN hanno perciò dato il via alla “vertenza salute”, la cui prima manifestazione si è tenuta il 19 gennaio, giornata di mobilitazione nazionale. Hanno fatto seguito quelle a Napoli il 4 febbraio, a Milano il 16, e l'ultima si terrà a Roma il 9 marzo. La “vertenza salute” è incentrata su 10 punti.

1. Il finanziamento del SSN

Il fondo sanitario nazionale italiano continua ad essere tra i più bassi del continente. Non si intravedono cambiamenti in questa politica che non trova risorse aggiuntive per ammodernare le strutture e far fronte ai bisogni di assistenza sanitaria dei cittadini. Occorrono maggiori risorse economiche

più adeguate al fabbisogno, valutabili in almeno 110 miliardi per il 2010 e 115 miliardi per il 2011, accompagnate da un maggiore rigore nel controllo della Spesa Sanitaria.

2. Il Patto per la Salute 2010 - 2012

Anche se, sotto il profilo strettamente economico, il Patto rappresenta un timido passo in avanti, non risolve il problema di molte Regioni che, in accordo con il Governo, continueranno a fare ricorso a tagli indiscriminati delle voci di spesa, piuttosto che aggredire gli sprechi. È urgente un Piano Nazionale per la ristrutturazione, l'ammodernamento e la messa in sicurezza del patrimonio sanitario pubblico con uno stanziamento di almeno 15 miliardi nei prossimi dieci anni.

3. Un modello compatibile di federalismo

La riforma del Titolo V della Costituzione ha creato una situazione di conflitto di competenze tra Stato e Regioni che impedisce ogni tentativo di correggere le attuali disfunzioni del sistema. L'introduzione del federalismo all'interno di un SSN, finanziato dalla fiscalità generale senza prevedere precise dinamiche perequative e solidaristiche, rischia di creare un'ulteriore sperequazione tra Regioni. Se la strada verso la devoluzione è senza ritorno, alcuni elementi fondamentali devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria e quindi nazionale.

4. Lo stato giuridico

L'applicazione ai Medici della rottamazione al raggiungimento di 40 anni contributivi è un attacco particolarmente grave. Malgrado le proteste e

gli appelli unitari della categoria, il Governo ha reintrodotto una norma che sottrae ai Medici la libertà decisionale in merito all'età di quiescenza, per attribuirla al potere discrezionale e ricattatorio delle Direzioni Generali. In questo contesto il Decreto di Riforma del pubblico impiego prevede lo svuotamento della contrattazione, ulteriori sanzioni, l'accorpamento delle aree contrattuali con limitazione dell'autonomia dell'area medica, mentre giacciono in Parlamento provvedimenti legislativi di miglioramento del sistema.

5. Il Governo Clinico

Da anni si discute di riformare il Sistema Sanità ma Governo e Regioni non accettano la vera consistenza della riforma: eliminare il controllo politico dalla gestione. La Commissione Affari Sociali della Camera ha licenziato un progetto unificato di riforma che non sembra modificare le storture del Sistema. I professionisti del SSN dovrebbero utilizzare il Governo Clinico non solo quale mezzo per partecipare attivamente alle scelte strategiche, ma quale vero e proprio strumento di rilancio culturale, scientifico ed operativo. Alla politica competono le decisioni di programmazione e la scelta dei modelli organizzativi, ma non è più tollerabile l'ingerenza della logica partitica nelle nomine dei Direttori Generali e dei Direttori di Struttura Complessa.

6. La responsabilità clinica

Recenti studi della FIASO hanno dimostrato che circa l'85% degli eventi avversi sono da ricondurre a problemi di natura organizzativa che espongono i cittadini a danni evitabili ed i professionisti sanitari a contenziosi

logoranti con un aumento progressivo della medicina difensiva. A fronte di ciò la dirigenza sanitaria viene riconosciuta responsabile, in sede processuale, solo entro un range tra il 10 e il 20% dei contenziosi nelle numerose cause civili e penali. Tutto questo richiede una profonda rivisitazione della legislazione sul rischio clinico con l'introduzione di specifici strumenti, quali il riconoscimento della responsabilità civile a carico della struttura e la realizzazione di camere di conciliazione in sede stragiudiziale.

7. Le condizioni di lavoro:

- carenza, per blocco del turn over, di personale per garantire i servizi essenziali;
- persistenza da più di un decennio del precariato con riflessi negativi sull'assistenza;
- mancanza di programmazione dei carichi di lavoro con turni massacranti;
- presenza di strutture spesso fatiscenti "dotate" di tecnologie obsolete e inadeguate.

È ormai indispensabile una ristrutturazione dell'offerta ospedaliera che assicuri una organizzazione a rete dei presidi in sinergia con un territorio potenziato.

8. Il precariato

Sono più di 8.000 i Dirigenti, compresi i Medici, operanti con contratti atipici, a causa del blocco delle assunzioni imposto dalle leggi finanziarie e dai vari piani di rientro. In questa situazione appare indispensabile avviare in tutte le Regioni procedure di consolidamento in ruolo di tale personale per non disperdere importanti professionalità.

9. Ospedale - Territorio

Il territorio deve garantire le prestazioni di base e la continuità assistenziale, integrandosi con i compiti propri dell'Ospedale che deve caratterizzarsi sempre più quale luogo di terapie complesse per pazienti acuti, ricco di professionalità sofisticate e moderne tecnologie, con una organizzazione dei servizi secondo modelli dipartimentali articolati in funzioni per intensità di cura.

10. Il contratto di lavoro

La proposta del Governo per il rinnovo del contratto continua a sancire una riduzione secca della capacità economica della categoria, senza una chiara previsione di un recupero del tasso inflattivo e senza, soprattutto, la rivalutazione dell'indennità dell'esclusività di rapporto. È chiara l'intenzione di non remunerare adeguatamente un lavoro al quale non si riconosce né ruolo né valore. Ciò accade a fronte di una continua riduzione degli organici ed in assenza di profondi processi riorganizzativi e strutturali, che aggravano drammaticamente la situazione dei Medici del SSN.

Responsabilità medica d'equipe

di Ornella Mafrici

Nell'ambito della responsabilità medica rientra quella che è stata definita responsabilità di gruppo, più comunemente conosciuta come responsabilità di equipe. Tale responsabilità viene diversamente valutata in sede civile rispetto a quella penale ed infatti, nell'ipotesi in cui non sia possibile stabilire con certezza a causa di quale componente dell'equipe sia addebitabile la responsabilità dell'evento avverso, in ambito civilistico, si è fatto ricorso al principio di origine anglosassone della *res ipsa loquitur*. La locuzione indica l'esistenza di un fatto che di per se stesso dimostra l'avvenuta negligenza o, quanto meno, l'esistenza di un fatto che non si sarebbe verificato in assenza di negligenza. Dal che, salva l'ipotesi della non imputabilità, viene fatta discendere la responsabilità dell'ente ospedaliero e la sua tenutezza a risarcire il danno iatrogeno. Un principio di tale specie non può trovare ingresso in sede penale perché sarebbe contrario ai dettami costituzionali: secondo l'art. 27 della Carta Fondamentale la responsabilità penale è personale. In ipotesi di lavoro di equipe o più in generale di coope-

razione multidisciplinare nell'attività medico chirurgica svolta anche non contemporaneamente, come nel caso in cui alla cura del paziente concorrano con interventi non contestuali diversi medici, anche specializzati in diversi settori, si è posto il problema, alla luce del citato principio costituzionale, di quali siano i limiti di responsabilità di ciascun componente di un equipe medica e cioè se ogni membro dell'equipe debba limitarsi al rispetto delle *legis artis* della propria specializzazione o se debba anche verificare e/o sorvegliare l'operato altrui. La questione è stata risolta facendo ricorso al così detto "principio di affidamento" secondo il quale ciascun componente dell'equipe può fare affidamento sul fatto che coloro che lo affiancano (compreso il personale paramedico) adempiranno in modo diligente ai propri doveri: «ogni partecipante deve rispondere solo del corretto adempimento dei doveri di diligenza e di perizia inerenti ai compiti che gli sono affidati, perché solo a questo modo ciascun membro del gruppo è lasciato libero, nell'interesse del paziente, di adempiere in modo qualificato e responsabile alle proprie mansioni»



(Marinucci e Mantovani 1968). Tale principio trova però dei limiti: nell'ipotesi in cui elementi specifici (come ad esempio la distrazione, l'inesperienza, le condizioni di salute precarie) facciano temere un comportamento negligente di un componente dell'equipe e quindi il rischio di una mancanza di diligenza, ogni medico avrà l'obbligo di "neutralizzare" l'altrui condotta colposa «pena una responsabilità in concorso con l'autore di quest'ultima, in ordine alle conseguenze che da detta riconoscibile negligenza sono intervenute» (Mantovani M. 1997). Dunque, nell'ambito dell'equipe, i medici che si trovano in analogha posizione gerarchica e che hanno una differente qualifica professionale, pur facendo affidamento sulla altrui condotta, non possono esimersi dal valutare la conformità o meno dell'attività altrui alle *legis artis* generiche e porre riparo ad eventuali errori rilevabili e prevedibili sulla base delle conoscenze del professionista medio. Ne consegue che il riconoscimento della responsabilità per errore altrui comporta la verifica del ruolo e delle mansioni svolte da ciascun medico dell'equipe. Sul punto la Suprema Corte si è di recente così pronunziata: «la responsabilità penale di ciascun componente di una "equipe" medica per il decesso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico non può essere affermata sulla base dell'accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito alla "equipe" nel suo complesso, ma va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente, nella prospettiva di verifica, in concreto, dei limiti oltre che del suo operato, anche di quello degli altri» (Cass. Pen. 8.05.2009 n. 19755). Il principio dell'affidamento è valido tuttavia solo nell'ipotesi in cui i componenti dell'equipe non siano in rapporto gerarchico. In tale ultima ipotesi infatti sul capo equipe incombe un dovere di controllo che discende direttamente dalla legge. L'art. 63 del DPR 761/1979 prevede, fra l'altro, che il medico in posizione apicale esercita anche funzioni di indirizzo e di controllo sulle prestazioni di diagnosi e cura svolte dai collaboratori, nel rispetto della loro autonomia professionale, impartendo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all'attuazione delle stesse. Il capo equipe pertanto oltre a svolgere le funzioni che

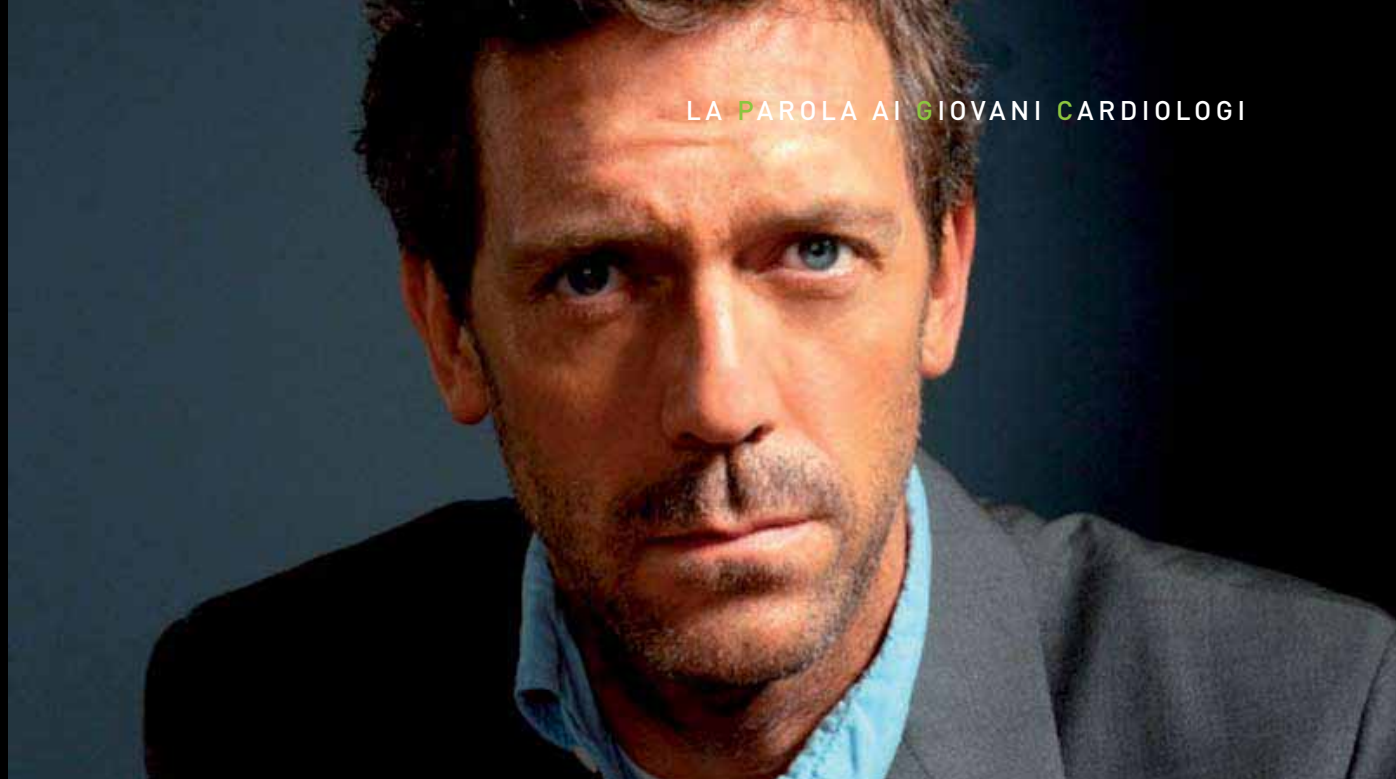
gli sono proprie ha un preciso obbligo di vigilanza da cui deriva una responsabilità a suo carico per l'evento dannoso alla salute del paziente determinato da un membro del gruppo. Poiché le funzioni del capo equipe si ripartiscono in funzioni operative e di verifica e di controllo dell'operato altrui, l'attività di controllo non è da intendersi in senso continuo e costante ma deve essere tale da non annullare la divisione delle mansioni tra i vari medici. Il principio dell'affidamento per il capo equipe non è completamente escluso ma è attenuato dovendosi altrimenti considerare detto medico sempre responsabile per ogni evento lesivo conseguente a interventi medico - chirurgici ai quali abbia preso parte, dirigendo l'attività. La giurisprudenza appare, comunque, orientata a ritenere sempre responsabile il capo dell'equipe, salva la prova contraria. Analogo dovere di controllo e di coordinamento grava sul primario che, trovandosi in posizione apicale, è sottoposto agli obblighi discendenti dall'art. 63 citato. Sul primario incombe un generico obbligo di garanzia nei confronti dei pazienti con la conseguenza che lo stesso può essere ritenuto responsabile per gli eventi lesivi posti in essere dai componenti del suo reparto, ad esempio per omesso o inadeguato esercizio dell'obbligo di direzione e di controllo dei suoi collaboratori. Resta infine da valutare, nell'ambito del lavoro d'equipe, la posizione del subalterno che partecipa al trattamento chirurgico in collaborazione col primario del reparto. Sempre il citato art. 63 indica che tale sanitario svolge funzioni medico - chirurgiche, secondo le direttive dei medici appartenenti alle posizioni funzionali superiori. Anche se «la sua attività è soggetta a controllo e gode di autonomia vincolata alle direttive ricevute», sullo stesso grava la responsabilità per le attività professionali a lui direttamente affidate e per le istruzioni e direttive impartite nonché per i risultati conseguiti. L'assistente non può essere considerato un mero esecutore di ordini e, pertanto, nel caso in cui ritenga che il trattamento posto in essere dal suo superiore comporti un rischio per il paziente, è tenuto ad esprimere il proprio dissenso perché diversamente sarà ritenuto responsabile delle conseguenze del trattamento stesso per non avere impedito l'evento lesivo.

«La malattia, prima di essere campo su cui il sapere Medico esercita incontrastato dominio, è il punto di crisi di una biografia»

«Incontro, dialogo, partecipazione, presenza: ecco i termini che esprimono la relazione con gli altri, l'implicazione reciproca della mia esistenza con le altre»
(U. Galimberti in "D", aprile 1998)

Giovani Cardiologi e relazione medico - paziente Il saper fare il buon Medico

di Sergio Fasullo



«For the secret of the care of the patient is in caring for the patient»
(Francis Peabody, 1927)

Il Dottor House, protagonista dell'omonima serie televisiva americana ormai diventata famosa, dichiara di aver fatto il Medico per curare le malattie, non i malati. Non ama i pazienti, sostiene che siano dei bugiardi. Di fronte alla malattia grave non c'è empatia che tenga. Niente buonismo per favore, qui si muore. House rappresenta un certo tipo di professione medica altamente tecnologizzata (medicina "silenziosa"), disumanizzata che non può essere un modello di riferimento. Agli antipodi si trova l'esempio del Medico curante del pittore Goya, che incarna il "saper fare il buon Medico" nell'"Autoritratto con il Dottor Arrieta" (1820), dove malato e Medico combattono insieme contro la malattia. L'immagine di Arrieta e la sua conseguente concezione (il vero scopo del Medico non è solo curare le malattie, ma prendersi cura del malato) viene confermata da Patch Adams, Medico statunitense (poi divenuto famoso grazie al film "Patch Adams", con R. Williams, che ne romanza la vita). Le figure mediche del Dottor House e del Dottor Adams rappresentano due modelli opposti e lontani del rapporto medico - paziente. Oggigiorno è corretto inseguire la competenza del Medico ("iperspecializzazione") soprattutto nelle aree critiche (ad esempio la competenza del Cardiologo in UTIC), ma parallelamente non si deve dimenticare il ruolo umano del Medico (H. Hesse, "La cura", 1925): «mi aspetto da un Medico, nemmeno io so bene perché, un resto di quell'umanesimo... che nella maggior parte delle professioni, oggigiorno, non è più necessario». Una recente ricerca (18 secondi è il tempo, stimato da uno studio europeo, che

intercorre tra l'inizio del racconto del malato e il primo intervento del Medico) rivela che i pazienti italiani non sono soddisfatti del rapporto con il proprio Medico. Il Medico ha fretta, si concentra sulla ricerca della malattia per fornire la cura, dimenticando che si trova di fronte a una persona. Spesso la visita medica si riduce nella rilevazione dei parametri vitali, nell'esecuzione di esami specialistici (ecg ed ecocardiogramma) e nell'applicazione di terapie invasive, senza che ci si soffermi sul dialogo. Nel 1927 Sir Francis Peabody, Medico inglese, scriveva nel "Journal of American Medical Association": «i giovani laureati mostrano una preoccupante tendenza a conoscere sempre di più la patogenesi delle malattie, ma molto poco i loro pazienti». Anche un semplice gesto come un sorriso può generare fiducia ed empatia: «Donare un sorriso (...) Non dura che un istante (...) dona sollievo» ("Valore di un sorriso" di P. John Faber). Patch Adams è anche l'ideatore di una terapia olistica molto particolare, quella del sorriso, anche nota come clownterapia, e non fa altro che dire: «Ci sono migliaia di studi, di documenti, di ricerche che dimostrano l'enorme importanza dell'umorismo per la salute... Quando si è allegri nel nostro organismo avvengono delle reazioni chimiche: si produce un aumento di endorfine ed una diminuzione del colesterolo cattivo... Ossia la risata è uno stimolante per il sistema immunitario e comporta molti effetti positivi sul cuore e sui polmoni». Troppo comodo e riduttivo pensare al poco tempo che abbiamo a disposizione: «Vita, si uti scias, longa est...» ("De brevitate vitae", Seneca). Oggigiorno la gente «conosce il prezzo di tutte le cose e non conosce il valore di nessuna» ("Il ritratto di Dorian Gray", Oscar Wilde, 1891). In un articolo ben fatto da Scott et coll. sulla figura medica, gli autori

elencano una serie di elementi distinti in quattro categorie (la promozione dei rapporti con i pazienti, principi del clinico efficace, la crescita e miglioramento, valori per guidare la carriera in Medicina) che devono caratterizzare il buon Medico (“52 precepts that medical trainees and physicians should consider regularly” Scott M. Wright, David B. Hellmann, Roy C. Ziegelstein, “The American Journal of Medicine” 2005: 118, 435-438). Come si evince dal lavoro la promozione del rapporto con i pazienti è il primo fondamentale passo nella crescita professionale del Medico (alcuni consigli: chiamare per nome i pazienti, sorridere, sedersi, ascoltare, avere compassione e cura, pensare in positivo). In effetti una buona conoscenza del paziente ed un buon rapporto con lui sono essenziali. Inoltre è noto da anni che quasi il 90% delle diagnosi viene fatta sulla base dei dati raccolti in un buon colloquio con il paziente, e che di fatto la comunicazione Medico paziente è una delle azioni terapeutiche più efficaci di cui la Medicina disponga. Essere un Medico è gratificante ma anche impegnativo nel complesso sistema di assistenza sanitaria. Il ruolo del Medico oggi è diventato delicato perché si trova un paziente sempre più informato ed esigente, spesso competente e a volte indifeso. Come Medici vorremmo fornire assistenza di qualità superiore ai nostri pazienti ma oggi il fenomeno della “Medicina difensiva” sta prendendo campo: i Medici prescrivono test, trattamenti o visite, evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di non aver bene operato e quindi di azioni legali. In realtà un modo per evitare dei comportamenti inconsulti da parte dei pazienti (ma il più delle volte dei parenti) è quello di dialogare e sapere ascoltare perché «La malattia, prima di essere campo su cui il sapere Medico esercita incontrastato dominio, è il punto di crisi di una biografia» (U. Galimberti in “D”, aprile 1998). «Incontro, dialogo, partecipazione, presenza: ecco i termini che esprimono la relazione con gli altri, l’implicazione reciproca della mia esistenza con le altre. Il rapporto fra il Medico e il malato non sfugge alla nozione di incontro, ai problemi che derivano dall’essere con l’altro. Non si tratta di affermare soltanto la nostra compassione per la sofferenza; o addirittura di difenderci con la distanza professionale. La malattia testimonia una presenza. Allorché si dimentichi che la Medicina è una applicazione della scienza e non un procedimento scientifico

tout court in un’atmosfera astratta, atemporale, astorica, si commetteranno degli errori nel trattamento di ogni tipo di malattia. Il miglioramento della comunicazione medico - paziente richiede una combinazione di umiltà e coraggio: le migliore qualità del lavoro Medico» (Waitzkin, “Doctor - Patient communication, clinical implications of social scientific research”, JAMA 252:2441-46, 1984). La relazione medico - paziente ha già in sé una sua propria significazione terapeutica, se l’operatore si fa carico della sofferenza propositagli. Il buon Medico ha sempre avuto il ruolo di ascoltare attento. Quando si parla di comunicazione, si pensa sempre che la cosa più importante sia sapersi esprimere. Ma non è così. L’arte più sottile e preziosa è saper ascoltare. Questo è vero in qualsiasi forma di comunicazione, anche se apparentemente non è un dialogo. Mentre scrivo questa pagina sto cercando di “ascoltare” per immaginare che cosa penserà chi legge. La relazione medico - paziente è dunque un gioiello prezioso: è una cosa del cuore oltre che del sapere e dell’intelletto e come tale va custodita con cura. Come dice la volpe al Piccolo Principe, «non si vede bene che con il cuore» (“Le Petit Prince”, Antoine de Saint - Exupéry). Nell’incontro ci si rapporta sempre a un Tu inteso e riconosciuto come soggetto esclusivo della relazione, Io tolgo l’altro dalla condizione d’essere per me un oggetto e gli restituisco la dignità, l’integrità e la forza della presenza. Il rapporto tra pazienti e Medici deve esprimere una stretta collaborazione che conduca entrambi fuori dalle rispettive solitudini e porti a un accordo basato su reciproca fiducia: «La soddisfazione del paziente dipende dalla qualità del rapporto ed influenza direttamente la predisposizione del paziente a seguire i consigli dati» (L.C. Reader).

Giovani Cardiologi e nuove tecnologie in Medicina

Quali le conseguenze, sui pazienti e sui costi, di un approccio prettamente tecnologico?

di *Leonardo Misuraca*

Resto sempre affascinato quando, durante il turno quotidiano in Reparto, il Professore si dilunga nel palpare il polso femorale o nel cercare un terzo tono al letto del paziente. «L'ecocardiogramma l'ha già fatto... Che sta cercando ancora?!» confesso di pensare spesso. Scansioni nitide di ecocardiografia tridimensionale, di risonanza magnetica o di tomografia computerizzata fanno ormai parte del nostro armamentario diagnostico quotidiano. Siamo letteralmente investiti da immagini. Aggiornarsi di continuo e stare al passo coi tempi è l'ordine perentorio per un Cardiologo del 2010. I nostri pazienti sopravvivono di più e meglio alle cardiopatie rispetto a pochi decenni fa, sono stati compiuti passi da gigante. I grandi Trial clinici randomizzati, i progressi nella conoscenza della fisiopatologia, lo sviluppo di nuove molecole - più tollerate e più accettate - e la tecnologia d'avanguardia, sia in ambito diagnostico che terapeutico, hanno il merito dei nostri successi. Pochi giorni fa, girovagando in rete, mi sono imbattuto in un articolo pubblicato recentemente su una prestigiosa rivista di economia americana, "Forbes", intitolato "When To Say No To Your Doctor", che potete leggere cliccando sul link: <http://www.forbes.com/2009/11/12/health-care-costs-lifestyle-health-spending-tests.html>. Eccone alcuni stralci significativi: «almeno il 20% della spesa sanitaria potrebbe essere elimina-

to senza danneggiare nessuno; anzi, molte vite sarebbero salvate prevenendo le complicanze di terapie non necessarie». Ancora: «Un milione di americani riceve ogni anno almeno uno stent coronarico in una procedura che costa 20.000 dollari. Tali dispositivi salvano la vita se impiantati immediatamente dopo un attacco cardiaco, ma non salvano la vita né prevengono l'infarto nei pazienti con sintomi stabili, come due grandi trial hanno dimostrato^(1, 2). La terapia medica massimale può fare altrettanto bene (in certe fasi della malattia, NDA) senza correre il rischio di una procedura invasiva.» In effetti, buona parte della Medicina moderna resta non studiata e non provata. La tecnologia avanza a una velocità molto maggiore di quella dei grandi trial. L'EndoPAT⁽³⁾ è un device approntato recentemente, e presentato nel corso di un prestigiosissimo congresso di Cardiologia, studiato per valutare la funzione endoteliale in modo non invasivo. Tra le applicazioni si annovera: «Prevenzione primaria della coronaropatia; implementazione dei protocolli per la diagnosi precoce». Immaginate le possibili conseguenze su un ignaro e sano cittadino che misura a casa, comodamente seduto in poltrona, la sua funzione endoteliale: se compromessa come minimo ci chiederà una coronarografia. «Ragazzi, state al passo coi tempi, ma ricordatevi di essere prima di tutto Cardiologi», ci ripete il Professore in turno.

(1) Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease.

Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK, Hartigan PM, Maron DJ, Kostuk WJ, Knudtson M, Dada M, Casperson P, Harris CL, Chaitman BR, Shaw L, Gosselin G, Nawaz S, Title LM, Gau G, Blaustein AS, Booth DC, Bates ER, Spertus JA, Berman DS, Mancini GB, Weintraub WS; COURAGE Trial Research Group.

N Engl J Med. 2007 Apr 12;356(15):1503-16. Epub 2007 Mar 26.

(2) A randomized trial of therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease.

BARI 2D Study Group, Frye RL, August P, Brooks MM, Hardison RM, Kelsey SF, MacGregor JM, Orchard TJ, Chaitman BR, Genuth SM, Goldberg SH, Hlatky MA, Jones TL, Molitch ME, Nesto RW, Sako EY, Sobel BE.

N Engl J Med. 2009 Jun 11;360(24):2503-15. Epub 2009 Jun 7.

(3) <http://www.itamar-medical.com/Product.asp?pid=3005>



Cardiocentro del Ticino: un esempio di perfetta integrazione tra ricerca di alto livello e assistenza clinica a tempo pieno

di Cinzia Procaccini

Il Colleghi giovani Cardiologi che si occupano di ricerca in Italia sono, ahimè, in molti casi (non in tutti per fortuna), abituati a convivere con le difficoltà legate alla carenza di Strutture adeguate allo svolgimento di attività di questo genere in maniera efficace, all'assenza di personale dedicato e competente in materia, alla mancanza di collegamenti e di interazione tra chi si occupa di ricerca e chi invece è dedito esclusivamente all'attività clinica assistenziale. Spesso, infatti, capita che la ricerca si svolga all'interno di Strutture Universitarie che, per varie ragioni, sono solo in parte coinvolte nell'attività assistenziale, permettendo solo una parziale integrazione ed applicazione delle acquisizioni scientifiche nella pratica clinica quotidiana. D'altro canto i Reparti ospedalieri, oberati dal cumulo degli impegni e adempimenti che caratterizzano l'attività clinico - assistenziale, riservano poco spazio alla ricerca scientifica. Tutto questo accade non per mancanza di interesse dei Cardiologi ospedalieri

verso la ricerca clinica o l'aggiornamento, ma semplicemente per carenze di carattere organizzativo nell'ambito delle strutture sanitarie che non prevedono l'esistenza di centri di ricerca che siano affiancati, non solo fisicamente, ma anche operativamente ai Reparti ospedalieri. A questo proposito, mi sembra interessante riportare un'esperienza diretta vissuta in qualità di specializzanda della Scuola di Cardiologia diretta dalla Prof.ssa Maria Penco dell'Università degli Studi dell'Aquila, presso la Fondazione Cardiocentro del Ticino di Lugano. Giunta in questa importante Struttura con il desiderio di avvicinarmi al mondo della ricerca scientifica, ho avuto modo di osservare, con una certa meraviglia, come accanto al centro di ricerca esistesse un validissimo e attrezzatissimo Reparto ospedaliero, e come le due Strutture fossero unite da un rapporto di collaborazione ed interazione continua, in maniera tale da costituire un'unica équipe al servizio dei pazienti. Il reparto, diretto dal Prof. Tiziano Moccetti,

dispone di un avanzatissimo servizio di emodinamica H24 che accoglie pazienti da tutto il Ticino (all'incirca 300.000 abitanti) tramite un servizio di eliambulanza funzionante che permette di poter intervenire in tempi utili anche su pazienti provenienti da aree geografiche isolate e non facili da raggiungere; dispone inoltre di un servizio di Day - Hospital dotato delle più moderne tecnologie diagnostiche quali la TC coronarica 128 - slice, la cardio - RMN e l'ecocardiografia tridimensionale. Il centro di ricerca integrato nella realtà ospedaliera, si avvale della competenza di illustri personalità della Cardiologia internazionale quali il Prof. Angelo Auricchio ed il Prof. Francesco Faletta che con la loro esperienza e cultura guidano un gruppo di giovani ricercatori nell'elaborazione di lavori scientifici sia in ambito clinico che strumentale sulle più moderne tecnologie diagnostiche e terapeutiche. Altrettanto attiva è la ricerca farmacologica realizzata in collaborazione con le principali industrie farmaceutiche con partecipazione a studi internazionali quali il CHARM, il COMET, l'EUROPA, il CIBIS, il CURE, l'ISIS ed il GISSI; nonché la ricerca molecolare con il laboratorio di diagnostica molecolare rivolto alla ricerca di alterazioni genetiche causa di patologie cardiovascolari e all'elaborazione di programmi terapeutici personalizzati per il singolo paziente; infine la Banca delle cellule staminali, nata con lo scopo di creare un deposito di cellule per uso autologo, cioè con la priorità di utilizzarle ad esclusivo vantaggio del depositante. Quello che suscita ammirazione in questa Struttura è che le due realtà

(ospedaliera e ricerca) non vivono separate, ma interagiscono e collaborano continuamente costituendo l'una il supporto dell'altra. Per ciascuna di queste attività è preposto un gruppo dedicato di professionisti competenti, ma l'incontro e la condivisione delle acquisizioni sono esperienza quotidiana che si realizza in vari momenti formativi e di scambio che vanno dal meeting mattutino che vede la partecipazione non solo di tutti coloro (Medici ed Infermieri) che sono impegnati nell'assistenza clinica, ma anche dei Ricercatori; agli incontri settimanali su argomenti selezionati dalla letteratura più attuale e dai più recenti congressi internazionali. Questo permette da una parte l'applicazione della Evidence - Based medicine e dall'altra la crescita culturale costante di tutti i professionisti coinvolti. In Italia le Strutture che possono permettersi di lavorare in questo modo sono ancora poche in rapporto alla quantità di giovani Ricercatori desiderosi di impegnarsi. Abbiamo validissimi Reparti ospedalieri su tutto il territorio, Ricercatori brillanti pronti a scendere in campo, mancano solo le risorse economiche. Forse vale la pena fare qualche sforzo in più per trovarle e permettere anche in Italia la realizzazione di Strutture come quella del Cardiocentro di Lugano: ne guadagneremmo senz'altro in termini di cultura e qualità dell'assistenza.



Ungaretti e la sua “Vita di un uomo” tra poesia e autobiografia

di Silvana Ruffolo

Da un canto scritto in piena guerra, in trincea, e che si intitola “I fiumi” (1916), desumiamo l'intero percorso biografico - esistenziale del poeta Ungaretti dando un senso, nello stesso tempo, alle motivazioni della ricerca poetica. In questo canto, il poeta inizia con l'evocare le sue origini ancestrali richiamate dal fiume Serchio che lambisce Lucca e la zona originaria della sua famiglia. Poi cita il Nilo che lo ha visto nascere e crescere. Nasce infatti ad Alessandria d'Egitto nel 1888 da genitori italiani provenienti da Lucca e vi rimane fino al 1912. Rievoca pertanto la stagione libera e avventurosa dell'infanzia e della prima giovinezza africana, con le spontanee acquisizioni della vita e dei sensi. Poi canta la Senna che richiama gli anni parigini dell'inquieta formazione artistico - intellettuale, con la scoperta della propria vocazione letteraria. Si reca a Parigi nel 1912, frequenta ed entra in contatto con importanti intellettuali della Sorbona, approfondisce la poesia decadente e simbolista di Baudelaire e Mallarmè, conosce artisti e scrittori come Apollinaire, Picasso, De Chirico, Modigliani. Resterà a Parigi fino al 1914.

«Questi sono i miei fiumi contati nell'Isonzo»: è nell'Isonzo (il fiume del presente) che confluiscono tutti i suoi ricordi, ed è l'Isonzo il testimone della maturazione del poeta che la guerra ha dolorosamente segnato. Ungaretti infatti torna in Italia nel 1914 per partecipare volontario alla guerra. Egli fu oltre che poeta, attivo giornalista e saggista collaborando con i più prestigiosi periodici italiani. Nel 1942, dopo aver ricoperto per otto anni la cattedra di Letteratura Italiana presso l'Università di San Paolo del Brasile, rientrato in Italia, inizia ad insegnare letteratura italiana contemporanea all'Università di Roma e nello stesso anno viene nominato Accademico d'Italia. Il carattere autobiografico della sua opera è un elemento costante tant'è che, nel riordinare le sue poesie, dà loro un titolo complessivo: “Vita di un uomo” (editore Mondadori 1969). Le prime liriche scritte dal 1916 al 1919 confluiranno nella raccolta “Allegria” (1931). In esse Ungaretti è alla ricerca della purezza originaria. Se, egli afferma, la memoria è il fardello di ricordi personali e storici che

l'uomo porta con sé e che lo collegano alla dimensione contingente della vita, l'“innocenza” rappresenta la ricerca della purezza, la riconquista dell'identità perduta che mette l'uomo a contatto con la dimensione originaria dell'essere. La poesia assume anche, di conseguenza, un valore metafisico e religioso. Sul piano tecnico l'operazione, favorita dall'influenza futurista, consiste nella distruzione del verso tradizionale, mentre il significato della parola assume il valore di un'improvvisa e folgorante illuminazione; in questa totale trasgressione sono coinvolti spazi vuoti, pause di silenzio e assenza di punteggiatura: è la “poetica dell'attimo”. Successivamente nella raccolta “Sentimento del tempo” (1933) alla poetica dell'attimo si sostituisce una diversa percezione del tempo che viene inteso adesso come continuità e durata per recuperare una dimensione più complessa dell'esistenza. In questo “secondo tempo dell'esperienza umana” (così come lo stesso Ungaretti scrive), sul piano tecnico il poeta recupera le strutture sintattiche e le forme metriche tradizionali. Nasce da qui la poesia del tempo e delle sue metamorfosi nel travaglio delle ore e delle stagioni. Cerca nelle proprie emozioni e paure, iniziando un tormentato recupero della fede, la quale può rappresentare per l'uomo smarrito un'ancora di certezze, ma il cammino non è lineare e non mancano situazioni di conflitto tra il sentimento religioso e l'esperienza dolorosa della storia del singolo e della collettività. Egli stesso perciò pone la sua attenzione sul paesaggio, soprattutto paesaggi d'estate. Ad interrompere però la parabola delle stagioni e a fare precipitare gli eventi nel 1947 è la pubblicazione de “Il Dolore” in cui sono comprese le poesie dell'ultimo decennio. La raccolta si fa voce del tormento personale, la morte del fratello e del figlio di 9 anni, e collettivo, la guerra. Nel 1961 viene pubblicata la raccolta “Il taccuino del vecchio” comprendente poesie del periodo 1952 - 1960, in cui la “terra promessa” si identifica sempre più con l'approdo finale e in cui il poeta stesso, sempre più ripiegato su se stesso, si pone in prima persona tra il tempo e la morte, cercando un bilancio definitivo della propria esperienza umana e poetica. Muore a Milano il 2 giugno del 1970.

Poesie di Giuseppe Ungaretti

“I Fiumi” (Cotici, 16 agosto 1916), da
“L’Allegria”, 1931

*Mi tengo a quest’albero mutilato
Abbandonato in questa dolina
Che ha il languore
Di un circo
Prima o dopo lo spettacolo
E guardo
Il passaggio quieto
Delle nuvole sulla luna
Stamani mi sono disteso
In un’urna d’acqua
E come una reliquia
Ho riposato
L’Isonzo scorrendo
Mi levigava
Come un suo sasso
Ho tirato su
Le mie quattro ossa
E me ne sono andato
Come un acrobata
Sull’acqua
Mi sono accoccolato
Vicino ai miei panni
Sudici di guerra
E come un beduino
Mi sono chinato a ricevere
Il sole
Questo è l’Isonzo
E qui meglio
Mi sono riconosciuto
Una docile fibra
Dell’universo
Il mio supplizio
È quando
Non mi credo
In armonia
Ma quelle occulte
Mani
Che m’intridono
Mi regalano
La rara
Felicità
Ho ripassato
Le epoche
Della mia vita
Questi sono
I miei fiumi
Questo è il Serchio
Al quale hanno attinto
Duemil’anni forse
Di gente mia campagnola
E mio padre e mia madre.
Questo è il Nilo*

*Che mi ha visto
Nascere e crescere
E ardere d’inconsapevolezza
Nelle distese pianure
Questa è la Senna
E in quel suo torbido
Mi sono rimescolato
E mi sono conosciuto
Questi sono i miei fiumi
Contati nell’Isonzo
Questa è la mia nostalgia
Che in ognuno
Mi traspare
Ora ch’è notte
Che la mia vita mi pare
Una corolla
Di tenebre*

“Mattina” (Santa Maria la Longa, 26
gennaio 1917), da “L’Allegria”, 1931

M’illumino d’immenso

“Natale” (Napoli, 26 dicembre 1916),
da “L’Allegria”, 1931

*Non ho voglia
di tuffarmi
in un gomitolo
di strade*

*Ho tanta
stanchezza
sulle spalle*

*Lasciatemi così
come una
cosa
posata
in un
angolo
e dimenticata*

*Qui
non si sente
altro
che il caldo buono*

*Sto
con le quattro
capriole
di fumo
del focolare*

“Dove la luce” (1930), da “Sentimento
del Tempo”, 1933

*Come allodola ondosa
Nel vento lieto sui giovani prati,
Le braccia ti sanno leggera, vieni.
Ci scorderemo di quaggiù,
E del mare e del cielo,
E del mio sangue rapido alla guerra,
Di passi d’ombre memorii
Entro rossori di mattine nuove.*

*Dove non muove foglia più la luce,
Sogni e crucci passati ad altre rive,
Dov’è posata sera,
Vieni ti porterò
Alle colline d’oro.*

*L’ora costante, liberi d’età,
Nel suo perduto nimbo
Sarà nostro lenzuolo*

“Canto” (1932), da “Sentimento del
Tempo”, 1933

*Rivedo la tua bocca lenta
(Il mare le va incontro delle notti)
E la cavalla delle reni
In agonia caderti
Nelle mie braccia che cantavano,
E riportarti un sommo
Al colorito e a nuove morti.*

*E la crudele solitudine
Che in sè ciascuno scopre, se ama,
Ora tomba infinita,
Da te mi divide per sempre.*

Cara, lontana come in uno specchio...

“Di Luglio” (1931), da “Sentimento
del Tempo”, 1933

*Quando su ci si butta lei,
Si fa d’un triste colore di rosa
Il bel fogliame.*

*Strugge forre, beve fiumi,
Macina scogli, splende,
E’ furia che s’ostina, è l’implacabile,
Sparge spazio, acceca mete,
E’ l’estate e nei secoli
Con i suoi occhi calcinanti
Va della terra spogliando lo scheletro.*

Art for Heart

L'opera è stata donata dal Maestro Ghelli al Presidente della Rai Dottor Paolo Garimberti in occasione della Campagna "per il Tuo cuore" 2010

*Giuliano Ghelli,
La porta del cuore,
2010*



Chi è Giuliano Ghelli

Nato a Firenze nel 1944 vive a San Casciano Val di Pesa, nel Chianti Fiorentino. Ha esordito a Milano nel 1963. Nel 75 e 80 è "Segnalato Bolaffi". Dopo la sua prima personale all'estero, Parigi 1974, ha esposto negli U.S.A., Australia, Germania, Belgio, Grecia, Spagna, Portogallo, Giappone e Russia. Nel 1992 è al Castello Sforzesco di Milano, "In Viaggio Con Leonardo" personale curata da Carlo Perdetti. Nel 1995 realizza su commissione della Mercedes Benz Italia un ciclo di venti grandi dipinti per la nuova direzione di Roma. Nel 1995 e 96 dipinge il "Premio Maestri del Cinema" di Fiesole, assegnato a Robert Altman, Mario Monicelli e Alberto Sordi. Nel 2000, personale a Sydney in occasione dei Giochi Olimpici. Nel 2001 ha tenuto presso il Museo Pecci di Prato la personale dal titolo "La Parola Colorata" a cura di Nicola Miceli. Dal 2002 i suoi busti dipinti diventano il "Premio Milano per la Moda". È stato prescelto dalla Toyota per il calendario ufficiale

2003 in 1.500.000 copie in Giappone. Nel 2005 Carlo Cambi editore ha pubblicato la sua monografia "Le vie del tempo" curata da Maurizio Vanni. Dal 2002 inizia il percorso con il suo "Esercito di Terracotta" dell'Impruneta a Villa Demidoff e al Convitto della Calza a Firenze, Palazzo Pretorio di Certaldo, Museo Archeologico di Massa Marittima, Teatro Romano di Fiesole, Castello dei Conti Guidi a Poppi, Vecchie Carceri di Radda in Chianti e nel 2008 a Palazzo Medici Riccardi a Firenze nell'ambito del Genio Fiorentino e al Palazzo dell'Abbondanza di Massa Marittima. Nel febbraio 2008 ha presentato una personale all'Istituto Italiano di Cultura di Tokyo, in contemporanea con il lancio della nuova Fiat 500 per il Giappone realizzando un esemplare unico della vettura con un suo intervento pittorico. Realizza l'immagine per il festival internazionale "7 Sois 7 Luas" nell'ambito del quale ha tenuto personali nel 2008 a Oeiras e Castro Verde in Portogallo, Cartaya e Castril in Spagna e Tetuan in Marocco. In

Agosto, personale al Palazzo dell'Abbondanza di Massa Marittima e alle Vecchie Prigioni del Palazzo del Podestà di Radda in Chianti. A Settembre, alla Filanda di Loro Ciuffenna. A Marzo 2009, Firenze-Sala d'Arme di Palazzo Vecchio e Galleria Mirabili. In Maggio, Modena-Galleria Modenarte e Istituto d'Arte Venturi. Novembre, Padova-Scuderie di Palazzo Moroni. Dicembre, Cetona, Ex Chiesa SS Annunziata e galleria Impression. La Giunta Comunale di Siena gli ha conferito l'incarico di dipingere il Palio dell'Assunta per il 16 Agosto 2009. È presente su "L'arte del '900" di Lara Vinca Masini Edizioni Giunti - L'Espresso. Nel dicembre 2007 è stata costituita la "FONDAZIONE GIULIANO GHELLI" a Poppi (AR) dove è allestita una sua mostra permanente. Per saperne di più: www.giulianoghelli.it www.fondazionegiulianoghelli.org



CENTRO FORMAZIONE
piano annuale formativo **2010**
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

www.anmco.it



« LA PORTA DEL CUORE »

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification



Shelli