

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Stati Generali
ANMCO 2010

L'incontro con
Benedetto XVI

La presentazione del
Documento FIC al
Ministro della Salute

Uno, nessuno e
centomila. Tanti modi
per farsi riconoscere

Concerto di Gino Paoli
"per il Tuo cuore"

Alla ricerca dell'aura
perduta

Discussione sul
fine vita

Profili assicurativi
in materia di
responsabilità medica

Alarico,
il barbaro ingentilito

MARZO-APRILE 2010 N°174

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





N. 174 - marzo/aprile 2010
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Bovenzi
Pasquale Caldarola
Massimo Uguccione

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



DAL PRESIDENTE p.3

Stati Generali ANMCO 2010. Dove siamo e dove vogliamo andare
di Salvatore Pirelli

HCF RISPONDE p.7

L'incontro con Benedetto XVI
di A. Maseri e F. Chiarella

Il genio non è chi dà le risposte, p.9

ma chi pone le vere domande
 (Anonimo)

di Gian Luigi Nicolosi

DALLA FIC p.11

La presentazione del Documento
FIC Struttura e Organizzazione
Funzionale della Cardiologia al
 Ministro della Salute
di Giuseppe Di Pasquale

DAL COMITATO SCIENTIFICO p.13

Ruolo del Comitato Scientifico:
 propositività e indirizzo per la ricerca
di Andrea Di Lenarda



DAL CENTRO STUDI p.16

Il Progetto URC
 e Supporter alla Ricerca
di M. Ceseri, L. Cipressa, M. Gorini

Attività regolatorie: la gestione p.18
 delle autorizzazioni dei protocolli di
 ricerca al Centro Studi ANMCO
di Andrea Lorimer



DALLE AREE



AREA EMERGENZA - URGENZA p.22

L'ecocardiografia in Emergenza - Urgenza ed in Terapia Intensiva: è il momento!

di *Paolo Trambaiolo*

AREA INFORMATICA p.27



Uno, nessuno e centomila. Tanti modi per farsi riconoscere
di *Guido Giordano*

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE Stati Generali 2010: p.29

considerazioni dal Terzo Stato
di *Andrea Rubboli*

AREA MANAGEMENT & QUALITA' p.31

Valutazione dei bisogni degli Associati ANMCO per elaborare le strategie future: una iniziativa pratica
di *P. Corsetti, E. Pasini, D. Pavan, G. Italiani, V. Lenti, G. Levantesi*

AREA SCOMPENSO CARDIACO p.36

Il nuovo Sito WEB dell'Area Scompenso Cardiaco
di *P. Midi e M. Senni*

DALLE REGIONI

BASILICATA p.39

E' bella la vita (non sciupiamola): giovani, alcol e fumo
di *F. P. Calciano, A. Cardinale, L. Bolettieri*



CALABRIA p.45

Concerto di Gino Paoli "per il Tuo cuore". Grande successo mediatico ed artistico
di *Roberto Ceravolo*

MARCHE p.47

Due anni da Presidente ANMCO Marche 2008 - 2010
di *Roberto Accardi*



PUGLIA p.49

115 cuori pulsanti di sensibilità e ritrovata speranza a Foggia
di *A. Vilella e P. Caldarola (con la collaborazione di Claudio Botta)*

VENETO p.51

Il Cardiologo e l'Interventistica vascolare
di *N. Pellizzari e C. Cernetti*

FORUM

Alla ricerca dell'aura perduta p.54

di *Francesco Maria Bovenzi*



Discussione sul fine vita: p.56

terapie del dolore e biotestamento. La zona grigia della Medicina si confronta con il Diritto
di *Paola Rizzuto*

FORUM SINDACALE ORGANIZZATIVO p.60

Il nuovo CCNL della Dirigenza medico - veterinaria del SSN, biennio economico 2008 - 2009
di *Domenico Gabrielli*

IL PARERE LEGALE p.63

Profili assicurativi in materia di responsabilità medica
di *Ornella Mafri*

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p.65

Alarico, il barbaro ingentilito
di *Giuseppe Trebisacce*

NECROLOGIO p.67

E' scomparso Massimo Chiariello, un grande Maestro della Cardiologia italiana
di *Ciro Indolfi*

Stati Generali ANMCO 2010

Dove siamo e dove vogliamo andare

di Salvatore Pirelli

Nella bellissima cornice di Altifiumara - Reggio Calabria il 15 e il 16 gennaio 2010, si è svolta la V Edizione degli Stati Generali dell'ANMCO. Secondo un copione e una prassi ormai consolidata sono stati chiamati a discutere del futuro della Associazione i componenti del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale, i componenti del Comitato Scientifico, del Consiglio di Amministrazione della Fondazione "per il Tuo cuore", gli ex Presidenti. Abbiamo affrontato una serie di "temi caldi" che avevamo preventivamente discusso a lungo e appassionatamente in Consiglio Direttivo. Io cercherò di sintetizzare quanto è emerso in un giorno e mezzo di lavori, nella speranza di fornire indicazioni e spunti di riflessione ulteriori al nuovo Presidente e al Consiglio Direttivo che avrà l'onore e l'onere di guidare la Associazione nel prossimo biennio.

L'ANMCO una realtà sempre più complessa e articolata

La nostra Associazione, forte di oltre 5.000 Iscritti, è la più grande Associazione di professionisti in Italia e in Europa e meno di un anno fa ha ricevuto apprezzamento e stima dal Presidente



Napolitano: «Siamo dinanzi a risultati che fanno onore all'Italia e bisogna dirlo forte perché è ancora troppo presente la tendenza a non mettere in luce il molto di eccellenze che presentano la Ricerca italiana e la Sanità e in particolare la Sanità ospedaliera».

La possibilità di lavorare in Rete è il segreto del nostro successo: ci ha consentito di raggiungere risultati estremamente positivi, da quelli del GISSI I che hanno cambiato, nel mondo, l'approccio al paziente con infarto miocardico acuto a quelli più recenti dello studio ACS Outcome che documentano dati di mortalità per l'infarto acuto particolarmente apprezzabili e inimmaginabili fino a qualche anno fa. Le nove Aree tematiche create per una felice intuizione di Luigi Tavazzi, sono il braccio culturale e scientifico della Associazione, rappresentano il vero motore della Ricerca, e costituiscono l'asse portante del Comitato Scientifico. Certamente vi sono delle criticità, dei problemi da affrontare e da risolvere per adeguarci alle esigenze nuove che vengono avanti: di questo abbiamo discusso animatamente, ma con spirito costruttivo, tenendo sempre in mente gli obiettivi e la Mission dell'Associazione. In ambito di *Comunicazione* è stato

ribadita l'importanza del *Sito WEB* che è divenuto uno strumento di straordinaria utilità non solo per i Medici, ma anche per i Cittadini: ha cominciato a prendere corpo, da un lato, la possibilità di inviare, assemblare e discutere Casi Clinici non frequenti, e dall'altro, a breve, sarà possibile accedere al materiale educativo collezionato in questi anni nell'ambito della Scuola. Per crescere ulteriormente è necessario affidarsi a professionisti in grado di cogliere tutte le opportunità di un mezzo che ha potenzialità enormi e che diverrà in un prossimo futuro la modalità di comunicazione più efficiente ed utilizzata. Per quanto riguarda "*Cardiologia negli Ospedali*", al di là degli apprezzamenti per i contenuti e la splendida veste grafica, è stata sottolineata la necessità imprescindibile di ridurre i costi. Almeno per il momento proseguiremo ad editare il giornale nella veste attuale: si valuterà in seguito la possibilità di trasferire il giornale sul WEB con formato editoriale diverso da un semplice pdf peraltro già esistente. Questo ci permetterebbe uscite più frequenti consentendoci, tra l'altro, di essere più vicini ai Soci in tempo reale. Si è anche discusso sull'opportunità di avviare un progetto di Canale WEB TV ANMCO e la possibilità di integrazione con le modalità comunicative dei Social Network: è certamente

un argomento da approfondire. E' stato messo in evidenza il problema dei *Giovani*: i Soci con età inferiore o uguale a 40 anni rappresentano solo il 10% di tutti gli associati. Abbiamo previsto quote di iscrizione agevolate, ospitalità al Congresso, spazio nel Sito WEB e nei giornali, abbiamo assegnato Borse di Studio a giovani meritevoli ed interessati alla ricerca, abbiamo fatto, ahimè, pochi eventi formativi ove i giovani sono stati protagonisti. Bisogna fare ancora di più. E' necessario cercare di identificare per i giovani under 40, interessati e meritevoli, un ruolo preciso nei Consigli Regionali e nelle Aree, promuovere Corsi di Clinical Competence negli ospedali di insegnamento, istituire un vero e proprio osservatorio permanente per tenere desta l'attenzione su un problema che investe inevitabilmente il futuro dell'Associazione: in sintesi formazione e partecipazione. Per quanto attiene al ruolo delle *Regioni* e delle *Aree*, è emersa con forza la richiesta di un maggior coinvolgimento dei Presidenti Regionali nelle decisioni del Consiglio Direttivo, maggiore disponibilità e autonomia nella gestione delle risorse, maggiore coinvolgimento nella preparazione del Congresso, maggiore coinvolgimento nella scelta degli obiettivi e nella programmazione delle Campagne Educazionali Nazionali, maggiore supporto da parte del Centro Studi, maggiore snellezza nell'iter burocratico di approvazione delle proposte, maggiore autonomia nel reperimento di risorse, maggiore peso politico ed autonomia dei Presidenti Regionali e dei Chairmen delle Aree. Si tratta certamente di richieste condivisibili, peraltro a volte addirittura

apparentemente contraddittorie, ma che indubbiamente testimoniano la vitalità dell'Associazione e la voglia di incidere degli associati nella vita dell'ANMCO. In realtà al momento attuale non esiste una forma "strutturata" di collaborazione tra Aree e Regioni: a detta di tutti il problema più rilevante in realtà sembra essere, ancora una volta, quello della comunicazione interna e pertanto andrà fatto uno sforzo ulteriore per riuscire a colmare questa lacuna.

L'ANMCO e gli altri ... come attrezzarsi per il futuro

Le Società di Settore sono molto diverse l'una dall'altra e le sinergie con l'ANMCO sono talvolta possibili e talvolta difficili. Considerata la Mission dell'ANMCO che è quella di promuovere la cultura cardiologica, promuovere la qualità delle cure e mantenere la unitarietà della Cardiologia, l'ANMCO deve continuare a rappresentare un punto di riferimento costante in quanto è in grado di attivare una formidabile rete di ricercatori, di rendere disponibile il Centro Studi, di conferire "peso" a qualsiasi progetto organizzativo sia a livello regionale che nazionale, di continuare ad essere aperti ad ogni forma di collaborazione, cercando una posizione di equilibrio tra spinte contrapposte. Per la Federazione Italiana di Cardiologia molto è stato fatto, molto resta ancora da fare: il Direttivo dell'ANMCO si è espresso favorevolmente alla richiesta di adeguare il Consiglio Direttivo con l'ingresso di un rappresentante di AIAC, GISE, SIEC, SICOA, ANCE e ARCA, ferma restando la individuazione di clausole di salvaguardia per le Società madri

ANMCO e SIC, che fino ad ora hanno avviato e sostenuto il processo federativo nelle fasi più difficili e complesse. Al di là dei problemi relativi allo Statuto, è stato ribadito che la Federazione Italiana di Cardiologia deve comunque continuare a perseguire in prima istanza l'unitarietà della Cardiologia, requisito assoluto ed indispensabile per curare meglio i nostri pazienti. L'ANMCO proseguirà con lealtà e determinazione a promuovere una politica unitaria nei confronti della Società Europea di Cardiologia, che ha dato frutti importanti come la elezione di Roberto Ferrari alla Presidenza, a sostenere l'obiettivo di istituzionalizzare una referenza cardiologica unitaria a livello del Decisore Pubblico sia in ambito regionale che nazionale, a richiedere il coinvolgimento della Cardiologia ospedaliera nella formazione post - laurea, pur tra i vincoli di legge, il limitato numero di posti nelle Scuole di Specializzazione e forse qualche residua remora degli amici universitari a sposare completamente e sinceramente questa ipotesi di lavoro ormai, ahimè, più che datata.

L'ANMCO e la Ricerca

Nel campo della *Ricerca* ci siamo imposti all'attenzione della comunità scientifica internazionale perché siamo stati in grado di effettuare studi multicentrici con protocolli semplici ed efficaci che hanno coinvolto diverse migliaia di pazienti. I brillanti risultati ottenuti sono stati possibili grazie all'impegno corale di tutti gli associati che hanno lavorato con assiduità e passione collezionando una serie immensa di dati che sono poi stati gestiti in modo straordinario da

Aldo Pietro Maggioni e il suo gruppo. Ora grazie all'impegno di Attilio Maseri è stata avviato un nuovo filone di ricerca focalizzata su quadri clinici che si discostano dalla media della popolazione che possono diventare uno strumento utile per comprendere meccanismi fisiopatologici ed efficacia terapeutica nel singolo paziente. Questa idea originale ed innovativa è stata apprezzata dai guru della Cardiologia mondiale e comincia oggi a compiere i primi passi concreti. Anche questa volta siamo certi di poter arrivare a risultati importanti perché:

- abbiamo la curiosità di guardare avanti;
- è in essere una collaborazione consolidata con un Istituto prestigioso come il Mario Negri;

- abbiamo la possibilità di attivare una rete collaudata di Ricercatori.

Una criticità, più volte segnalata, è relativa al parziale sfruttamento dei database disponibili, che potrebbe dar luogo ad un maggior numero di pubblicazioni: bisogna stimolare tutti gli associati e in particolare i giovani ad essere più curiosi, più propositivi, più fiduciosi in se stessi e nelle enormi potenzialità del Centro Studi in grado di fornire un supporto qualificato. Per supportare la ricerca in modo tangibile ci si è mossi in molte direzioni: le unità di ricerca clinica, il progetto Supporter HCF, i Corsi di introduzione alla ricerca clinica, la scuola di ricerca clinica ed epidemiologica all'Università di Ferrara. Dobbiamo consolidare e rafforzare le professionalità esistenti, la qualità e l'indipendenza dei nostri studi, la forza aggregativa dei nostri progetti. Dobbiamo continuare a cercare strade nuove:

ricerca innovativa, collaborazioni nazionali, internazionali, multidisciplinari, progetti di Salute Pubblica in stretta collaborazione con le Autorità regolatorie, diversificare le fonti di finanziamento. In evidenza la problematica relativa alla mediazione tra ricerca tradizionale e ricerca innovativa: è necessaria la massima sinergia tra tutti i soggetti interessati per garantire l'impiego selettivo e qualificato delle risorse, e coniugare il bisogno di crescita formativa e professionale e la sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali con lo studio degli outliers. E' forse mancato un coordinamento organico con le Aree le cui proposte si sono solo parzialmente integrate con i progetti avviati, senza una discussione approfondita ed esaustiva al loro interno. Attilio Maseri è disponibile ad avviare una discussione approfondita su ogni progettualità individuata, discussa, approvata dalle Aree, dalle Regioni, dai singoli Soci, che siano anche in grado di impegnarsi concretamente per la sua realizzazione. Una considerazione finale ha riguardato le condizioni attraverso le quali l'ANMCO valuta, approva e conduce i progetti di ricerca che vengono proposti, attraverso le sue articolazioni: Consiglio Direttivo, Aree, Comitato Scientifico, Centro Studi. E' fondamentale il rispetto delle specifiche competenze di ciascuno, la trasparenza delle operazioni e la gestione dei finanziamenti, tenendo ben presente che esiste un livello politico - strategico, il Consiglio Direttivo, che definisce le priorità e le modalità di gestione delle risorse, un livello propositivo e consultivo, le Aree e il Comitato Scientifico, e un livello operativo, il

Centro Studi. Quest'ultimo, oltre a dare un giudizio di fattibilità e di tipo metodologico sulle proposte di ricerca, gestirà gli studi approvati o, nel caso non ci fosse la possibilità di farlo e lo studio fosse appaltato a strutture esterne, avrà compiti di monitoraggio, preparazione delle schede di raccolta dati, supporto tecnico, pianificazione delle analisi dei dati e preparazione del rapporto finale. Dal Direttore del *Giornale Italiano di Cardiologia* è venuto, infine, l'auspicio di potere rappresentare la casa comune delle diverse componenti professionali che afferiscono alla Federazione Italiana di Cardiologia interfacciandosi con gli organi scientifici delle Società di settore, di diventare interlocutore scientifico della Società Europea di Cardiologia, di continuare nell'opera di educazione e informazione scientifica continua, di stimolare la ricerca scientifica con particolare attenzione alle peculiarità della realtà italiana.

L'ANMCO e la Formazione: come innovare le proposte formative

Gli obiettivi del *Centro Formazione ANMCO* sono quelli di dare una risposta strutturata alla Mission associativa, promuovere la cultura cardiologia su temi strategici e/o prioritari, dopo una attenta analisi dei bisogni che prevede la definizione del target e la tipologia della struttura di appartenenza. Negli anni abbiamo realizzato una intensa attività formativa che si articola in Campagne Educazionali Nazionali, Seminari di Aggiornamento, Corsi di Clinical Competence, Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare. Anche in tempi di difficoltà economica siamo riusciti annualmente ad

organizzare il Congresso apprezzato e partecipato, che al di là del ricco e diversificato programma scientifico rimane l'occasione più naturale per ritrovarsi insieme in un clima di amicizia e partecipazione. Negli ultimi anni sono emerse nuove normative, nuove tecnologie, nuove opportunità: le Aziende e le Strutture Sanitarie vogliono valorizzare la capacità formativa dei propri operatori, garantire una offerta formativa adeguata alle necessità degli utenti, enfatizzare un approccio interdisciplinare. Cambia in sostanza il paradigma nella formazione che deve essere personalizzata e centrata sul discente, che deve consentire di imparare facendo e di condividere le conoscenze. Siti WEB collaborativi, banda larga bidirezionale, network dedicati, consentono di contenere i costi, ottimizzano i tempi, garantiscono la capillarità e la uniformità della formazione. Certamente bisogna imboccare una nuova strada in grado di realizzare una sintesi tra formazione e qualità dell'assistenza per integrare le competenze cliniche con la cultura gestionale e organizzativa, per favorire la cultura del misurare per migliorare, per misurare il rendimento e monitorare il miglioramento confrontandosi in continuazione con le altre realtà.

Sviluppo e prospettive della Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus

Dalla fine degli anni 90 l'obiettivo di HCF nel settore educativo è quello di promuovere la prevenzione attraverso lo stile di vita sano e la cultura dell'emergenza cardiovascolare nei giovani. Tanto lavoro e tante iniziative sono state portate avanti con successo dal compianto e indimenticato

Franco Valagussa: *Io e il mio cuore*, progetto che punta alla collaborazione tra Cardiologi e Docenti che affida alla scuola il ruolo di soggetto che promuove salute nella comunità, Progetto Scuola Tutto Cuore inserito nei Piani di Offerta Formativa delle scuole, Manuale *Mi muovo, sto bene* per docenti scolastici, Manuale *Apprendere a portare soccorso al cuore* che coinvolge i ragazzi nei programmi di rianimazione cardiopolmonare, Corso su *Stili di vita fumo, alcool, droghe*, Corso *A tu per tu con l'emergenza medica per sapere affrontare i primi minuti*, finalizzato a promuovere la cultura dell'emergenza e la pratica del BLS - D fra i giovani. Più recentemente nell'ambito della ristrutturazione di HCF Fondazione "per il Tuo cuore", l'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO è divenuta, in prima persona, il gestore del Settore Educativo e nell'ambito del progetto del Ministero della Salute Guadagnare Salute è stato avviato il progetto Cuore - Alimentazione - Esercizio fisico che ha già avuto tanto successo.

Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia

Sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia è stato riscritto il Documento *Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia* innanzi tutto per ribadire tre concetti prioritari e irrinunciabili:

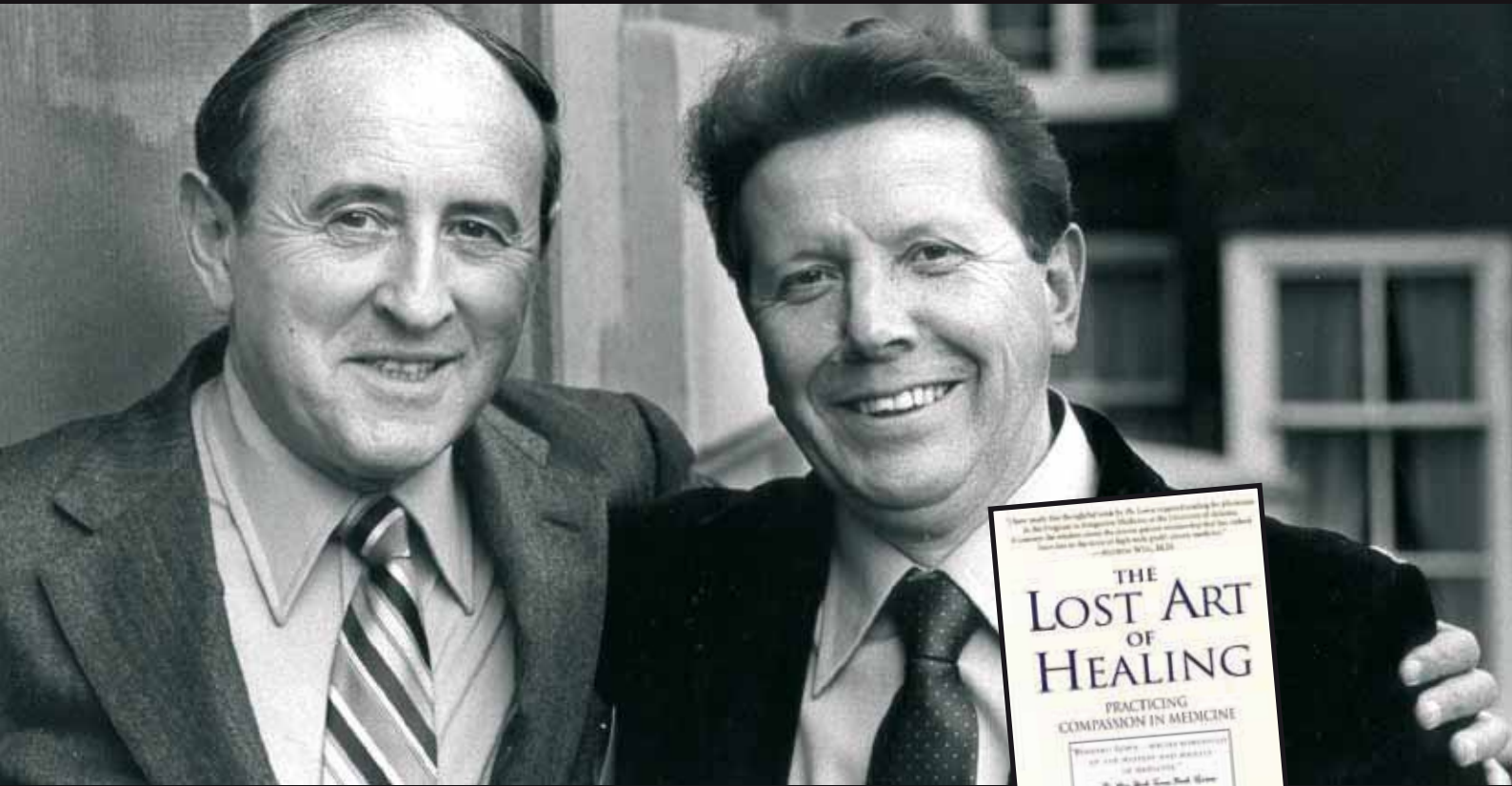
- il Cittadino ha il diritto di ricevere lo stesso trattamento su tutto il territorio nazionale e il SSN deve garantire tale diritto con leggi da applicare anche al di sopra delle Regioni;
- il Paziente cardiopatico ha il diritto di essere curato dal Cardiologo nei reparti di Cardiologia;

- la disgregazione della Cardiologia confonde i percorsi diagnostico e terapeutici e danneggia i Pazienti.

E ancora che le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica sono il perno intorno al quale deve ruotare l'assistenza del Paziente cardiopatico acuto e che il Dipartimento di Cardiologia è il luogo dove si può realizzare la più ampia integrazione specialistica, in grado di razionalizzare le risorse, generare cultura, permettere la contestualizzazione e la implementazione delle Linee Guida, elaborare programmi di formazione in relazione ai bisogni. Come abbiamo sottolineato più volte, a nostro parere, il modello "per intensità di cure" rappresenta un regresso in termini clinici e organizzativi, rischia di frammentare percorsi assistenziali collaudati, riduce l'efficacia delle cure e disperde un patrimonio di cultura e di esperienza accumulato in oltre 40 anni che ha portato ad una riduzione straordinaria della mortalità per malattie. La nostra proposta è un modello "della gradualità delle cure" nell'ambito del Dipartimento di Cardiologia. Si tratta di un Documento di tutta la Cardiologia italiana che dovrebbe dare la opportunità di riflettere senza corporativismi, né battaglie di retroguardia, con la massima apertura ai nuovi scenari che abbiamo davanti. Gli organi istituzionali hanno apprezzato e mostrato interesse verso questa nostra "progettualità": bisognerà continuare a lavorare per dimostrare che la Cardiologia italiana ha ancora molte cose da dire in ambito di ricerca, di formazione, di organizzazione delle risorse e per continuare a rappresentare un punto di riferimento nell'ambito della Sanità italiana.

L'incontro con Benedetto XVI

di A. Maseri e F. Chiarella



Bernard Lown (a sinistra) insieme al Cardiologo sovietico Evgueni Chazov. Dallo scambio epistolare dei due eminenti Cardiologi nacque la IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War)

Perché assumersi un impegno personale ed associativo in una realtà attraversata da segni di profonda crisi? La risposta a questa domanda ampiamente condivisa è già stata data sulle pagine di questa Rivista⁽¹⁾: per svolgere meglio la professione che abbiamo scelto, il cui fine è la salute intera dell'uomo. Se mettere al centro la persona diventa impegno quotidiano, coinvolge e costa di più. Costa di più indagare il paziente con accuratezza, raccogliere attentamente le notizie anamnestiche, riguardare tutta la documentazione, non accontentarsi di produrre prestazioni; costa di più pensare, costa studiare, costa cercare caso per caso una sintesi in termini clinici. Risulta assai più comodo limitarsi ad applicare schemi consolidati di diagnosi e di terapia, che ci aiutano, ma non bastano. Questo mettere al centro la persona viene da lontano, nasce con le radici stesse della nostra cultura, le cui fondamenta sono state poste dalla civiltà greca e

dal Cristianesimo. Quest'ultimo insegna che Dio diventa uomo, cos'altro potrebbe dare più valore alla persona? Rivolgendosi ai Giudei che chiedevano miracoli e ai Greci che cercavano la sapienza, San Paolo ha definito scandaloso che Dio nascesse nel disagio da una donna, lavorasse da carpentiere e morisse ammazzato⁽²⁾. Tralasciamo l'attualità di questo scandalo, resta il fatto che la antropologia che ne è derivata ha segnato la storia dell'Occidente, malgrado i cristiani abbiamo continuato a offuscarla o contrastarla. Chi lavora negli ospedali sa bene che la maggioranza delle Istituzioni ospedaliere è nata dalla solidarietà e dalla carità in contesti sociali di indigenza e in circostanze storiche talora drammatiche, per l'impeto di fondatori illuminati e per la solidarietà di ampi strati popolari. Oggi la Sanità, sia pubblica che privata, si configura come Azienda e se il nome delle Istituzioni porta ancora il riferimento alle loro origini, questo viene avvertito come una dissonanza.

I nomi possono cambiare, i Santi, che da vivi non hanno mai seguito le mode, oggi non sono di moda, ma l'attuale sentire e i processi aziendalistici non cancellano lo spirito di servizio che ha caratterizzato il sorgere degli ospedali e che resiste ancora. La nostra stessa Costituzione, nata in tutt'altro contesto, ripropone con fermezza la centralità della persona⁽³⁾. E' con questo retroterra ed in questa prospettiva che si colloca l'incontro promosso dalla nostra Fondazione con il Papa Benedetto XVI. Nel corso dell'udienza, prevista per il 5 maggio 2010 verrà presentato a Benedetto XVI "L'arte perduta di guarire" di Bernard Lown, premio Nobel 1985. Bernard Lown ha accettato il nostro invito ad un incontro con la Fondazione e a partecipare all'udienza in Vaticano. Il libro di Lown è stato recentemente riproposto all'attenzione dei lettori del *Giornale Italiano di Cardiologia* con una scelta illuminata dell'Editor



Bernard Lown (secondo da destra) insieme agli altri fondatori della IPPNW mentre mostrano ai fotografi il Premio Nobel per la Pace (1985)

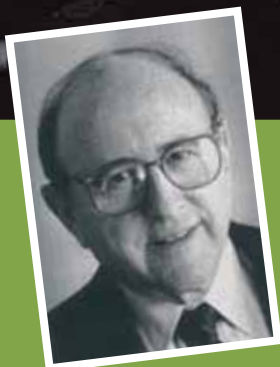
Leonardo Bolognese. La RAI ha accettato di ristamparlo e di inserirlo all'interno di un volume che presenta la Fondazione "per il Tuo cuore", l'ANMCO e lo storico momento rappresentato

dall'incontro con il Presidente della Repubblica avvenuto lo scorso anno. Consegnando quel libro a Benedetto XVI intendiamo ribadire a noi stessi, alle persone affidate alle nostre cure, all'intero mondo sanitario che ci circonda, il nostro impegno a guardare alla persona in quanto unica, irripetibile, soggetto principe di diritti e doveri. E' questa contestualmente la più laica e la più cristiana delle affermazioni. Ispirandosi ad essa si fa buona Sanità, buona Ricerca ma, soprattutto, è questo il modo di essere che più corrisponde a ciascuno di noi.

- 1) CnO n.153
- 2) I Lettera ai Corinti, 22 - 23
- 3) Costituzione Italiana, art. 2 e art.3



Bernard Lown ritratto insieme a Mikhail Gorbaciov in occasione di un incontro avvenuto tra i due al Cremlino nel dicembre del 1985



Premio Nobel per la Pace 1985

Bernard Lown è nato nel 1921 a Utena, in Lituania. Si è laureato in Medicina all'Università del Maine e

specializzato alla

Johns Hopkins University School of Medicine. Professore emerito di Cardiologia alla Harvard School of Public Health, svolge la sua attività al Brigham and Women's Hospital di Boston e al Lown Cardiovascular Center di Brookline (Mass.). E' stato un pioniere nella ricerca sull'infarto: ha inventato fra l'altro il defibrillatore

e una sua versione evoluta, il "cardiovertitore", e per primo ha usato la lidocaina, oggi adottata in tutto il mondo per curare i disturbi del battito cardiaco. I suoi studi più recenti sono dedicati all'influenza dei fattori psicologici sull'attività del cuore. Da sempre Lown si è impegnato attivamente per promuovere la cooperazione internazionale. Nel 1974-1975 ha presieduto la USA-China Physicians Friendship Association e ha coordinato numerose ricerche condotte in comune fra Stati Uniti e URSS sulle malattie cardiovascolari. Nell'88 ha fondato SateLife, organizzazione internazionale di cui è presidente e che utilizza il sistema di telecomunicazioni HealthNet - una rete di satelliti, stazioni a terra e posta elettronica - per l'assistenza sanitaria ai paesi in via di sviluppo. Le sue iniziative

di maggior rilievo sono legate alla prevenzione della guerra nucleare: nel giugno del 1979 Lown scrisse all'eminente cardiologo sovietico Evgeni Chazov, proponendogli la formazione di un'associazione internazionale di medici per la pace. Un anno dopo nacque la International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW), che conta oggi oltre 200mila iscritti in 80 nazioni. Nel 1985 Lown e Chazov hanno ricevuto il premio Nobel per la Pace a nome dell'IPPNW, "per il servizio reso all'umanità diffondendo la consapevolezza delle conseguenze catastrofiche della minaccia nucleare". Lown ha inoltre ricevuto i premi per la pace "George F. Kennan", "Ghandi" e "Cardinal Medeiros".

Il genio non è chi dà le risposte, ma chi pone le vere domande (Anonimo)

di Gian Luigi Nicolosi



Il 18 marzo 2010 al Professor Attilio Maseri, "nostro" Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", è stato assegnato il premio Medaglia d'oro al Merito della Sanità Pubblica 2010. Il riconoscimento è stato consegnato dal Ministro della Salute, Prof. Ferruccio Fazio, durante una cerimonia in cui sono state premiate, sempre per benemerienze sanitarie, altre personalità. La cerimonia e l'assegnazione del Premio sono passati però in sordina, senza clamori, e ciò mi ha particolarmente colpito, perchè il fatto riveste invece, almeno per me, grande rilevanza e stupisce il silenzio che lo ha accompagnato e la discrezione e riservatezza (d'altra parte consueta ed emblematica!) del Premiato. Viene spontaneo ricordare, in contrappunto, come ogni giorno siamo invece bersagliati da notizie di vincitori di ogni tipo di competizione e di assegnazione di riconoscimenti per qualsiasi tipo di azione, con ampio risalto nei media, grande "sconquasso" secondo la teoria del "chi grida più forte". Mi ha colpito anche il fatto che queste benemerienze sanitarie vengono conferite ufficialmente dal Ministero della Salute a seguito di un Decreto del Presidente della Repubblica (che in questo caso è quello del 01/02/2010). Sarà per questo che c'è così silenzio? A parte



la battuta, anche la motivazione del Ministero è particolarmente significativa e pregnante nei confronti del Prof. Attilio Maseri e della sua opera di una vita. Ho così ripensato più profondamente a questi due anni, dal gennaio 2008, vissuti insieme con Attilio Maseri per la Fondazione *“per il Tuo cuore”*, da amico sincero. Sbalordisce quanto ha potuto fare con la sua vulcanica energia, imperturbabile determinazione, instancabile costanza e decisione. Anche per noi e per tutta l’ANMCO è stata una vera rivoluzione copernicana, insieme con il fatto che

l’attenzione è stata portata con enfasi e intelligenza su nuove modalità di ricerca innovativa, basata sui singoli casi e sulla identificazione personalizzata delle cause, ponendo in definitiva domande nuove, al di là e oltre i grandi Trial. Forse ci siamo trovati anche spiazzati da questa visione così aperta, ma anche così elementare, talmente semplice da sembrare talvolta semplicistica. Tutto questo sta facendo un gran bene all’ANMCO, ai suoi Soci, alle cariche istituzionali a livello nazionale e regionale, creando discussione, condivisione, meditazione,

ripensamenti, dibattiti, controversie e portando nuova linfa e vitalità a tutto il tessuto associativo della Cardiologia ANMCO. Ho molto apprezzato tutto questo. Mi sono sentito ancora parte di un grande Rinascimento culturale, rinato a Firenze grazie alle motivazioni e alla visione di uno spirito “friulano”, come quello di Maseri, molto legato alle radici delle cose, oltre che alla sua terra. E’ stato bello riscoprire e accorgersi che la vera genialità, come diceva un anonimo, sta nel porsi domande vere, più che fornire risposte consuete...

La presentazione del Documento FIC Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia al Ministro della Salute

di Giuseppe Di Pasquale

In un incontro svolto presso il Ministero della Salute in data 9 febbraio 2010 il Documento *Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia* è stato presentato al Ministro Prof. Ferruccio Fazio da parte di una Delegazione della FIC (Giuseppe Di Pasquale, Francesco Chiarella, Marino Scherillo, Francesco Fedele, Marco Matteo Ciccone).

clima di grande cordialità e di reciproco ascolto, abbiamo rappresentato al Ministro le preoccupazioni della FIC per la salvaguardia della specificità della Cardiologia a fronte della proposizione di nuovi modelli assistenziali ospedalieri per intensità di cure. Abbiamo inoltre riaffermato il modello della rete integrata dei servizi cardiologici incentrata sulle UTIC,

Ampio recepimento del Documento federativo nel Quaderno del Ministero "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare"

Insieme al Ministro erano presenti il Dott. Filippo Palumbo, Capo Dipartimento della Qualità, ed il Dott. Fabrizio Oleari, Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute. Ha partecipato all'incontro anche il Sen. Prof. Raffaele Calabrò che, nella duplice veste di membro della Commissione Igiene e Sanità del Senato e coordinatore di una sezione del Documento federativo, in questi mesi ha rappresentato per noi una preziosa interfaccia tra la FIC e le Istituzioni Sanitarie nazionali. Nel corso della riunione, svolta in un

che hanno consentito di abbattere la mortalità intraospedaliera per infarto, e quello del Dipartimento Cardiovascolare quale strumento ideale per garantire l'efficienza e la completezza dei percorsi diagnostico - terapeutici. Da parte del Ministro della Salute Prof. Fazio abbiamo con piacere constatato un recepimento delle nostre istanze, anche se ci è stato sottolineato come questi aspetti tecnici della programmazione sanitaria siano competenza degli Organi Regionali. Da parte nostra abbiamo comunque reiterato la richiesta di un atto di



indirizzo con raccomandazioni forti da parte del Ministero della Salute da portare nella prossima Conferenza Stato - Regioni. A tale proposito è in programma un incontro di rappresentanti della FIC con il Dott. Filippo Palumbo per articolare in termini tecnici le nostre richieste. Un risultato particolarmente significativo dell'incontro del 9 febbraio è stata inoltre la proposta indirizzata alla FIC da parte del Ministro Fazio di una collaborazione ad ampio spettro con il Ministero della Salute in tema di implementazione della carta del rischio e prevenzione cardiovascolare, "disease management" ospedale - territorio dello scompenso cardiaco in stretta collaborazione con la Medicina Generale, ridefinizione delle UTIC, tariffazione dei DRG e riabilitazione cardiovascolare. Una gradita conferma del pieno recepimento da parte del Ministro del Documento FIC *Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia* proviene dalla lettura del Quaderno del Ministero della Salute "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare" che verrà presentato agli Amministratori della Sanità il 20 aprile 2010 in occasione

di un convegno presso il Ministero. Si tratta di un Documento elaborato da una Commissione ministeriale (Giovanni Simonetti, Filippo Palumbo, Fabrizio Oleari, Alberto Zangrillo), integrata dal supporto di tecnici professionisti Cardiologi e Cardiocirurghi, finalizzata alla definizione di standard adeguati per la struttura e organizzazione funzionale dell'assistenza alle malattie cardiovascolari. Nella fase di elaborazione di questo Documento il Coordinatore della Commissione Prof. Giovanni Simonetti, a nome del Prof. Fazio, in data 5 aprile 2009 ci aveva chiesto di potere utilizzare per il Documento ministeriale il nuovo Documento *Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia* elaborato dalla FIC. Il Dott. Alessandro Bocconelli, componente tecnico e coordinatore scientifico della Commissione ministeriale e coordinatore di una delle sezioni del Documento federativo, ha rappresentato l'importante trait d'union per incorporare nel Documento ministeriale il "FIC pensiero" in tema di struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia. I punti saldi della rete cardiologica, delle UTIC e del Dipartimento Cardiovascolare, elemento cardine nell'assicu-

rare la gradualità delle cure cardiologiche (contrapposto al modello per intensità di cure indifferenziate) sono ampiamente recepiti nel Quaderno in pubblicazione da parte del Ministero. A mio parere l'incontro svolto il 9 febbraio 2010 ha gettato le basi per poter instaurare una stabile interazione con le Direzioni del Ministero della Salute in uno spirito di sicura volontà collaborativa. Alla base di questo risultato c'è sicuramente il fatto che la Cardiologia italiana si è presentata finalmente unita, condividendo il principio di una interlocuzione unitaria nei confronti delle Istituzioni. Questo è stato ripetutamente sottolineato e particolarmente apprezzato dal Ministro e dai suoi collaboratori. Penso che non ci siano dubbi che quella della unitarietà della Cardiologia sia la strada sulla quale dobbiamo insieme proseguire.

Gli Stati Generali dell'ANMCO sono stati come sempre un momento di discussione aperta, vivace, magari a volte confusa e ripetitiva, ma sempre interessante e stimolante. La premessa già più volte sottolineata è che il Comitato Scientifico è l'organo di Coordinamento delle Aree, non è un'altra cosa rispetto alle Aree

monitoraggio tecnico del Sistema Qualità HCF, già in atto, e crediamo possa diventare responsabilizzante sia per i proponenti che per il Comitato Scientifico stesso che ha approvato il progetto. Naturalmente questa attività riguarderebbe anche il "Fondo ANMCO per la Ricerca" e gli altri Registri e Protocolli approvati dall'ANMCO.

Ruolo del Comitato Scientifico: propositività e indirizzo per la ricerca

di Andrea Di Lenarda

stesse. E' la sede cioè dove oltre alla revisione dei progetti presentati, le Aree hanno modo di confrontarsi, di allineare ed integrare i diversi progetti, ottimizzando le risorse disponibili e "sfruttando" le diverse competenze di chi si occupa di diverse tematiche. Il Comitato Scientifico ha concordato su alcuni punti e su alcune proposte di rilancio dell'attività di ricerca. L'attività di revisione è continuata nel 2009, anzi con un segnale di risveglio rispetto all'anno precedente (11 progetti tra Studi, Trial, Registri contro 5 del 2008). A questo hanno anche contribuito i primi due progetti GISSI Outliers approvati negli ultimi giorni. La proposta è di associare all'attività di revisione quella di monitoraggio degli studi in corso verificando lo stato di avanzamento ed eventuali criticità. Il tutto si affiancherebbe al

Nelle riunioni che si sono svolte nella primavera 2009 il Comitato Scientifico si era fatto promotore di una mediazione tra la ricerca "tradizionale" e la ricerca "innovativa" sugli Outliers per delineare, se possibile, una strategia di ricerca unificante su alcune idee portanti. In realtà, malgrado gli sforzi di alcuni, è emerso un evidente difetto di coordinamento tra Consiglio Direttivo ANMCO - Consiglio di Amministrazione HCF e Aree con il rischio di un ulteriore scollamento tra centro e periferia (rete). Le Aree sono cioè rimaste ai margini della proposta GISSI Outliers, venendo coinvolte solo nella fase di revisione delle proposte dei primi protocolli GISSI Outliers attraverso il Comitato Scientifico. Quanto successo credo non abbia permesso una approfondita discussione all'interno delle Aree su questi progetti né



tantomeno una mobilitazione della rete per la loro realizzazione. Questo secondo noi è un dato su cui riflettere. Per la massima penetrazione nel territorio la rete va coinvolta e motivata partendo dai suoi naturali interessi, coinvolgendola dalle fasi iniziali del progetto, motivandola in questo modo ad una più attenta osservazione dei comportamenti anomali del paziente. La ricerca “tradizionale” e quella “innovativa” in ANMCO devono trovare più di una ragione di convivenza e complementarità all’interno di una progettualità coerente con la ragione di essere dell’ANMCO in una fase di crescita delle Società di settore. Il Cardiologo case - manager per una presa in carico globale e non della singola fase di malattia, contro la frammentazione delle cure. Una progettualità condivisa con le diverse componenti della Cardiologia (Aritmie, Emodinamica, Ecocardio, Riabilitazione) e con le altre Società (Diabetologi, Pneumologi, Nefrologi, Oncologi, Medici d’Urgenza, ecc). Progetti di evidente valenza assistenziale, organiz-

zativa, culturale, scientifica e politica per le Cardiologie e per l’ANMCO. Con un ritorno anche per il nostro Centro Studi. Il prossimo Piano della Ricerca dovrebbe delineare la strategia dell’Associazione, identificando i target, definendo i filoni unificanti, coniugando aspetti di “effectiveness” a quelli dell’osservazione clinica più fine in sottopopolazioni specifiche (partendo anche dai database già esistenti). Alle Aree dovrebbe venir richiesto a inizio mandato del nuovo Consiglio Direttivo di formulare un report dell’attività del biennio e le proposte per il biennio successivo. Le proposte verrebbero discusse e coordinate all’interno del Comitato Scientifico ed andranno a costituire, d’accordo con il Centro Studi, la I bozza del Piano della Ricerca per il Consiglio Direttivo ANMCO - Consiglio di Amministrazione HCF. Il tutto dovrebbe avvenire entro il 2010, anno di insediamento del nuovo Consiglio Direttivo e valere per il biennio 2011 - 2012. Un aspetto non irrilevante di questa attività sarebbe la monitorizza-

zione dei Bandi di Concorso (AIFA, ecc.), in una fase di prossima scadenza di molti brevetti farmaceutici. I contenuti del Congresso sono una vetrina fondamentale per l’ANMCO. Il Comitato Scientifico si offre di coordinare e ottimizzare, con le competenze di cui dispone, le proposte pervenute dalle Aree, dalle Regioni e dagli associati in collaborazione con il Comitato Scientifico del Congresso costituito dal Consiglio Direttivo. Il tutto con un cronoprogramma ben definito e tempi rapidi di valutazione. Naturalmente il Consiglio Direttivo mantiene tutte le sue prerogative nel decidere il programma finale del Congresso.



**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

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile Augusto Murri
Via Augusto Murri, 9 - 63023 Fermo
Tel. 0734/6252432
Fax 0734/6252388
**e-mail: domgab@tiscali.it,
d.gabrielli@asl11.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

Il Progetto URC e Supporter alla Ricerca

Dal GISSI-HF prende il via l'iniziativa per formare e creare delle figure appositamente dedicate a coadiuvare il personale medico nelle attività di ricerca clinica

di M. Ceseri, L. Cipressa, M. Gorini **Il contesto**

La ricerca clinica, in particolare quella in ambito cardiologico di cui ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus si occupano, ha vissuto e sta vivendo, in questi ultimi anni, momenti di difficoltà nel nostro Paese, non solo per la carenza di risorse economiche dedicate, ma anche per la riduzione della disponibilità di risorse umane. Il tutto avviene ed in parte dipende da un contesto formale nazionale e internazionale più strutturato ed esigente che in passato, con una complessità delle procedure che si è appesantita in maniera significativa (dal DM del 15/07/1998 - GCP in poi).

L'idea innovativa

Parte da questi presupposti il progetto della Fondazione, di cui il Centro Studi ANMCO è motore operativo, per implementare in alcuni ospedali l'istituzione della figura del "Supporter alla Ricerca Clinica", una risposta concreta per essere un Paese fortemente competitivo nell'ambito della ricerca cardiologica. Se una delle maggiori barriere nello svolgere con buona efficienza le attività di ricerca che la Fondazione e/o altre istituzioni pubbliche o private propongono è la carenza di personale dedicato, si è pensato come possibile soluzione quella di formare Assistenti alla Ricerca ("Supporter") professionalmente preparati a coadiuvare i Ricercatori in tutti gli aspetti di natura metodologica, logistico - organizzativa che la

ricerca prevede, lasciando ai Medici il solo compito di fare i Medici all'interno dei protocolli di ricerca. L'idea prende le prime mosse concrete dopo un questionario raccolto tra 70 migliori Centri partecipanti al GISSI - HF, dove alla domanda <<Di cosa avreste bisogno per fare ricerca, per farla di più e meglio?>>, la risposta è stata <<Un aiuto locale che gestisca gli aspetti non strettamente clinici che il fare ricerca comporta>>. Dunque la conferma che l'intuizione era quella giusta.

L'implementazione

A partire dal 2007 ha inizio il progetto pilota "URC", per il quale sono state attivate 7 Unità di Ricerca Clinica (URC) sul territorio nazionale, in ciascuna delle quali è stata inserita, dopo un periodo di formazione sia al Centro Studi che in Centri di ricerca ad elevata organizzazione, una persona (individuata dal Centro di ricerca in accordo con il Centro Studi) con competenze di tipo clinical monitor, con presenza stanziale presso il Centro, il cui compito era quello di coadiuvare il personale medico nelle attività di ricerca. L'iniziativa doveva avere durata biennale, supportata in alcuni casi con fondi propri dei Centri coinvolti ed in altri con fondi di diversa provenienza. L'esperienza iniziale si è rivelata positiva da un punto di vista di qualità e quantità di ricerca svolta presso i Centri, ma non facile da gestire da un punto di vista burocratico e

La Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus istituisce la figura dell'Assistente alla Ricerca locale ("Supporter"): professionalmente preparata, che ha il compito di coadiuvare i Ricercatori in tutti gli aspetti di natura metodologica e logistico - organizzativa che la ricerca prevede, lasciando ai Medici il solo compito di fare i Medici all'interno dei protocolli di ricerca

Figura 1
% centri con Supporter
centri con URC



amministrativo: in alcuni centri sono stati reperiti, o sono in via di definizione, modalità e fondi per proseguire autonomamente, dopo il primo biennio “promosso” da HCF. Ma presto si è rilevato che dotare tanti Centri di una persona a tempo pieno e stanziale presentava delle difficoltà, soprattutto dal punto di vista economico. Ecco allora un’alternativa: non più solo URC stanziali ma anche e soprattutto Supporter itineranti, che svolgono le stesse funzioni degli URC ma in più di un Centro, purché questi siano in zone limitrofe alla sua residenza. Dopo un non facile reperimento di ulteriori risorse economiche a sostegno dell’iniziativa, si è dunque proceduto ad una selezione dei candidati, attingendo da varie fonti, come il Master in Ricerca Clinica dell’Università di Ferrara (www.unife.it), precedenti collaborazioni con il Centro Studi in qualità di Monitor Clinico, iscrizioni al Corso di Ricerca Clinica della Fondazione, per giungere ad una forza lavoro di circa 40 unità tra URC e Supporter, allocate su 70 centri (figura 1). A partire dalla metà del 2008 questo gruppo sup-

porta direttamente i centri impegnati in alcuni progetti di ricerca, come IN - HF Outcome e MANTRA, oltre a dare contributi occasionali in altri progetti al momento attivi nei centri di riferimento (BLITZ 4 Qualità, ESC HF - Pilot Survey). L’assegnazione dei Supporter ai Centri è stata determinata sia da criteri di merito che da vincoli di natura geografica, dato che con le risorse economiche a disposizione non è possibile assegnare ai Supporter Centri molto distanti dalle città di residenza.

Le attese

La finalità prima è quella di innescare un circolo virtuoso per cui la presenza della URC o del Supporter aumenti le competenze ed il rendimento del centro, in modo che la partecipazione di questo sia sempre più richiesta, sia nei progetti con promotore profit (solitamente meglio remunerati) che in quelli no - profit (magari con meno risorse ma non meno prestigio);

l’obiettivo è arrivare ad un punto in cui le entrate riescano a sostenere autonomamente la figura dedicata alla URC o addirittura trasformare il Supporter, che segue vari Centri, in una figura esclusiva e permanente per uno dei Centri, quale quella di riferimento nella URC. Dunque la ricerca profit potrebbe sostenere quella no - profit, con benefici per entrambe. Questo consentirebbe, come ulteriore beneficio, la creazione di un nucleo forte di Centri da coinvolgere nei propri progetti di ricerca cardiovascolare, con vantaggi per tutta la comunità cardiologica italiana.

Attività regolatorie: la gestione delle autorizzazioni dei protocolli di ricerca al Centro Studi ANMCO

di Andrea Lorimer

I tempi di autorizzazione di un protocollo di ricerca sono spesso molto lunghi

Da una analisi sui tempi di approvazione degli studi GISSI HF e GISSI AF abbiamo visto alcuni dei fattori che creano ritardo e le possibili soluzioni

Attività regolatorie

Sono ormai diversi anni che all'interno del Centro Studi ANMCO della Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato alla gestione delle attività regolatorie dei protocolli di ricerca. Con il termine "attività regolatorie" si indica l'iter (Figura 1) che viene seguito per ottenere le autorizzazioni allo svolgimento di un protocollo, sia esso di uno studio osservazionale o di uno studio clinico su farmaci, da parte dei Comitati Etici locali e delle Aziende Ospedaliere dei centri partecipanti. Dal 1997 ad oggi vi è stato un continuo susseguirsi di norme relative ai vari aspetti delle sperimentazioni: dal recepimento delle Linee Guida

dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, all'esecuzione delle sperimentazioni da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta; dai requisiti minimi per l'istituzione delle CRO al Decreto per gli studi condotti da enti no profit. E' stato proprio questo proliferare di norme che ha spinto alla formazione di figure professionali specifiche dedicate a questa fase delle sperimentazioni in grado di seguire l'evoluzione delle direttive emanate e di essere aggiornate continuamente riguardo agli aspetti regolatori. A livello internazionale, l'interesse per una maggiore regolamentazione delle sperimentazioni, trova la sua espressione nella Direttiva europea 2001/20/CE che ha come obiettivo, appunto, il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative alla applicazione della Buona Pratica Clinica nella esecuzione della Sperimentazione Clinica di medicinali ad uso umano. Tale Direttiva, recepita in Italia nel 2003 con il decreto 211 tocca un pò tutti gli aspetti della ricerca, dal consenso informato, all'etichettatura del farmaco, alla composizione dei Comitati Etici ed alla necessità che venga rispettata una tempistica rigorosa nella valutazione dei protocolli.

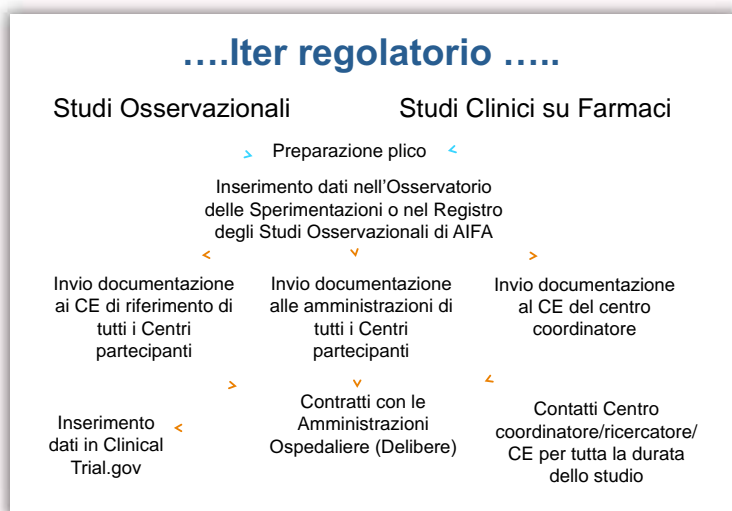
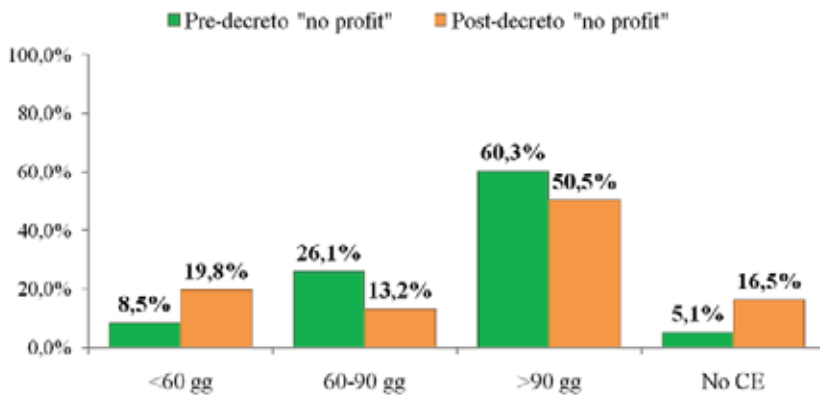


Figura 1

Confronto sugli studi su farmaci pre e post decreto "no profit"



NO CE si riferisce a pratiche avviate ma non giunte a conclusione

Figura 2

Confronto studi osservazionali pre e post linee guida

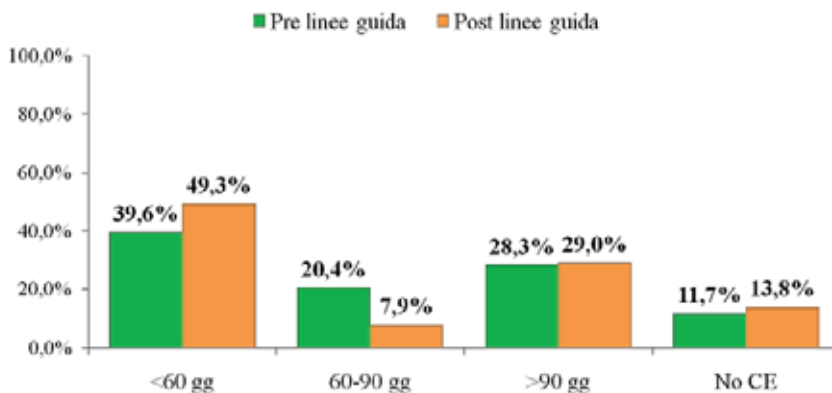


Figura 3

Processo autorizzativo Tempi di approvazione

I tempi di approvazione di un protocollo rappresentano uno dei punti critici nella gestione dei protocolli stessi. L'importanza di poter attivare contemporaneamente il maggior numero di centri partecipanti e quindi di avere le autorizzazioni in tempi brevi, è infatti cosa nota. Più centri arruolano contemporaneamente, più pazienti vengono screenati, prima si raggiunge il sample size previsto dal protocollo.

Purtroppo la lentezza del processo autorizzativo è stata per noi, e parzialmente lo è ancora, una delle cause dei ritardi nel completamento di vari protocolli di ricerca. Da un'analisi fatta sui tempi di approvazione relativi ai protocolli GISSI HF e GISSI AF, con lo scopo di capire le ragioni della lentezza di questa prima "fase", è emerso che ciò era da attribuirsi a tre fattori:

- Poca conoscenza da parte degli sperimentatori di quanto richiesto dai Comitati Etici di riferimento del

proprio centro;

- Necessità di adattare la documentazione relativa ai protocolli alle necessità/regole dei singoli Comitati Etici;

- Difficoltà ad ottenere dai Comitati Etici di riferimento dei centri partecipanti l'esonero dal pagamento del gettone da questi previsto per la valutazione dei protocolli: condizione posta dalla Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus, ente no profit, con l'intento di abbattere i costi di gestione di un protocollo.

Il Decreto 17 dicembre 2004 "Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria", definito "Decreto no - profit", che prevede, fra l'altro, l'esonero del pagamento del fee previsto dai Comitati Etici per sperimentazioni condotte da enti no profit, ha di fatto eliminato quest'ultimo problema. Da un confronto dei dati relativi ai tempi di autorizzazione, suddivisi in fascia 1 (< 60 gg), fascia 2 (60 - 90 gg) e fascia 3 (> 90 gg), di protocolli relativi a studi clinici su farmaci pre e post "Decreto no - profit", emerge che la pubblicazione del Decreto ha inciso positivamente sulla fascia 1 mentre rimane sempre fin troppo rappresentata la fascia 3 (Figura 2).

Studi osservazionali

Le stesse riflessioni si ripropongono per gli studi osservazionali. La normativa su questi ultimi è molto più scarna di quella inerente gli studi su farmaci alla quale questi ultimi fanno riferimento ("Decreto no - profit", ecc.). Tuttavia con Determinazione

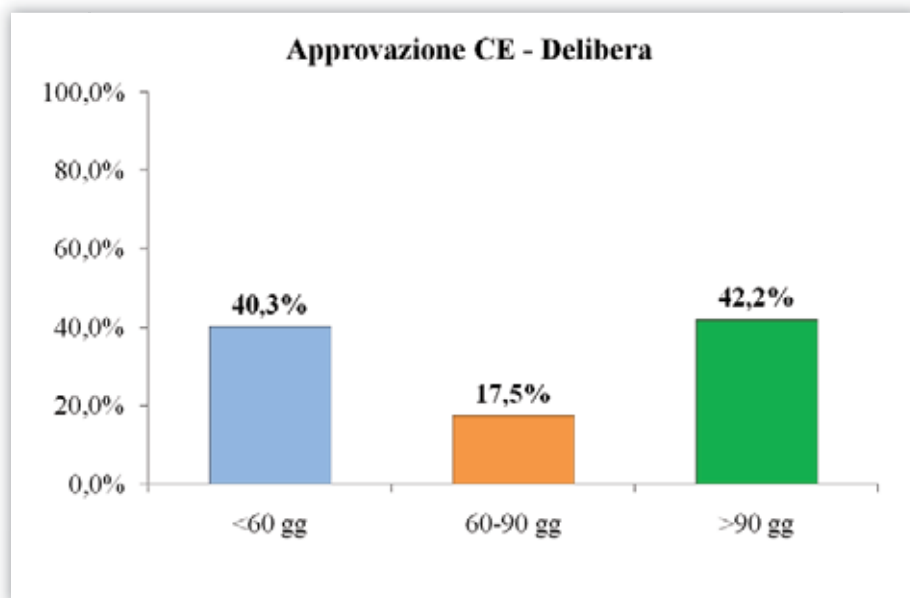


Figura 4

20 marzo 2008 sono state pubblicate le Linee Guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali su farmaci che hanno contribuito ad accorciare i tempi di approvazione. Queste infatti danno indicazioni precise sulle varie tipologie di studi osservazionali e sulla possibilità che alcuni di questi vengano semplicemente notificati al Comitato Etico e seguano, in caso di mancata risposta entro 60 giorni, la procedura del silenzio assenso. Confrontando i tempi di approvazione dei protocolli di studi osservazionali, utilizzando questa volta, come dato di riferimento, la pubblicazione della Determinazione 20 marzo 2008, si vede, Figura 3, un netto miglioramento nella tempistica di approvazione, al pari di quanto era avvenuto con il “Decreto no - profit” per gli studi clinici, nella fascia 1. Purtroppo anche in questo caso la fascia 3 risulta molto rappresentata.

Autorizzazioni amministrative

Nonostante i dati proposti mostrino un trend positivo, il fatto che in molti casi siano necessari più di 3 mesi per ottenere l'autorizzazione da parte dei Comitati Etici non è, purtroppo, così incoraggiante. La partenza effettiva di uno studio infatti è legata non solo

all'autorizzazione dei comitati etici ma anche alle Delibere amministrative il cui rilascio segue, necessariamente, il parere del Comitato Etico. Ai tempi di approvazione di quest'ultimo vanno quindi sommati i tempi legati alle autorizzazioni amministrative. La Figura 4, suddivisa nelle solite fasce, mostra come anche i tempi di autorizzazione amministrativa, una volta ottenuto il parere del Comitato Etico siano molto lunghi.

Consapevolezza del Ricercatore

Come si è visto il Decreto 211, il “Decreto no - profit” e le Linee Guida sugli studi osservazionali hanno contribuito ad accorciare i tempi di approvazione. Delle tre problematiche emerse dai dati del GISSI HF e GISSI AF due restano ancora irrisolte: il problema legato alla poca conoscenza dei Ricercatori della documentazione da predisporre per il proprio Comitato Etico e il problema della modulistica specifica richiesta a corredo del protocollo di ricerca dai Comitati Etici al promotore di uno studio. Per quest'ultimo fattore un nuovo “aiuto” è arrivato dalla pubblicazione DM del 21 - 12 - 2007 - Recepimento delle Linee Guida europee relative alla “modalità di inoltro della

richiesta di autorizzazione all'Autorità Competente, per la comunicazione di emendamenti sostanziali e la dichiarazione di conclusione della sperimentazione clinica e per la richiesta di parere al Comitato Etico” nel quale vengono riportate indicazioni precise sulla documentazione da fornire a corredo dei protocolli di ricerca e sul numero di copie da fornire. Un punto fondamentale che emerge dalle osservazioni e dalle analisi svolte sugli studi condotti dal Centro Studi ANMCO è che i Ricercatori possono avere un ruolo cruciale anche in questa fase, non strettamente clinica, della ricerca. Le conseguenze del prolungamento dei tempi autorizzativi sono sia di tipo etico che di tipo burocratico: da un lato, un ritardo nella risposta al quesito del protocollo sperimentale porta, nel caso di esito positivo, ad un ritardo nella disponibilità di trattamenti efficaci per i pazienti; dall'altro lato configura un notevole dispendio di tempo, energie e denaro per concludere la fase regolatoria e attivare un elevato numero di centri. Nell'ottica di migliorare questo aspetto decisamente critico ci siamo posti come obiettivo la sensibilizzazione dei Ricercatori anche in questa fase della ricerca. Sin dall'invio del protocollo ai Comitati Etici ci attiviamo affinché il Medico referente dello studio sia messo a conoscenza dell'avvio della pratica e del fatto che anche lui dovrà fornire documentazione specifica. Per questo abbiamo definito all'interno del sistema qualità del Centro Studi ANMCO una specifica procedura per monitorare l'effettiva ricezione della documentazione sia da parte dei Comitati Etici che dei Ricercatori.

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 Stefano (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/



*<<Sono salito sulla cattedra per ricordare a me stesso che dobbiamo sempre guardare le cose da angolazioni diverse. E il mondo appare diverso da quassù. Non vi ho convinti? Venite a veder voi stessi. Coraggio! È proprio quando credete di sapere qualcosa che dovete guardarla da un'altra prospettiva>>.
da "L'attimo fuggente"*

L'Ecocardiografia in Emergenza - Urgenza ed in Terapia Intensiva: è il momento!

Alcuni pensieri sull'utilizzo degli ultrasuoni...

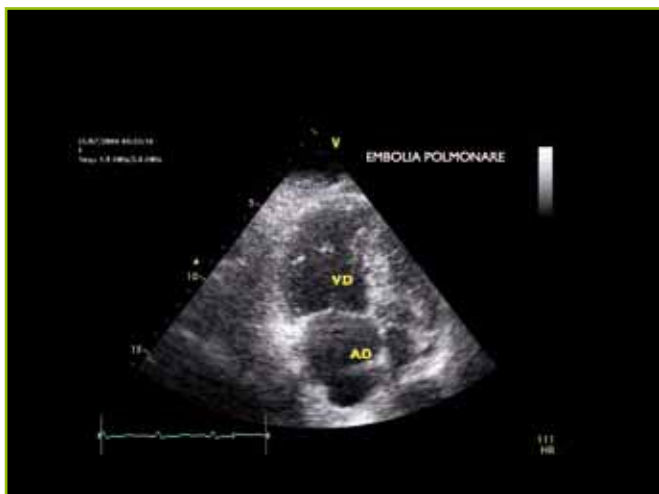
di Paolo Trambaiolo



La condivisione di appropriatezza prescrittiva, esecutiva e formativa nell'utilizzo degli ultrasuoni in Pronto Soccorso e nella Terapia Intensiva Cardiologica non potrà che portare a una migliore gestione dei pazienti in un contesto in cui la competenza e la rapidità di azione sono cruciali per la loro sopravvivenza

Negli ultimi anni la diagnostica per immagini ha avuto una crescita esponenziale nel numero di esami prescritti e nelle possibilità diagnostiche in relazione al grande sviluppo tecnologico. L'ecocardiografia è uno strumento indispensabile nella gestione del paziente cardiologico, che tuttavia soffre ancora di limiti sicuramente insiti nella metodica ma anche di limiti che derivano dalla scarsa volontà di affrontare l'appropriatezza prescrittiva, l'appropriatezza esecutiva e non di secondaria importanza la formazione e la competenza degli operatori. Inoltre è indispensabile fare chiarezza sul tipo di esame ecocardiografico: una cosa è una "ecoscopia" intesa come un esame semplificato, prolungamento dell'esame obiettivo, orientato a un quesito clinico e mirato alla ricerca di pochi

reperti grossolani e altro è effettuare un esame ecocardiografico transtoracico "completo ed esaustivo" acquisito con un protocollo standardizzato, memorizzato su supporto elettronico e accompagnato da un referto con i dati numerici indispensabili. In entrambi i casi l'operatore deve possedere la competenza necessaria ad effettuare quel particolare tipo di esame e ad utilizzare i dati ottenuti nel contesto di quel determinato setting clinico. In tema di emergenza/urgenza l'ecocardiografia metodica largamente disponibile, ripetibile e di relativa facile esecuzione non occupa ancora il posto che le spetterebbe probabilmente per la mancanza di Linee Guida specifiche ma anche per una scarsa convinzione da parte dei Medici di un suo utilizzo più strutturato.



Razionale dell'utilizzo in Pronto Soccorso

In una Sala Rossa di un Pronto Soccorso spesso il Medico prende decisioni diagnostiche - terapeutiche pressato dal fattore tempo, utilizzando, oltre alla capacità di eseguire una buona anamnesi e un buon esame fisico, solo un fonendoscopio, uno sfigmomanometro, un elettrocardiografo ed un esame emogasanalitico. In questo contesto "l'ecoscopia" intesa appunto come la ricerca di reperti più o meno grossolani ma clamorosi ed evidenti, e fortemente attesi in caso di pazienti con instabilità delle funzioni vitali, gioca un ruolo centrale per la ricerca ed il trattamento delle relative cause (diagnosi differenziale nel dolore toracico, nelle sindromi aortiche acute, nell'embolia polmonare, ecc.).

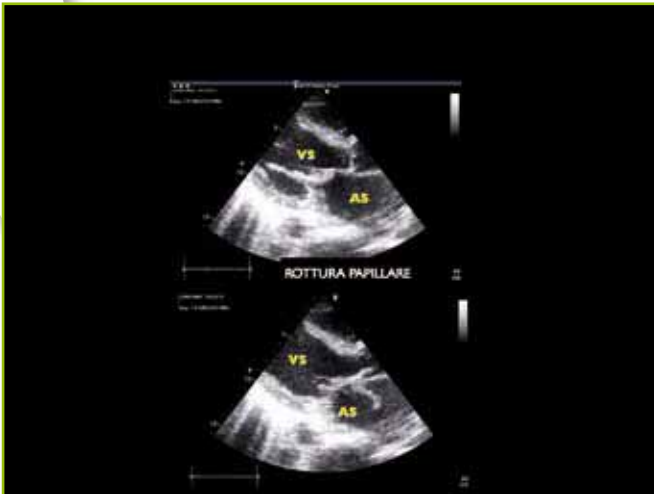
Razionale dell'utilizzo in UTIC

Le Unità di Terapia Intensiva Coronarica nate per la cura dell'infarto miocardico acuto e del trattamento delle aritmie si stanno trasformando in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) dedicandosi alla gestione di tutti i pazienti acuti cardiologici trattando una più ampia varietà di condizioni cliniche critiche, che richiedono dispositivi e trattamenti sempre più sofisticati (contropulsatore, ventilatori, ultrafiltrazione ecc...)

ed un alto grado di specializzazione degli operatori sanitari. Quindi la figura del Cardiologo intensivista chiamato spesso in emergenza come uno dei primi Medici ad assistere un paziente con molteplici gravi patologie extracardiache deve acquisire un elevato numero di competenze tecniche in modo da avvalersi dei più recenti presidi diagnostici e terapeutici. Tra i presidi non invasivi l'ecocardiografia si colloca certamente in posizione centrale. Infatti può essere utilizzata in varie modalità e setting clinici come ad esempio nella diagnosi e nella definizione delle possibili cause di uno shock cardiogeno, nella valutazione della cinetica regionale e globale del ventricolo sinistro, nell'individuazione dell'eventuale rottura di un muscolo papillare o del setto interventricolare, con la possibilità di supplire talora alla necessità di effettuare un monitoraggio emodinamico e con la possibilità di valutare anche pazienti ventilati meccanicamente con l'ausilio di una sonda transesofagea; oppure può concorrere alla diagnosi di tamponamento cardiaco e supportare il Cardiologo nell'esecuzione di una pericardiocentesi; oppure può dare indicazioni fondamentali per arrivare alla diagnosi di embolia polmonare.

Principi e formazione

Vediamo quali sono le principali caratteristiche della metodica. L'ecoscopia è una estensione dell'esame obiettivo nel contesto dell'emergenza/urgenza, effettuata mediante un limitato numero di proiezioni ecocardiografiche, utilizzando la tecnica mono e bidimensionale senza Doppler, con una valutazione qualitativa e/o semiquantitativa (funzione di pompa del ventricolo sinistro severamente, moderatamente, lievemente ridotta?), che risponde a domande di elevato impatto clinico (paziente vuoto? versamento pericardico?) mediante risposte di tipo binario (si/no), con una analisi critica e coerente con il setting clinico. Nel caso il dato sia equivoco è fondamentale riconoscere quando è necessario un livello superiore di competenza ecocardiografica richiedendone appropriatamente l'intervento. Le più recenti Linee Guida sull'appropriatezza dell'ecocardiografia in emergenza urgenza, esito di un lavoro multidisciplinare condiviso tra le Società Scientifiche americane tra cui quelle di imaging, hanno identificato in alcuni quadri clinici quali l'instabilità emodinamica, l'infarto miocardico acuto, l'insufficienza respiratoria e l'embolia polmonare, come l'utilizzo dell'ecocardiografia sia



molto appropriato. Tuttavia l'ecoscopia trova il suo naturale utilizzo in tutte quelle condizioni caratterizzate da insufficienza cardiocircolatoria e/o respiratoria e/o con arresto cardiaco non defibrillabile (attività elettrica senza polso - PEA - o asistolia). Per ciò che concerne il Cardiologo intensivista in UTIC è auspicabile che, oltre a saper eseguire ed interpretare una ecoscopia, possenga almeno il livello II di competenza dell'American Society of Echocardiography allargato all'utilizzo in alcuni setting clinici (paziente intubato e ventilato meccanicamente) alla tecnica transesofagea. In termini di formazione si comprende come il percorso formativo sia fondamentale perchè deve essere effettuato in relazione ai due tipi di utilizzo degli ultrasuoni: ecoscopia ed ecocardiogramma completo. Nel primo caso la durata della formazione può essere relativamente breve al fine di portare a termine un esame in pochi secondi/minuti da utilizzare efficacemente in alcuni determinati contesti clinici. Molto più lungo e complesso il percorso formativo che porta all'esecuzione di un esame completo ed esaustivo che utilizza anche la tecnica color - Doppler e richiede l'effettuazione di un pacchetto più o meno ricco di misurazioni.

Ultrasuoni ed arresto cardiaco

L'arresto cardiaco è una condizione che frequentemente si riscontra nella Sala Rossa del Pronto Soccorso ed in terapia intensiva e mentre nella tachicardia ventricolare senza polso e nella FV l'aritmia è il goal del trattamento, la PEA e l'asistolia possono essere corrette solo se ne riconosciamo le cause sottostanti. Se ricordiamo le possibili cause di PEA quali l'ipossia, l'ipovolemia, il pneumotorace, il tamponamento cardiaco, l'embolia polmonare possiamo capire come, quando rapidamente e correttamente identificate, possano essere rimosse con manovre che tuttavia essendo invasive non possono essere effettuate solo sulla base di anamnesi ed esame fisico. In questo campo l'ecoscopia permette utilizzando la "sezione quattro - camere del cuore e del pericardio da una finestra acustica accessibile (sottocostale, apicale)" e la "sezione anteromediale a livello del secondo spazio intercostale sulla linea medio - clavare del polmone e della pleura", di ricavare informazioni preziose ed immediate a livello cardiaco (ipovolemia, embolia polmonare, tamponamento cardiaco, deficit di pompa del ventricolo sinistro) e polmonare (pneumotorace). Se disponibile, durante l'ACLS, può essere utile anche l'ecocardiogramma

transesofageo che non richiede l'interruzione del massaggio cardiaco.

Ultrasuoni meno usuali

L'ecografia può essere utilizzata anche in modo meno usuale in ambito polmonare o mentre si effettuano procedure invasive. L'ultrasonografia polmonare, mediante l'analisi accurata delle regioni anteriori, laterali e posteriori dei campi polmonari, utilizzando scansioni longitudinali e trasverse, può essere di grande aiuto nella diagnosi differenziale tra il consolidamento e l'atelectasia polmonare. Inoltre si possono identificare alcuni segni eco normalmente non presenti nell'ambito degli artefatti provocati dall'aria di un polmone sano, quali le linee B, chiamate anche "comete ultrasonore". Esse sfruttano un fenomeno strettamente correlato all'artefatto ultrasonoro del riverbero, e sono dimostrative dell'ispessimento dei setti interlobulari sub pleurici per accumulo di liquido (edema interstiziale o polmone umido). Infine è ormai indispensabile l'utilizzo dell'ecografia nella preparazione ed esecuzione di manovre invasive quali ad esempio il posizionamento di un catetere venoso centrale in giugulare interna o l'effettuazione di una pericardiocentesi o una toracentesi.



Un futuro presente...

In questo momento storico della terapia intensiva con la nascita del modello organizzativo dell'alta intensità di cure, è sicuramente indispensabile mettere mano alla standardizzazione dell'ecografia in emergenza/urgenza. La condivisione di appropriatezza prescrittiva, esecutiva e formativa nell'utilizzo degli ultrasuoni in Pronto Soccorso e nella terapia intensiva cardiologica non potrà che portare a una migliore gestione dei pazienti in un contesto in cui la competenza e la rapidità di azione sono cruciali per la loro sopravvivenza.

Bibliografia

1. Maggolini S, Bozzano A, Russo P. Echocardiography - Guided Pericardiocentesis with Probe-Mounted Needle: Report of 53 Cases. *J Am Soc Echocardiogr.* 2001 Aug;14(8):821-4
2. Salustri A, Trambaiolo P. Point-of-care echocardiography: small, smart and quick. *Eur Heart J.* 2002; 23(19):1484-7
3. Salustri A, Trambaiolo P. The ultrasonic stethoscope: is it of clinical value? *Heart* 2003; 89(7): 704-6
4. Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS et al, on behalf of the Working Group on Acute Cardiac Care of the European Society of Cardiology. Recommendations for the structure, organization and operation of intensive cardiac care units. *Eur Heart J* 2005; 26:1676-82
5. Piccoli M, Trambaiolo P, Salustri A et al. Bedside diagnosis and follow-up of patients with pleural effusion by hand-carried ultrasound device early after cardiac surgery. *Chest* 2005; 128:3413-3420

6. Niendorff DF, Rassias AJ, Palac R et al. Rapid cardiac ultrasound of inpatients suffering PEA, arrest performed by non-expert sonographers. *Resuscitation* 2005; 67:8187.
7. Stewart WJ, Douglas PS, Sagar K et al, Task force on echocardiography in emergency medicine of the American Society of Echocardiography and the Echocardiography and TPCE Committees of the American College of Cardiology. Echocardiography in Emergency medicine: A policy Statement by the American Society of Echocardiography and the American College of Cardiology. *J Am Soc Echocardiogr* 1999; 12:82-4
8. Picano E, Frassi F, Agricola E et al. Ultrasound lung comets: a clinically useful sign of extravascular lung water. *J Am Soc Echocardiogr* 2006; 19:139-146
9. Trambaiolo P, Papetti F, Posteraro A et al. A hand carried ultrasound device in the outpatient cardiology clinic reduces the need for standard echocardiography. *Heart* 2007; 93(4):470-5
10. Lichtenstein DA. Ultrasound in the management of thoracic disease. *Crit Care Med.* 2007 May;35(5 Suppl):S250-261
11. Douglas PS, Khandheria B, Stainback RF et al. TTE/TEE appropriateness criteria Working Group. ACCF/ASE/ACEP/ASNC/SCAI/SCCT/SCMR 2007 appropriateness criteria for transthoracic and transesophageal echocardiography endorsed by the American College of Chest Physicians and the Society of the Critical Care Medicine. *J Am Soc Echocardiography* 2007; 20:787-805.
12. Feller-Kpman D. Ultrasound-guided internal jugular access: a proposal standardized approach and implications for training and practice. *Chest* 2007; 132:302-309
13. Hernandez C, Shuler K, Hannan H et al. C.A.U.S.E.: Cardiac arrest ultrasound exam- A better approach to managing patients in primary non arrhythmogenic cardiac arrest. *Resuscitation* 2008; 76:198-206

14. Mandorla S, Trambaiolo P, De Cristofaro M et al. Appropriatezza e priorità clinica dell'esame ecocardiografico nella valutazione e nel follow up delle patologie cardiovascolari e delle patologie con interessamento dell'apparato cardiovascolare. *G Ital Cardiol* 2010 (in press)
15. Fradella G, De Luca L, Tubaro M et al. Le competenze cliniche del cardiologo di unità di terapia intensiva cardiologica: dalle esigenze pratiche ai progetti formativi. *G Ital Cardiol* 2010; 11(1):6-11
16. Trambaiolo P, Ciolli A. Diagnosi, trattamento e Percorsi delle urgenze Cardiologiche in pronto soccorso. *CESI* 2010 (in press)
17. Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare (S.I.E.C.), CONSENSUS CONFERENCE 2005. A cura di: Alfredo Zuppiroli, Giovanni Corrado, Margherita De Cristofaro, Andrea Erlicher, Alfonso Galati, Maria Penco, Margherita Sorino, Luigi Badano, Raffaele Calabrò, Giuseppe Gullace, Roberto Lorenzoni, Sara Mandorla, Antonio Pezzano, G. Paolo Pino, Alessandro Salustri, Giuseppe Scattolin, Francesco Antonini-Canterin, Costantino Astarita, Pio Caso, Scipione Carerj, Enrico Cecchi, Fabio Chirillo, Nicola D'Amato, Giovanni Dialetto, Gianbattista Durante, Antonio Falcone, Oscar Gaddi, Giovanni Gnecco, Egidio Mariotti, Antonella Moreo, Daniela Pavan, Paolo Giuseppe Pino, Piergiuseppe Piovesana, Ketty Savino. www.siec.it/formazione



Uno, nessuno e centomila Tanti modi per farsi riconoscere

di Guido Giordano

La tessera sanitaria è un tassello del nuovo mondo della medicina informatizzata. Rimarrà una soluzione valida ancora per molti anni, finché qualcuno non inventerà una soluzione migliore.

Mario Rossi, in vacanza in Sicilia, ha appena acquistato un regalo per la moglie, pagandolo con il proprio bancomat. Quando era giovane utilizzava solo denaro in contante, adesso ha imparato a fidarsi degli strumenti informatici bancari. Non teme addebiti inappropriati sul proprio conto, ritiene il sistema sicuro ed affidabile. Rispetta scrupolosamente alcune cautele: custodisce

con cura il badge e mantiene segreto il proprio PIN. Negli ultimi decenni ha assistito ad una rivoluzione dei servizi bancari che si è accompagnata ad una profonda metamorfosi delle consuetudini di milioni di utenti. In qualunque postazione POS, in Italia o all'estero, egli può essere identificato, senza possibilità di errore, per attingere al proprio conto in banca. Ma il Sig. Mario Rossi è anche un cardiopatico, due anni fa ha avuto un

infarto acuto del miocardio, è stato sottoposto ad un intervento di rivascolarizzazione miocardica percutanea e all'impianto di un defibrillatore. Da allora si preoccupa di portare sempre con sé una copia di alcuni documenti clinici; non conosce altro modo per consentire al Medico che dovesse soccorrerlo di accedere alle preziose informazioni che lo riguardano. Da quando è cardiopatico una constatazione lo turba e lo sorprende:

l'incongruenza tra l'imponente ed efficiente infrastruttura virtuale che collega banche ed istituti di credito e che si traduce in servizi per milioni di utenti e l'anacronistica organizzazione sanitaria, affidata a scartoffie e a modelli arcaici. Le sue considerazioni sono condivise da Daria, giovane Cardiologa cui ha affidato le proprie cure: gran temperamento, trasuda entusiasmo ed aspettative per i progressi della scienza e della tecnologia. Daria è una brava Dottoressa che mostra molta dimestichezza con l'informatica e nuove tecnologie, tuttavia gli ha confessato che su questi argomenti non trova insegnanti e che agisce da autodidatta. «Quanto del denaro che guadagna, lei tocca con mano?» gli ha chiesto Daria. In effetti, da quando il suo stipendio è canalizzato in banca, Mario non vede più mazzette di banconote, ma provvede alla maggior parte delle spese con bonifici su internet, carta di credito o bancomat. Tiene in tasca solo piccole cifre, per pagare il pane, il bar, i quotidiani, le mance. «Rende le sue generalità alla cassiera che ha in mano il suo bancomat?», altra domanda provocatoria. «Quanti miei omonimi ci sono in Italia?», si chiede Mario. «Alle casse nessuno mi ha mai chiesto la data e il luogo di nascita; qualche volta ho mostrato la mia carta d'identità ma non ho mai visto la cassiera digitare le mie generalità. Come fa il commerciante ad essere certo che sarò proprio io a pagare il conto?». Daria gli ha spiegato che un sistema informatico

che governa preziose informazioni e che coinvolge milioni di individui non può ammettere errori di identificazione. L'annotazione delle generalità è una soluzione inaffidabile, a rischio di errore, una lungaggine inadatta alle code delle casse del supermercato. Il chip alloggiato nel bancomat contiene un codice che identifica con assoluta certezza il titolare del conto. Mario pensa alle copie delle cartelle cliniche ed ai numerosi controlli ambulatoriali, sintetizzati in una serie di schede che, insieme ai CD delle coronarografie e degli esami ecocardiografici, ha raccolto in un faldone, riposto nel secondo cassetto della scrivania. Quelle informazioni non dovrebbero stare là, ma in un luogo ben protetto e accessibile per via telematica, sempre e dovunque. Proprio come il suo conto in banca. Daria gli ha spiegato che un simile processo di trasformazione del mondo sanitario è già iniziato e che rappresenta il passaggio obbligato per affrontare il problema degli enormi costi del Sistema Sanitario. Si tratta di un processo lento, di difficile realizzazione, destinato a produrre profonde trasformazioni culturali e nelle consuetudini di tutti gli operatori della Sanità e dei cittadini. In questi ultimi due anni, Mario si è recato più volte in ospedale per ricoveri e controlli ambulatoriali, sempre sotto la guida del proprio Medico di Medicina Generale. Egli prova ad immaginare i tanti momenti del suo trascorso in quel panorama futuro che gli ha prospettato Daria. Come cambieranno le

esperienze che egli ha vissuto? Come cambierà il lavoro dei Medici e degli Infermieri? «L'elettrocardiogramma intestato a Mario Rossi non potrà più essere accettato nel sistema informatico globale», dice Daria, «Quanti Mario Rossi ci sono al mondo, centomila? Quell'elettrocardiogramma non apparterrebbe più a nessuno. Invece deve essere abbinato ad un solo Mario Rossi, lei». L'Infermiere che attualmente annota le generalità del paziente durante la registrazione dell'elettrocardiogramma, non potrà più farlo, non potrà più annotare le generalità sulle provette del sangue o di altri campioni da analizzare. Dovrà compiere altri gesti, un po' come fa la cassiera. Gesti e soluzioni da inventare; le soluzioni da proporre dovranno essere sicure e tradursi in gesti semplici e rapidi. Altrettanto dovrà fare il Medico. Come prescriverà la terapia? Come preparerà ricette e documenti? «Una prima testimonianza del nuovo mondo sanitario è la tessera sanitaria che ha imparato a portare sempre con se», dice Daria, «la tessera contiene il suo codice identificativo ed è un tassello di quel nuovo mondo. Rimarrà una soluzione valida ancora per molti anni. Poi si vedrà, qualcuno inventerà una soluzione migliore». Forse è questa una delle ragioni dell'entusiasmo di Daria. Quel mondo è ancora tutto da inventare, adatto alle menti fertili e ricco di opportunità per i giovani. Per contattare l'autore: guido.giordano@ecocardiografia.info

Stati Generali 2010: considerazioni dal Terzo Stato

Discussa la sempre maggiore complessità ed articolazione dell'Associazione alla luce delle innovazioni recenti e delle prospettive future

di *Andrea Rubboli*

Gli Stati Generali 2010 sono stati convocati per discutere le criticità attuali e gli indirizzi prossimi futuri dell'ANMCO

La valorizzazione della spinta culturale sulle Aree risulta strategica per mantenere elevata la qualità e l'operatività dell'Associazione

Alcune importanti azioni sono state identificate per perseguire questo obiettivo

Ancien Règime, Terzo Stato, Luigi XVI, Rivoluzione Francese: sono queste le reminiscenze che affiorano dal nostro passato liceale quando si nominano gli Stati Generali. Questi costituivano un organo di rappresentanza dei tre ceti sociali (Clero, Nobiltà e Terzo Stato) esistenti nello Stato francese prima della rivoluzione del 1789 e venivano generalmente convocati quando sul paese incombevano pericoli di una certa importanza. Per mantenere il parallelismo tra lo Stato francese pre - rivoluzionario e l'ANMCO, la convocazione degli Stati Generali che si sono tenuti a Santa Trada di Cannitello - Villa San Giovanni (RC) il 15 e 16 gennaio scorsi è evidentemente specchio dell'esigenza di analizzare criticamente l'attività corrente e gli indirizzi prossimi futuri dell'Associazione, oltre che di trovare spunti per comporre divergenze sicuramente esistenti, anche se non sempre manifeste, tra le sue varie componenti ed i suoi vari organismi. In considerazione dell'attuale disaffezione a partecipare fattivamente alla vista associativa e delle forze tendenti, in parte interne (per le spinte autonomiste delle Società di Settore) ed in parte esterne (per la riorganizzazione dei modelli assistenziali promossa dagli amministratori della Sanità), tendenti alla disgregazione della

comunità cardiologica, la minaccia di un indebolimento ed impoverimento della nostra Associazione appare imminente. Nel corso degli Stati Generali sono stati pertanto affrontati e discussi molteplici aspetti di cogente attualità e cruciale importanza, quali la comunicazione, le politiche regionali, delle Aree e verso i Giovani, i rapporti con le Società di Settore e le specialità di Area Critica, la ricerca e la formazione, gli sviluppi e le prospettive della Fondazione, oltre ad essere stato tracciato un bilancio degli ultimi tre anni di attività della Federazione Italiana di Cardiologia. A chi scrive era stato affidato il compito di sollecitare la discussione su come valorizzare la spinta culturale delle Aree. **Come valorizzare la spinta culturale delle Aree?**

Pur essendo possibile che altri si identifichino in esso, secondo chi scrive al Terzo Stato dello Stato francese pre - rivoluzionario sembrano corrispondere le Aree. Analogamente infatti alla rappresentanza dei ceti meno abbienti, anche le Aree lamentano in generale una insufficiente considerazione da parte di Luigi XVI, dei nobili e del Clero, e cioè del Consiglio Direttivo, della Fondazione e del Centro Studi. Nonostante infatti il Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aree, che secondo Statuto "rappresentano la

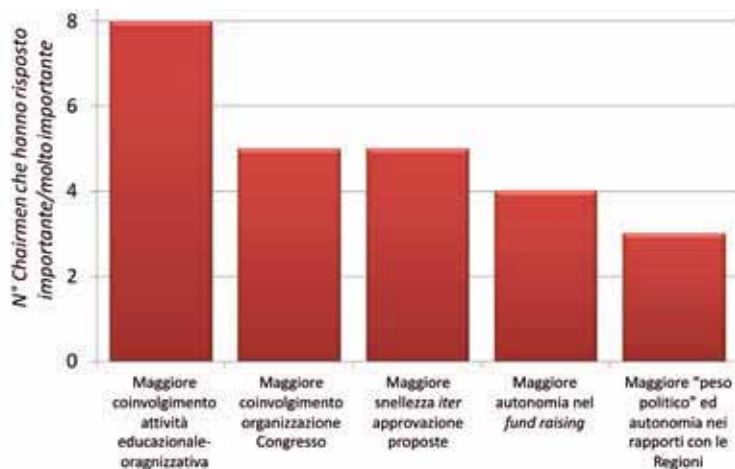
forma organizzativa di aggregazione culturale ed operativa dell'ANMCO", reciti che queste "non sono entità distinte dall'Associazione, ma si identificano con essa", ciò non sembra corrispondere alla realtà. Non infrequentemente infatti, le proposte delle Aree non vengono adeguatamente prese in considerazione oppure devono sottostare ad interminabili passaggi burocratico - amministrativi, mentre al contrario alcune iniziative e cam-

valorizzata, si è deciso di coinvolgere tutti e 9 i Chairmen di Area, inviando loro un questionario in cui erano state individuate cinque possibili criticità, delle quali veniva richiesto di graduarle l'importanza secondo una scala da 1 a 5 (e cioè, da non importante a molto importante). Le cinque criticità erano rappresentate dall'esigenza di ottenere: 1. maggiore autonomia nel reperimento di finanziamenti per le iniziative; 2. maggiore coinvolgimento

maggiore snellezza nell'iter burocratico di approvazione delle proposte, sono stati individuati nell'ordine quali punti principali su cui agire per valorizzare la spinta culturale delle Aree. E' stato inoltre sottolineato come queste abbiano la necessità di poter contare su un canale di interlocuzione "privilegiato" con il Centro Studi, il cui supporto scientifico - logistico è fondamentale ed auspicato. Come sottolineato da chi scrive, le Aree dal canto loro devono garantire una adeguata operatività attraverso l'interazione e condivisione costante con il Consiglio Direttivo, la composizione qualificata dei Comitati di Coordinamento, la progettualità costante e di qualità, la capacità di finalizzare i progetti intrapresi e la capacità di reclutare e fidelizzare gli Iscritti.

Quali conclusioni?

Ovviamente durante gli Stati Generali non è stato possibile giungere alla soluzione delle criticità. Nondimeno, i punti precedentemente esposti, e quelli emersi nel corso della discussione, vanno considerati una base adeguata da cui partire per valorizzare fattivamente la spinta culturale delle Aree (che a nostro avviso è comunque innegabilmente presente). Sarà soprattutto compito del Consiglio Direttivo di prossimo insediamento cercare di ottimizzare la propositività e le risorse all'interno dell'Associazione. Questa infatti non può e non deve prescindere dalla specificità dei suoi organismi da un lato, mentre dall'altro ne deve concordare, condividere e coordinare l'operatività. Il momento è opportuno per riconsiderare il ruolo delle Aree all'interno dell'Associazione e addirittura la loro sopravvivenza



pagne strategiche di settore vengono lanciate dal Direttivo senza condivisione e partecipazione degli esperti riconosciuti di quel settore, e cioè appunto delle Aree. A ciò si aggiunge poi l'annoso problema del reperimento autonomo dei finanziamenti per le varie iniziative, al quale le Aree da un lato non hanno diritto (in quanto questo è di competenza dell'ANMCO centrale), ma dall'altro ne hanno necessità per lo sviluppo e la conduzione dei progetti. Partendo dalla considerazione che il titolo affidato a chi scrive presuppone che la spinta culturale già esista e che questa vada solamente

nell'organizzazione del Congresso Nazionale; 3. maggiore snellezza nell'iter burocratico di approvazione proposte; 4. maggiore coinvolgimento nella programmazione delle attività educazionali - organizzative; 5. maggiore "peso politico" ed autonomia nei rapporti con le Regioni. La pronta collaborazione di tutti i Chairmen ha permesso di disegnare un quadro quanto più possibile generale e condiviso, nel quale un maggiore coinvolgimento nella programmazione delle attività educazionali - organizzative, un maggiore coinvolgimento nell'organizzazione del Congresso Nazionale ed una

Valutazione dei bisogni degli Associati ANMCO per elaborare le strategie future: una iniziativa pratica

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

Conoscere i bisogni degli Associati è strategico per l'ANMCO al fine di identificare delle scelte e delle iniziative che soddisfino le richieste e le aspettative reali degli Associati stessi

L'esempio descritto in questo articolo riporta una semplice esperienza concreta già in essere che soddisfa il bisogno di conoscenza per pianificare proposte sentite dalla base e quindi indispensabili per dare un ruolo ad una moderna Società Scientifica

Organizzazioni e analisi strategica

I Sistemi organizzativi maturi prevedono che una Organizzazione abbia piena consapevolezza di sé analizzando l'ambiente interno ed esterno ad essa. Tale consapevolezza genera delle valutazioni strategiche che sono una delle caratteristiche indispensabili per la sopravvivenza dell'Organizzazione stessa quando si voglia porre a confronto e competere con il "mondo di fuori". Poiché le attività umane operano spesso con margini di aleatorietà tanto maggiori quanto più complessi e variegati sono i legami e le interdipendenze che concorrono a determinarne gli esiti (per l'approfondimento della tematica si rimanda alle teorie del caos), la gestione strategica della Organizzazione, nella sua versione più classica, tenta di anticipare le risposte agli sviluppi dei contesti e delle situazioni al fine di raggiungere condizioni di vantaggio competitivo prima e meglio degli altri. In tutte le Organizzazioni tale analisi dovrebbe avere come riferimento la realizzabilità del dettato della propria missione cui deve essere dato compimento. L'elaborazione di piani, l'allocazione delle risorse, la scelta di tempi ed obiettivi, la verifica ed il confronto

dei risultati raggiunti rispetto a quelli attesi individuando percorsi di miglioramento o di riformulazione strategica (PDCA: Plan, Do, Check, Act), non possono eludere un passaggio fondamentale quale l'analisi dei punti di forza e di debolezza dell'Organizzazione e la valutazione dei rischi e delle opportunità che essa dovrà affrontare o che potrà cogliere quando miri a realizzare i suoi scopi.

Missione, strategia, struttura

Esiste nella attuale organizzazione dell'ANMCO un flusso costante di informazioni dai vertici alla base dei Soci (il "mondo di dentro"), che non riguardano solo aspetti di cultura cardiologia ma anche lo sviluppo dell'azione di governance dell'organizzazione. I Soci, a loro volta, svolgono un duplice ruolo: da un lato è data loro la possibilità di contribuire alla attività di ricerca scientifica e di formazione realizzando le finalità di "interesse generale e di utilità sociale" previste dallo Statuto societario (vedi Sito WEB ANMCO alla pagina <http://www.anmco.it/associazione/statuto.html>) dall'altra sono a tutti gli effetti degli stakeholders (portatori di diritti ed interessi) con aspettative ed esigenze legate all'evoluzione stessa del mondo della Cardiologia italiana



Agisci soltanto dopo attenta valutazione

Chi conosce per primo il lontano e il vicino, vince

Sun Tzu, L'arte della guerra

L'Area Management & Qualità si è data l'obiettivo di realizzare la mappatura di come venga recepito il ruolo della nostra Società Scientifica dai nostri Associati in una prospettiva "bottom - up"

di cui l'ANMCO si è fatta alfiere. La complessità dell'Organizzazione Societaria dell'ANMCO e la coabitazione di tante anime e pulsioni richiedono, quindi, continui feed - back per raccogliere ogni suggerimento o voce, realizzandone una sintesi efficace per giungere a progetti comuni adattando o, se necessario, riformulando le scelte di fondo (mission) sulla base del mutare dei tempi e delle circostanze in un processo di miglioramento continuo (strategie emergenti). Esiste, poi, il "mondo di fuori" oltre i cui confini ruota un caleidoscopio di realtà professionali ed associative cardiologiche non sempre immediatamente distinguibili da quelle rappresentate all'interno dell'ANMCO per mission, contesto e scopi (veri e propri competitors). Più oltre i bastioni dell'Università, la Società Civile, l'Industria ma, soprattutto, la Politica. Questo è lo sdruciolevole scenario nel quale si muove oggi l'ANMCO.

La proposta dell'Area M&Q

L'Area Management & Qualità si è data l'obiettivo di realizzare la mappatura di come venga percepito il "mondo di fuori" ma, soprattutto, di quale opinione abbiano i Cardiologi ospedalieri del "mondo di dentro" della loro Associazione nelle sue molteplici dimensioni (customer satisfaction). Lo scopo è giungere ad una maggiore autoconsapevolezza che riduca le aree di incertezza e, in una prospettiva di pensiero integrato bottom - up, sia di aiuto nella definizione delle future scelte strategiche e della loro realizzabilità. Lo strumento scelto è un Questionario semplice e di facile compilazione che, concepito e sviluppato all'interno del Consiglio

Direttivo Regionale ANMCO Piemonte, è stato pensato per realizzare una intervista strutturata utilizzando come supporto base la tecnica dell'analisi SWOT (Strength - Weakness; Opportunities - Threats). Esso nasce per indagare in ambiti diversi come i Cardiologi ospedalieri percepiscano l'ambiente interno dell'ANMCO e quali siano gli elementi distintivi che essi considerino punti di forza oppure di debolezza (ad es. rappresentatività; capacità di motivare i Soci; rapporti con l'Università, le Istituzioni, il mondo dell'Industria; autorevolezza scientifica; lungimiranza strategica; ecc.). In aggiunta, viene richiesto di identificare quali rischi e quali opportunità essi intravedano nel futuro dell'Associazione e per la loro attività di Cardiologi (ad es. frammentazione nelle Sanità Regionali; gli ospedali organizzati per livelli di intensità di cure; la deriva iperspecialistica; la fine del "doctor - boom", l'emergenza di nuovi profili delle professioni sanitarie, ecc.). L'analisi dei dati ci consentirà di ricavare conoscenze oggettive ispiratrici di progetti futuri. E' chiaro che l'Area Management & Qualità è conscia che il Questionario non possa rispondere ad ogni potenziale quesito inerente l'Associazione né pretende che questo abbia la validità statistica della letteratura scientifica. Il Questionario proposto è invece da considerare uno strumento di indagine che, facendo emergere il punto di vista dei Cardiologi ospedalieri, permetta di ricavarne indicazioni per elaborare strategie future e mantenere la centralità dell'ANMCO nel panorama del mondo cardiologico italiano.



INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI

MAIN SESSION

SIMPOSI

- Tradizionali
- Congiunti con altre Società Scientifiche
- Satellite

CONTROVERSIE

DENTRO AL TRIAL

MOVIE SESSION

MINIMASTER

Corsi teorico-pratici di clinical competence in Cardiologia della durata di oltre 4 ore. Le tematiche vengono trattate in modo esauriente ed interattivo. necessaria la preiscrizione utilizzando la scheda a seguire. L'iscrizione al Congresso include la partecipazione ai Minimaster. Per i non iscritti al Congresso la quota d'iscrizione al solo Minimaster è di Euro 150,00.

HIGHLIGHT: tutto il Congresso in 90 minuti

EVENTI A CURA DELLA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" - HCF

EVENTO FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

ASSEMBLEE DEI SOCI ANMCO E DELLA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" - HCF

Le assemblee si svolgeranno giovedì 20 maggio dalle ore 12.15 alle ore 14.00. Per partecipare occorre essere in regola con il pagamento della quota associativa.

ELEZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE DELL'ANMCO

Durante il Congresso si svolgeranno le operazioni di voto per il rinnovo del Consiglio Direttivo Nazionale dell'ANMCO. I Soci con diritto di voto devono essere in regola con il pagamento della quota associativa. Il nuovo Direttivo si insedierà al termine del Congresso e resterà in carica fino al maggio 2012.

SESSIONI DI COMUNICAZIONI

Ad ogni Comunicazione accettata per la presentazione orale saranno concessi 8 minuti per l'esposizione e 4 minuti per la discussione.

SESSIONE POSTER

Nel Piano Attico verrà allestita un'ampia area per l'esposizione dei Poster. Le Sessioni Poster si svolgeranno giovedì 20 maggio dalle ore 15.30 alle ore 16.30 e venerdì 21 maggio dalle ore 14.30 alle ore 15.30. I Poster verranno affissi entro le ore 11.00 e rimossi entro le ore 18.00 del giorno della presentazione. I Moderatori delle Sessioni Poster indosseranno un badge dedicato. Per ogni Comunicazione o Poster da presentare è necessario che il Relatore sia iscritto al Congresso.

EVENTO "TUTTI INSIEME"

L'ANMCO e Gianfranco Vissani "per il Tuo Cuore"

Venerdì 21 maggio, ore 20.30 presso il Padiglione Cavaniglia della Fortezza da Basso.

Protagonista della serata sarà la "cucina sana ed equilibrata" che parte dal "cuore".

Il grande chef, Gianfranco Vissani, metterà a disposizione dell'ANMCO e della Fondazione "per il Tuo cuore" il suo genio per una serata all'insegna dell'alimentazione piacevole ma corretta.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il **30 APRILE 2010** a:

Centro Servizi ANMCO srl Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Cod. Fiscale / P. IVA _____

(Indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

ISCRIZIONE* Quote (incl. IVA 20%)

entro il 30/4/2010

al Congresso

Soci FIC

Quota iscrizione € 380,00 € 460,00

Quota escluso evento "Tutti insieme" € 320,00 € 400,00

Giovani Medici (nati dopo il 1/1/75)

Quota iscrizione € 100,00 € 100,00

Quota escluso evento "Tutti insieme" € 50,00 € 50,00

Non Soci

Quota iscrizione € 510,00 € 580,00

Quota escluso evento "Tutti insieme" € 450,00 € 520,00

Minimaster**

Quota iscrizione € 150,00 € 150,00

EVENTO "TUTTI INSIEME" Quota iscrizione (incl. IVA 20%)

Soci FIC € 60,00

Giovani Medici € 50,00

Non Soci € 60,00

mediante assegno N. _____

della Banca _____

intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

* L'iscrizione al Congresso include la possibilità di partecipare ad un Minimaster

** Quota d'iscrizione per non iscritti al Congresso

Si prega di indicare il Minimaster prescelto tra quelli elencati:

DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE MINIMASTER

- Clinica e diagnostica di alcune cardiopatie congenite più comuni
- Elettrocardiografia
- Sindromi coronariche acute: gestione del rischio emorragico, aspetti clinici e pratici
- Cuore e ...
- Consulenza per la chirurgia non cardiaca
- Come leggere un lavoro clinico - Ricerca bibliografica on line

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 i moduli di iscrizione ai 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, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata 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. 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 tutte le riviste pubblicate dall'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 FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore U.O. di Cardiologia, Largo Nigrisoli, 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 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 della 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

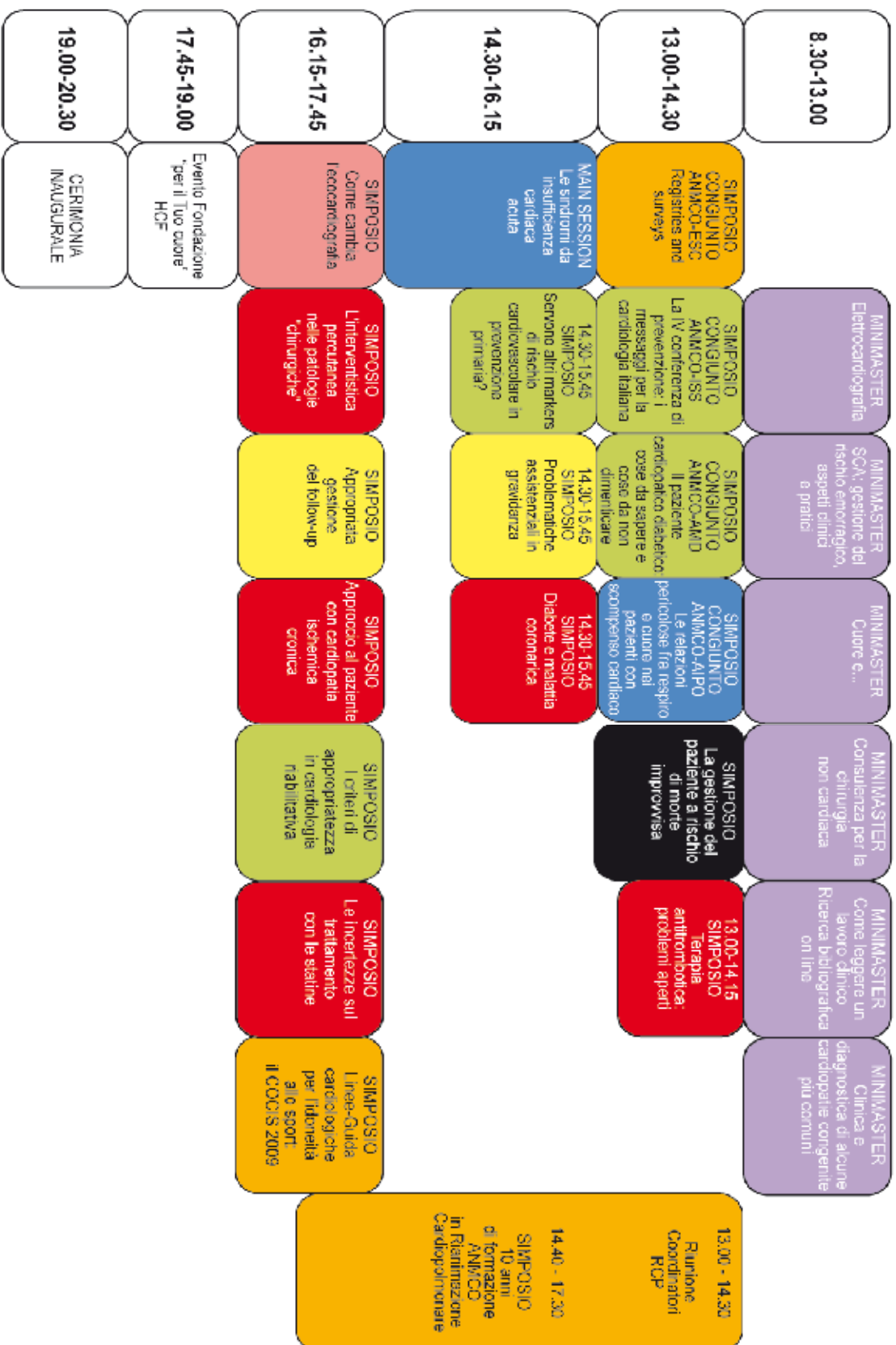
DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

19 maggio 2010



FARMACIA ASSOCIATA
 CARDIOLOGIA INTERVENTIVA
 SPORT E COORDINAMENTO

AREA 2
 PREVENZIONE E SEGUIMENTO E CARDIOLOGIA
 I R. DI STRUTTURAZIONE

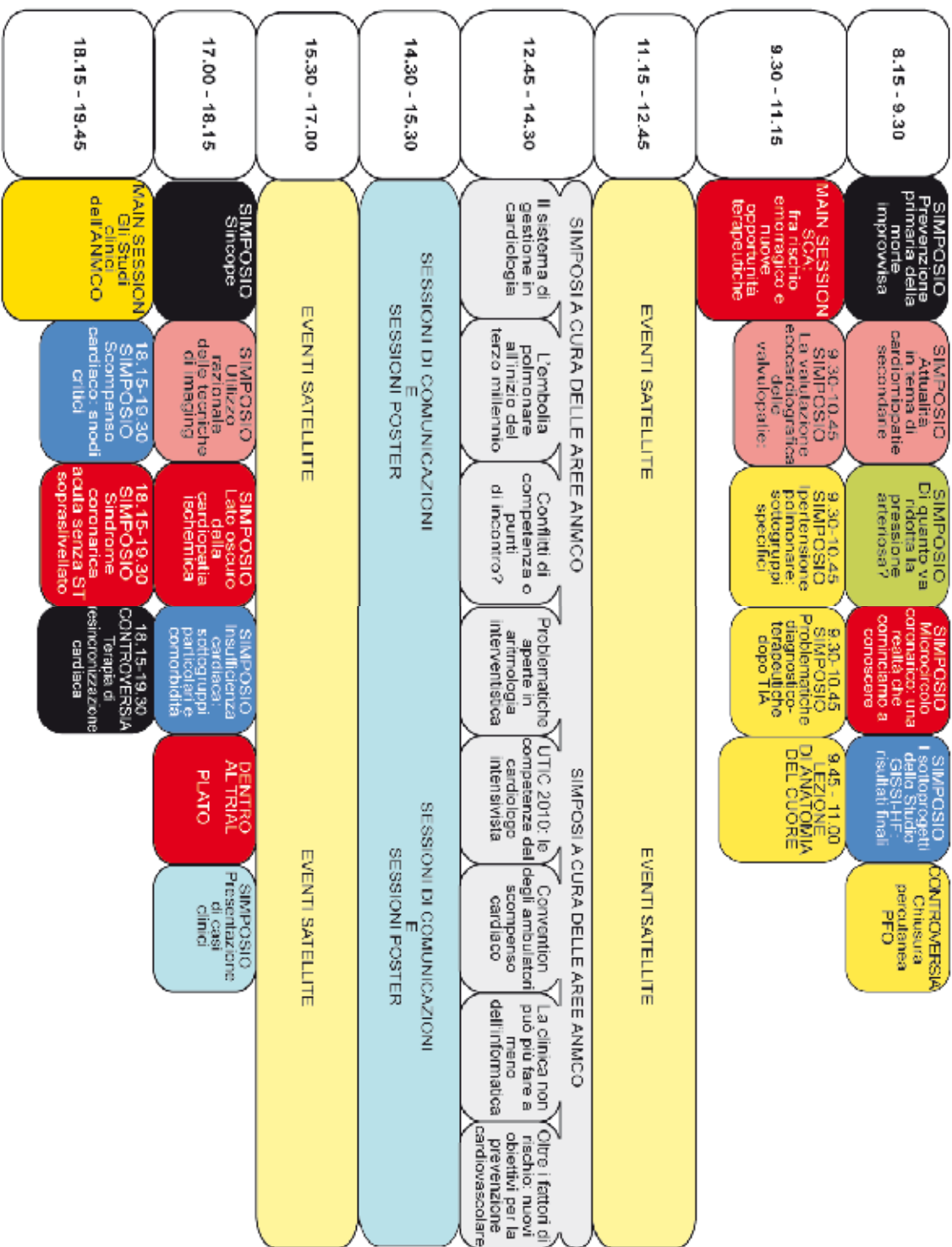
AREA 3
 DIAGNOSTICA E TERAPIA
 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA
 CURA PER LA VALUTAZIONE DEL RISPONDO PERCUTANEO

AREA 4
 AREA 5
 AREA 6
 AREA 7
 AREA 8
 AREA 9
 AREA 10
 AREA 11
 AREA 12
 AREA 13
 AREA 14
 AREA 15
 AREA 16
 AREA 17
 AREA 18
 AREA 19
 AREA 20
 AREA 21
 AREA 22
 AREA 23
 AREA 24
 AREA 25
 AREA 26
 AREA 27
 AREA 28
 AREA 29
 AREA 30
 AREA 31
 AREA 32
 AREA 33
 AREA 34
 AREA 35
 AREA 36
 AREA 37
 AREA 38
 AREA 39
 AREA 40
 AREA 41
 AREA 42
 AREA 43
 AREA 44
 AREA 45
 AREA 46
 AREA 47
 AREA 48
 AREA 49
 AREA 50

41°

CONGRESSO NAZIONALE D

21 maggio 2010



CAPOCONFERENZA PRIMA
CAPOCONFERENZA INTERMEDIA
ROOM BINGO CHITARRA

AGITE
PRESENTAZIONE E VALUTAZIONE DEI CONTRIBUTI
TAVOLA ROTONDA

SESSIONI APERTE A TUTTI I CONTRIBUTI
VALUTAZIONE DEI CONTRIBUTI
CONFERENZE A TUTTI I CONTRIBUTI
CONFERENZE A TUTTI I CONTRIBUTI

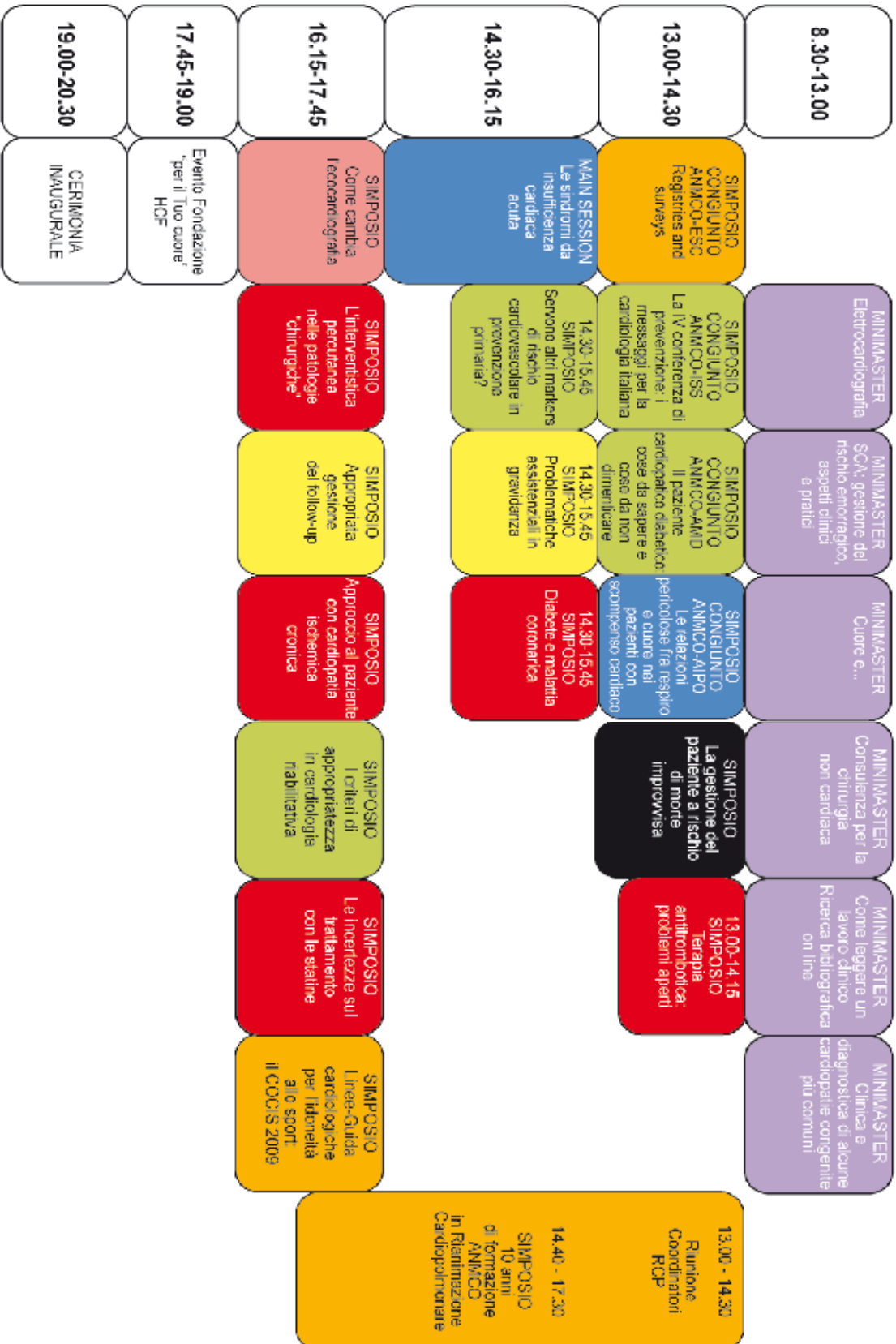
CAPO
DEBUTTO AL TRIAL
DEBUTTO AL TRIAL

20 maggio 2010

8.30 - 9.45	SIMPOSIO Embolia polmonare	SIMPOSIO Aggiornamenti in tema di endocardite infettiva	SIMPOSIO Gestione del paziente dopo SCA	SIMPOSIO Problemi emergenti nella gestione del paziente con scompenso cardiaco	DENTRO AL TRIAL MADIT CRT	MOVIE SESSION Emodinamica	8.30-10.00 SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-PADOI La fibrillazione atriale: una malattia malata dell'anziano
9.45 - 11.30	MAIN SESSION Fibrillazione atriale	9.45-11.00 SIMPOSIO Cellule staminali in cardiologia clinica	9.45-11.00 SIMPOSIO SCA senza ST sopravvissuto: dalla fisiopatologia alla stratificazione del rischio	9.45-11.00 SIMPOSIO Lesame ecocardiografico (come strumento indispensabile)			
11.30 - 12.15	LETTURE SATELLITE						
12.15 - 14.00	Assemblee del Soci ANMCO e dei Soci Fondazione per il Tuo cuore - HCF						
14.00 - 15.30	EVENTI SATELLITE						
15.30 - 16.30	SESSIONI DI COMUNICAZIONI E SESSIONI POSTER						
16.30 - 17.45	SIMPOSIO CRT: certezze e prospettive	SIMPOSIO La gestione dello scompenso cardiaco avanzato	SIMPOSIO Approccio alla patologia cardiovascolare del grande anziano	SIMPOSIO Cardiomiopatia ipertrofica	SIMPOSIO La dolce vita: quello che il cardiologo vuole sapere	SIMPOSIO Infarto miocardico con ST: soprastivellato, nodi da sciogliere I	CONTROVERSA Angina cronica: rivascolarizzazione
17.45 - 19.00	SIMPOSIO Cuore e tumori 2010	SIMPOSIO Management e gestione delle strutture complesse di cardiologia	SIMPOSIO Le sindromi coronari	SIMPOSIO La consulenza cardiologica	MOVIE SESSION Aritmologia	SIMPOSIO Infarto miocardico con ST: soprastivellato, nodi da sciogliere II	

■ PASTORALE/ANIMAZIONE/PIVA
■ CARDIOLOGIA INTERVENTIVA
■ SOMMARIO/CONVEGNO
■ AZIENDA
■ INTERAZIONE E SEGUITE/IN CARDIOLOGIA
■ FARMACOLOGIA
■ LAVORO/ASSEMBLEE/CONFERENZE/WORKSHOP
■ VALUTAZIONE/DEE/DEI/DEI/DEI
■ CARDIOLOGIA/DEI/DEI/DEI/DEI/DEI
■ PEDIATRIA/DEI/DEI/DEI/DEI/DEI
■ PEDIATRIA/DEI/DEI/DEI/DEI/DEI

19 maggio 2010



CASALE MONFERRATO (PIA)
CASCINA SAN INTERVENTO (PIA)
SPORMIERICO (SARONNO)

ASPIRE
PERCORSO 1: RISULTATO 2: CARDIOFARMACOLOGIE
1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9: 10: 11: 12: 13: 14: 15: 16: 17: 18: 19: 20: 21: 22: 23: 24: 25: 26: 27: 28: 29: 30: 31: 32: 33: 34: 35: 36: 37: 38: 39: 40: 41: 42: 43: 44: 45: 46: 47: 48: 49: 50: 51: 52: 53: 54: 55: 56: 57: 58: 59: 60: 61: 62: 63: 64: 65: 66: 67: 68: 69: 70: 71: 72: 73: 74: 75: 76: 77: 78: 79: 80: 81: 82: 83: 84: 85: 86: 87: 88: 89: 90: 91: 92: 93: 94: 95: 96: 97: 98: 99: 100: 101: 102: 103: 104: 105: 106: 107: 108: 109: 110: 111: 112: 113: 114: 115: 116: 117: 118: 119: 120: 121: 122: 123: 124: 125: 126: 127: 128: 129: 130: 131: 132: 133: 134: 135: 136: 137: 138: 139: 140: 141: 142: 143: 144: 145: 146: 147: 148: 149: 150: 151: 152: 153: 154: 155: 156: 157: 158: 159: 160: 161: 162: 163: 164: 165: 166: 167: 168: 169: 170: 171: 172: 173: 174: 175: 176: 177: 178: 179: 180: 181: 182: 183: 184: 185: 186: 187: 188: 189: 190: 191: 192: 193: 194: 195: 196: 197: 198: 199: 200: 201: 202: 203: 204: 205: 206: 207: 208: 209: 210: 211: 212: 213: 214: 215: 216: 217: 218: 219: 220: 221: 222: 223: 224: 225: 226: 227: 228: 229: 230: 231: 232: 233: 234: 235: 236: 237: 238: 239: 240: 241: 242: 243: 244: 245: 246: 247: 248: 249: 250: 251: 252: 253: 254: 255: 256: 257: 258: 259: 260: 261: 262: 263: 264: 265: 266: 267: 268: 269: 270: 271: 272: 273: 274: 275: 276: 277: 278: 279: 280: 281: 282: 283: 284: 285: 286: 287: 288: 289: 290: 291: 292: 293: 294: 295: 296: 297: 298: 299: 300: 301: 302: 303: 304: 305: 306: 307: 308: 309: 310: 311: 312: 313: 314: 315: 316: 317: 318: 319: 320: 321: 322: 323: 324: 325: 326: 327: 328: 329: 330: 331: 332: 333: 334: 335: 336: 337: 338: 339: 340: 341: 342: 343: 344: 345: 346: 347: 348: 349: 350: 351: 352: 353: 354: 355: 356: 357: 358: 359: 360: 361: 362: 363: 364: 365: 366: 367: 368: 369: 370: 371: 372: 373: 374: 375: 376: 377: 378: 379: 380: 381: 382: 383: 384: 385: 386: 387: 388: 389: 390: 391: 392: 393: 394: 395: 396: 397: 398: 399: 400: 401: 402: 403: 404: 405: 406: 407: 408: 409: 410: 411: 412: 413: 414: 415: 416: 417: 418: 419: 420: 421: 422: 423: 424: 425: 426: 427: 428: 429: 430: 431: 432: 433: 434: 435: 436: 437: 438: 439: 440: 441: 442: 443: 444: 445: 446: 447: 448: 449: 450: 451: 452: 453: 454: 455: 456: 457: 458: 459: 460: 461: 462: 463: 464: 465: 466: 467: 468: 469: 470: 471: 472: 473: 474: 475: 476: 477: 478: 479: 480: 481: 482: 483: 484: 485: 486: 487: 488: 489: 490: 491: 492: 493: 494: 495: 496: 497: 498: 499: 500: 501: 502: 503: 504: 505: 506: 507: 508: 509: 510: 511: 512: 513: 514: 515: 516: 517: 518: 519: 520: 521: 522: 523: 524: 525: 526: 527: 528: 529: 530: 531: 532: 533: 534: 535: 536: 537: 538: 539: 540: 541: 542: 543: 544: 545: 546: 547: 548: 549: 550: 551: 552: 553: 554: 555: 556: 557: 558: 559: 560: 561: 562: 563: 564: 565: 566: 567: 568: 569: 570: 571: 572: 573: 574: 575: 576: 577: 578: 579: 580: 581: 582: 583: 584: 585: 586: 587: 588: 589: 590: 591: 592: 593: 594: 595: 596: 597: 598: 599: 600: 601: 602: 603: 604: 605: 606: 607: 608: 609: 610: 611: 612: 613: 614: 615: 616: 617: 618: 619: 620: 621: 622: 623: 624: 625: 626: 627: 628: 629: 630: 631: 632: 633: 634: 635: 636: 637: 638: 639: 640: 641: 642: 643: 644: 645: 646: 647: 648: 649: 650: 651: 652: 653: 654: 655: 656: 657: 658: 659: 660: 661: 662: 663: 664: 665: 666: 667: 668: 669: 670: 671: 672: 673: 674: 675: 676: 677: 678: 679: 680: 681: 682: 683: 684: 685: 686: 687: 688: 689: 690: 691: 692: 693: 694: 695: 696: 697: 698: 699: 700: 701: 702: 703: 704: 705: 706: 707: 708: 709: 710: 711: 712: 713: 714: 715: 716: 717: 718: 719: 720: 721: 722: 723: 724: 725: 726: 727: 728: 729: 730: 731: 732: 733: 734: 735: 736: 737: 738: 739: 740: 741: 742: 743: 744: 745: 746: 747: 748: 749: 750: 751: 752: 753: 754: 755: 756: 757: 758: 759: 760: 761: 762: 763: 764: 765: 766: 767: 768: 769: 770: 771: 772: 773: 774: 775: 776: 777: 778: 779: 780: 781: 782: 783: 784: 785: 786: 787: 788: 789: 790: 791: 792: 793: 794: 795: 796: 797: 798: 799: 800: 801: 802: 803: 804: 805: 806: 807: 808: 809: 810: 811: 812: 813: 814: 815: 816: 817: 818: 819: 820: 821: 822: 823: 824: 825: 826: 827: 828: 829: 830: 831: 832: 833: 834: 835: 836: 837: 838: 839: 840: 841: 842: 843: 844: 845: 846: 847: 848: 849: 850: 851: 852: 853: 854: 855: 856: 857: 858: 859: 860: 861: 862: 863: 864: 865: 866: 867: 868: 869: 870: 871: 872: 873: 874: 875: 876: 877: 878: 879: 880: 881: 882: 883: 884: 885: 886: 887: 888: 889: 890: 891: 892: 893: 894: 895: 896: 897: 898: 899: 900: 901: 902: 903: 904: 905: 906: 907: 908: 909: 910: 911: 912: 913: 914: 915: 916: 917: 918: 919: 920: 921: 922: 923: 924: 925: 926: 927: 928: 929: 930: 931: 932: 933: 934: 935: 936: 937: 938: 939: 940: 941: 942: 943: 944: 945: 946: 947: 948: 949: 950: 951: 952: 953: 954: 955: 956: 957: 958: 959: 960: 961: 962: 963: 964: 965: 966: 967: 968: 969: 970: 971: 972: 973: 974: 975: 976: 977: 978: 979: 980: 981: 982: 983: 984: 985: 986: 987: 988: 989: 990: 991: 992: 993: 994: 995: 996: 997: 998: 999: 1000

1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9: 10: 11: 12: 13: 14: 15: 16: 17: 18: 19: 20: 21: 22: 23: 24: 25: 26: 27: 28: 29: 30: 31: 32: 33: 34: 35: 36: 37: 38: 39: 40: 41: 42: 43: 44: 45: 46: 47: 48: 49: 50: 51: 52: 53: 54: 55: 56: 57: 58: 59: 60: 61: 62: 63: 64: 65: 66: 67: 68: 69: 70: 71: 72: 73: 74: 75: 76: 77: 78: 79: 80: 81: 82: 83: 84: 85: 86: 87: 88: 89: 90: 91: 92: 93: 94: 95: 96: 97: 98: 99: 100

1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9: 10: 11: 12: 13: 14: 15: 16: 17: 18: 19: 20: 21: 22: 23: 24: 25: 26: 27: 28: 29: 30: 31: 32: 33: 34: 35: 36: 37: 38: 39: 40: 41: 42: 43: 44: 45: 46: 47: 48: 49: 50: 51: 52: 53: 54: 55: 56: 57: 58: 59: 60: 61: 62: 63: 64: 65: 66: 67: 68: 69: 70: 71: 72: 73: 74: 75: 76: 77: 78: 79: 80: 81: 82: 83: 84: 85: 86: 87: 88: 89: 90: 91: 92: 93: 94: 95: 96: 97: 98: 99: 100



INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI

20 MAGGIO (13.00-18.00)

MINIMASTER

- Il monitoraggio elettrocardiografico
- Il percorso dell'infarto miocardico ST sopra (STEMI): ruolo dell'infermiere
- Aspetti infermieristici nella cura dello scompenso cardiaco
- Come costruire un programma educativo post-dimissione

21 MAGGIO (9.00-18.00)

22 MAGGIO (8.30-14.30)

MAIN SESSION

- I modelli organizzativi: dalla teoria alla pratica
- Qualità delle cure: un obiettivo concreto
- La telecardiologia

SEMINARI

- Il risk management nella realtà clinica attuale: analisi di un caso
- Il triage dei grandi sintomi clinici
- Lo studio QDF

SIMPOSI

- La ricerca infermieristica
- La continuità assistenziale Ospedale-Territorio
- Le nuove competenze infermieristiche
- Casi clinici

CONTROVERSIA

- Multicompetenza o specializzazione in terapia intensiva cardiologica?

HIGHLIGHT

SESSIONI DI COMUNICAZIONI

SESSIONI POSTER



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il **30 APRILE 2010** a:

Centro Servizi ANMCO srl Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Cod. Fiscale / P. IVA _____

(Indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

ISCRIZIONE Quote (incl. IVA 20%)

CARDIONURSING

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Quota iscrizione | € 30,00 |
| <input type="checkbox"/> Quota incluso evento "Tutti insieme" | € 60,00 |
| <input type="checkbox"/> Quota incluso Minimaster* | € 70,00 |
| <input type="checkbox"/> Quota incluso Minimaster* e evento "Tutti insieme" | € 100,00 |

MINIMASTER CARDIONURSING*

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Quota iscrizione per i non iscritti al Cardionursing | € 50,00 |
| <input type="checkbox"/> EVENTO "TUTTI INSIEME" Quota iscrizione (incl. IVA 20%) | € 30,00 |

mediante assegno N. _____

della Banca _____

intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

Non verranno considerate le schede di iscrizione non accompagnate dal pagamento della quota

***Si prega di indicare il Minimaster prescelto tra quelli elencati:**

DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE MINIMASTER

- Il monitoraggio elettrocardiografico
- Il percorso dell'infarto miocardico ST sopra (STEMI): ruolo dell'infermiere
- Aspetti infermieristici nella cura dello scompenso cardiaco
- Come costruire un programma educativo post-dimissione

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 i moduli di iscrizione ai 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, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata 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. 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 tutte le riviste pubblicate dall'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 FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore U.O. di Cardiologia, Largo Nigrisoli, 2 ed alla (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 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 della 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 _____



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: Si 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

Il nuovo Sito WEB dell'Area Scompensato Cardiaco

Lo specchio di quanto proposto dagli Iscritti e dal Comitato di Coordinamento, ma anche stimolo per nuove iniziative

di P. Midi e M. Senni

Le indicazioni che hanno guidato il restyling: facile fruibilità, aggiornamento reale per quanto possibile e potenziamento dell'attività relazionale con gli Iscritti all'Area

Nell'ambito del programma del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato Cardiaco 2009 - 2010, uno dei punti proposti prevedeva il rinnovo del Sito WEB dell'Area. Sito WEB sicuramente molto valido e completo al momento della sua creazione, ma che in alcune sue parti appariva ormai datato perché riportava notizie relative ad eventi ed iniziative concluse da tempo oltre che informazioni ormai superate da nuovi dati sia relativi alla ricerca clinica sia alle nuove attività dell'Area e del Centro Studi. Il Sito di una organizzazione costituisce il biglietto da visita della stessa o per usare una frase cara ad uno dei Colleghi del Comitato di Coordinamento "è il vestito con cui si appare al mondo esterno".

Le indicazioni che hanno guidato il restyling, ricalcando in parte l'impostazione precedente dimostratasi valida, sono sostanzialmente tre: facile fruibilità, aggiornamento reale per quanto possibile e potenziamento dell'attività relazionale con gli Iscritti dell'Area. Quest'ultimo punto è stato ritenuto particolarmente importante proprio perché negli ultimi tempi si è avuta un po' la sensazione di un allentamento della partecipazione degli Iscritti all'Area, sia dal punto di vista delle proposte fatte sia dal punto di vista dell'utilizzo dell'Area come riferimento per le proprie attività ambulatoriali e cliniche. Per prima cosa è stato ridotto il numero delle pagine,

eliminando quelle che contenevano informazioni ormai obsolete. Circa il secondo punto è stata creata una Sezione in cui periodicamente verranno pubblicati contenuti relativi ad argomenti per così dire "caldi" nell'ambito dello scompensato cardiaco. Infine per il terzo punto è stata disegnata una proposta che riteniamo possa servire da stimolo alla produzione scientifica degli Iscritti all'Area ed alla loro partecipazione. A questo punto analizziamo nel dettaglio quanto è stato preparato. Il Sito è composto di otto Sezioni denominate: Organigramma, Programma, Linee Guida, Recensioni Letterarie, Newsletter, IN - HF on line, Consensus Conference Scompensato Cardiaco e Utility. La Sezione relativa al *Programma* nel corso della messa a punto del Sito è stata, per così dire, superata dagli eventi, per cui si è deciso di "aggiornarla" prima ancora della sua messa in rete riportandoci il testo dell'articolo pubblicato sul N. 173 di "*Cardiologia negli Ospedali*" dal titolo "L'attività dell'Area Scompensato Cardiaco a metà del cammino". La Sezione delle *Linee Guida* non è stata modificata e verrà aggiornata, come già in passato, man mano che ci saranno delle novità. La Sezione delle *Recensioni Letterarie* è stata profondamente rimaneggiata. Infatti in questa parte verranno periodicamente pubblicati dei brevi articoli, corredati di bibliografia, relativi ad argomenti monotematici di particolare interesse o perché ancora fonte di controver-

Comunicare cambiamenti dell'indirizzo di posta elettronica indicato all'atto dell'iscrizione all'Area all'indirizzo:

aree@anmco.it

in modo da essere "in contatto" con le iniziative e le comunicazioni dell'Area Scompenso Cardiaco

sie o perché hanno un carattere di novità che ne giustifica una trattazione specifica. Inoltre verrà inserita una rassegna bibliografica degli articoli prodotti da autori e centri italiani, relativamente allo scompenso cardiaco, su Riviste nazionali ed internazionali, che verrà aggiornata con cadenza trimestrale. La parte relativa alle *Newsletter* è rimasta sostanzialmente identica e continuerà a raccogliere appunto le Newsletter. Comunque, preme sottolineare una piccola novità relativa all'inserimento in questa pagina di una lettera che il Chairman, Dott. Michele Senni, ed il Co-Chairman, Dott. Leonardo Misuraca, hanno ritenuto opportuno inviare per posta elettronica a tutti gli Iscritti. In questa lettera, si invitano tutti gli Iscritti ad una maggiore partecipazione alle attività dell'Area e a questo proposito se ne riporta un brano che faccia capire il senso dell'invito: <<...per questo riteniamo necessario ricontarci, per sapere quanti vorranno davvero collaborare alle attività che stiamo portando avanti...>>. Inoltre in tale lettera viene annunciato che in occasione della riunione di Area prevista per il prossimo Congresso Nazionale verrà organizzata una Convention dei Centri Scompenso. Nel caso che qualche Iscritto all'Area non abbia ricevuto questa lettera, cogliamo l'occasione per invitarlo a comunicare eventuali cambiamenti dell'indirizzo di posta elettronica indicato all'atto dell'iscrizione all'indirizzo: aree@anmco.it, in modo da essere "in contatto" con le iniziative e le comunicazioni dell'Area che saranno proposte nel corso del tempo. La Sezione relativa all'*IN - HF on line* ha

subito una modifica concordata con il Centro Studi, di cui molti saranno già al corrente in quanto pubblicata on - line da qualche tempo, relativa al fatto che la versione del Software senza connessione diretta con il Server ANMCO non verrà più sviluppata in quanto datata ed ormai nettamente superata dalla versione attuale. Per questo motivo sul Sito dell'Area non ci sarà più un link all'*IN - CHF*, come del resto nemmeno allo Studio DYDA ed allo Studio GISSI - HF, ma sarà possibile trovare informazioni relative a queste ricerche utilizzando la funzione Cerca Studi. E siamo arrivati alla Sezione relativa alla *Consensus Conference Scompenso Cardiaco*, che è rimasta del tutto immodificata tranne l'inserimento di una presentazione preparata dal Dott. Gianni Gaschino dal titolo "Implementazione della Consensus Conference...tre anni dopo", a cui seguirà la stesura di un testo come già indicato in "*Cardiologia negli Ospedali*" N. 173. Nella parte dedicata alle *Utility*, oltre a mantenere i link informativi già presenti e ad aggiungerne altri che si riterranno degni di nota, verranno inseriti link relativi ad eventi formativi di interesse per gli Iscritti, sia che siano proposti dall'Area o da altre Istituzioni. Per concludere, la cosa che interessa sottolineare è che il Sito WEB possa essere utilizzato come fonte di informazioni delle attività realizzate nell'ambito dell'Area e che sia lo specchio di quanto proposto dagli Iscritti e dal Comitato di Coordinamento, ma anche di stimolo a nuove iniziative tese a riconfermare la validità della produzione scientifica, organizzativa e del lavoro svolto dai Soci e dalla Rete degli Ambulatori per lo Scompenso Cardiaco.



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 Costantini (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 Pantaleone (Reggio Emilia), Giampiero Patrizi (Carpi - MO), Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza), Claudio Reverberi (Parma), Andrea Rubboli (Bologna)

www.anmco.it/regioni/elenco/emilia/

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/friuli/

LAZIO

Presidente: Furio Colivicchi (Roma)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma), Fabio Menghini (Roma), Roberto Mezzanotte (Ostia - RM), Serafino Orazi (Rieti), Roberto Patrizi (Roma), Giovanni Pulignano (Roma), Roberto Ricci (Roma), Giorgio Scaffidi (Roma)

www.anmco.it/regioni/elenco/lazio/

LIGURIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria/

LOMBARDIA

Presidente: Claudio Cuccia (Brescia)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Anna Frisinghelli (Passirana - Rho - MI), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Daniele Nassiacos (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 Abrignani (Erice - TP), Michele Bono (Sciaccia - 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: Domenico Marchese (Pieve di Sacco - PD)
Consiglio Regionale: Emanuele Carbonieri (San Bonifacio - VR), Pietro Delise (Conegliano - TV), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Paschetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)

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

È bella la vita, non sciupiamola: giovani, alcol e fumo

Entrare nell'animo, prima ancora che nella testa dei ragazzi
L'importanza della famiglia

F. P. Calciano, A. Cardinale,
L. Bolettieri

E' bella la vita, non
sciupiamola!

Prosegue un lavoro iniziato da cinque anni: inizialmente analizzate le scelte alimentari da parte dei ragazzi, poi abbiamo iniziato un discorso sullo Stile di Vita e sulla prevenzione: alimentazione, attività fisica, alcol e fumo

Presentiamo le considerazioni su gli aspetti più difficili da affrontare "Alcol e fumo" con i giovani, in quanti visti al massimo come compagni di strada non sempre affidabili



Ass. Amici del cuore
Grassano



Ass. Vivi la Strada .it
Castellana Grotte e Putignano



COMUNICATO STAMPA

Giovedì 17 dicembre presso l'Aula Magno del Liceo Scientifico Statale "D. Alighieri" di Matera, 2 incontro del Progetto scolastico "È bella la vita".

Tema dell'incontro:

DIVERTIRSI IN SICUREZZA: L'ALCOL NON E' AMICO DEI GIOVANI.

Incontro volutamente programmato in prossimità delle feste, in un periodo in cui ritornano gli universitari, le scuole chiudono, vi è un'aria di festa e d'allegria. Condivisibile tutto questo. Ci saranno maggiori spostamenti, dalla periferia al centro, e verso le zone dove sono ubicati i locali di ritrovo per i ragazzi. L'Associazione Amici del Cuore Grassano, insieme all'Heart Care Foundation, all'Associazione Vivi la Strada, vogliono ricordare ai giovani di coniugare **DIVERTIMENTO E SICUREZZA**. Date valore alla vita, alla vostra vita. Tanti i messaggi loro rivolti, messaggi che iniziano a far breccia tra i ragazzi. **CHI GUIDA NON DEVE BERE ALCOLICI**, non deve mettere a repentaglio la propria vita, la vita del partner, la vita di amici, familiari e cittadini. E' possibile ridurre le stragi dei periodi di festa, del sabato sera? Sì, se vi è uno sforzo consapevole da parte di tutti, ad iniziare dai ragazzi. Importante e prioritaria la collaborazione attiva da parte della **FAMIGLIA**. L'incontro di giovedì 17 dicembre occuperà l'intera mattina, dalle ore 9.00 alle ore 13.00, con la partecipazione d'esperti, forze dell'ordine, pompieri, 118. Testimonianze dirette di chi hanno subito gravi menomazioni in seguito a questi incidenti. Filmati e materiale fotografico all'attenzione dei partecipanti. Spot su questi temi. Vi saranno collegamenti radiofonici e collaborazione attiva da parte del mondo dell'informazione. Abbiamo chiesto anche ai locali pubblici, ai barman di proporre ai ragazzi bevande analcoliche. La manifestazione vedrà la partecipazione attiva da parte dei ragazzi, i quali hanno disegnato e realizzato Spot, lanceranno, tramite le radio, messaggi ai loro coetanei su questi temi. La condivisione da parte dei ragazzi è essenziale se si vuole comunicare con loro. Per il periodo delle feste chiederemo ai mezzi di comunicazione di proporre periodicamente questi temi, soprattutto nei giorni a rischio maggiore di spostamenti, per ricordare ai ragazzi l'importanza degli slogan spesso vitali per loro:

DIVERTIRSI IN SICUREZZA: L'ALCOL NON E' AMICO DEI GIOVANI.
CHI GUIDA NON DEVE BERE ALCOLICI.

Figura 1

**Il secondo incontro:
"E' bella la vita"
Giovani, alcol e fumo**

Il secondo incontro rappresenta l'aspetto più indicativo del Progetto *E' bella la vita* nell'ambito della prevenzione rivolta ai ragazzi. *L'Alcol non è amico dei ragazzi*, il tema scelto. Un incontro voluto, convinti della necessità di operare concretamente per cercare di porre alla attenzione dei più il problema delle stragi di fine settimana, dei periodi di festa, di quelle stragi sulle strade che allontanano violentemente vite giovani dalle loro famiglie, dai loro cari, dalla società, dovute a incidenti stradali, alla cui base vi è come causa o concausa l'alcol. Guardare non con ottimismo, che sarebbe fuori luogo, ma con un sano realismo a questo problema e cercare di coinvolgere tutti gli attori. Gli attori principali sono loro, i ragazzi, ma accanto a loro, è indispensabile la presa di coscienza da parte delle famiglie. Questo aspetto continua a rappresentare una criticità nell'ambito del Progetto, per la difficoltà del coinvolgimento delle famiglie in modo diretto. La politica della delega sembra prevalere. Si nota anche a livello della scuola media inferiore, dove dovrebbe essere più facile il loro coinvolgimento. Abbiamo la sensazione che la partecipazione dei genitori, sempre bassa, è inversamente pro-

SCHEDA PROGETTO SCOLASTICO "E' BELLA LA VITA (?)"

Età _____ Sesso M () F () Peso Kg _____

Circonferenza addominale cm _____ Altezza cm _____

IRC (indice di rischio cardiovascolare) = c.a. / h = -----

LE MIE ABITUDINI

Frutta consumo giornaliero: no () si () quante volte _____
 consumo settimanale no () si () quante volte _____

Vino, birra, alcol consumo giornaliero: no () si () quante volte _____
 consumo settimanale no () si () quante volte _____

Caffè consumo giornaliero: no () si () quante volte _____

Fumo SI () NO ()

La mia colazione latte e (pane, biscotti secchi, cereali) () caffè ()
 succo di frutta o spremuta ()
 brioches o dolci () panino o focaccia ()
 altro () *indicare* _____

Merenda a scuola frutta no () si () quante volte /settimana _____
 altro () *indicare* _____

I tuoi coetanei bevono bevande alcoliche ? Si () No ()

I tuoi coetanei fumano ? Si () No ()

Cammino a passo svelto 30'-45' al giorno Si () No ()
 Altra attività fisica Si () No ()

Scheda iniziale () Scheda verifica finale ()

Scheda 1



Ass. Amici del cuore
Grassano



per il tuo cuore
Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS
HEART CARE
Foundation

E' bella la vita (?): bozza Progetto scolastico 2009 – 2010
(non sciupiamola)

FACCIAMO NOI LE SCELTE

Alimentazione: riprendiamo una sana alimentazione

obiettivi:

alimentazione mediterranea (+ frutta, verdure, pesce, legumi, - grassi)

recupero, soprattutto per i ragazzi, colazione con latte e (pane, biscotti, cereali)

merenda scolastica: almeno frutta per due giorni la settimana

merenda casa: frutta due volte la settimana

Attività fisica: meno sedentarietà

Obiettivi:

ridurre tempo davanti computer o televisione

30' – 45' al giorno di passeggiata a passo svelto (oltre attività sportive)

Adesione attiva alle passeggiate per la prevenzione (1° appuntamento 26-09-2009)

Alcol:

obiettivo: al di sotto dei 16 anni alcol 0

Divertirsi in sicurezza, l'alcol non aiuta i rapporti interpersonali

Feste con bevande analcoliche: proviamo

Alla guida 0 alcol

Adesione Alcol prevention day 2010:

Stare bene insieme senza alcol, "Musica, Informazione, Sport"

Fumo:

obiettivo: non fumo perché non voglio.

Il fumo non rende "fichi"

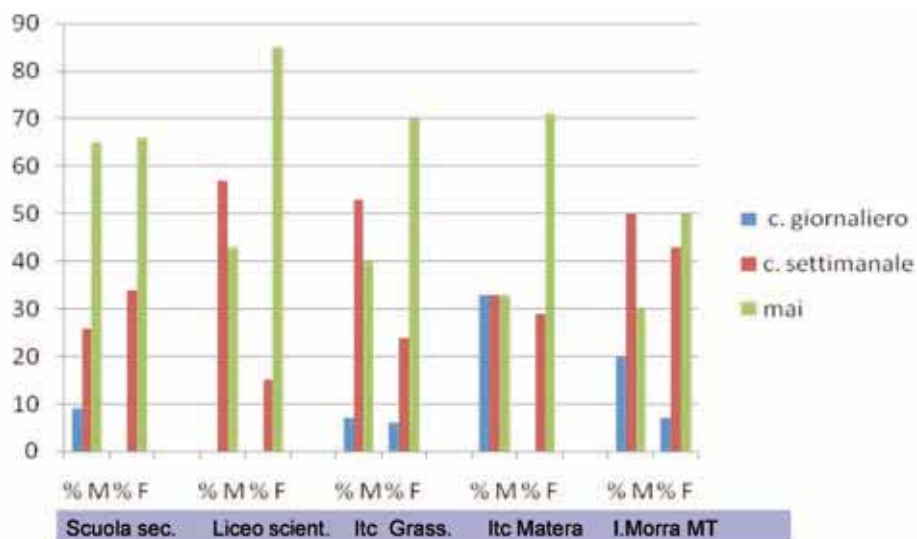
Non mi fumo il cervello

porzionale all'età dei figli, maggiore quando sono piccoli, diminuisce con la crescita dei ragazzi. Atteggiamento non condivisibile, considerando che la prevenzione oggi è una pratica consigliata dall'inizio del concepimento e che deve accompagnare tutta la vita. Non solo. La prevenzione di abitudini a rischio, quali il fumo e l'alcol, dovrebbe iniziare dall'adolescenza; occorre, pertanto, aumentare l'attenzione verso i ragazzi da questa fase, non iniziare ad allentarla. Non parliamo ovviamente di una attenzione spasmodica che comprime la crescita del ragazzo e l'acquisizione della sua autonomia. Ci riferiamo all'attenzione verso la possibile acquisizione di abitudini dannose per loro stessi. Teoricamente dovrebbe essere più semplice non far acquisire una cattiva abitudine, piuttosto che farla perdere dopo che è stata acquisita. Questo implica tanto per i genitori. Un dialogo costante, partendo dalla chiarezza dei ruoli e delle responsabilità: genitore da una parte, figli dall'altra, senza quelle forme non condivisibili di comportamenti "amichevoli" che non hanno ragione di essere. Dialogare, dare tempo, il che significa anche toglierlo a se stessi: siamo noi genitori che dobbiamo anche rinunciare a un po' del nostro tempo libero in favore dei nostri figli se vogliamo cercare di ridurre il rischio di ritrovarci poi a intervenire su fatti più importanti in-

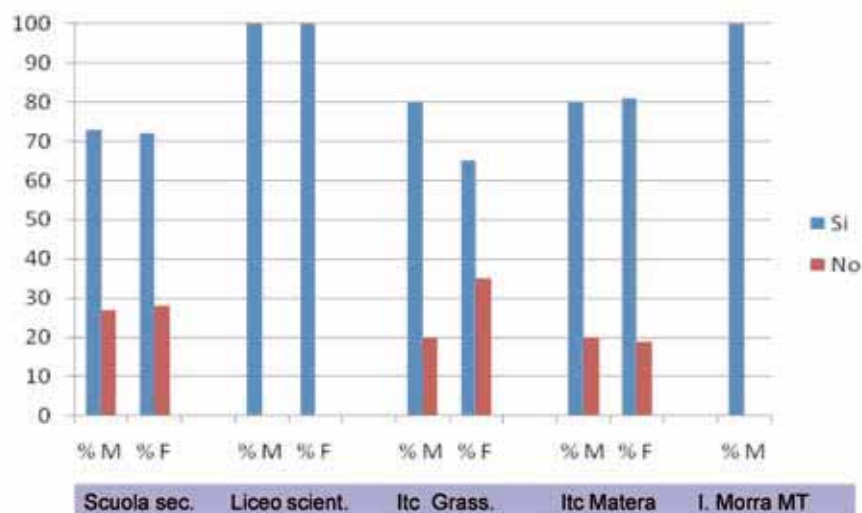
Scheda 3

Tabella 1

Risultati Questionario su consumo di birra, vino e alcool



Risultati Questionario su conoscenza di coetanei che bevono alcolici



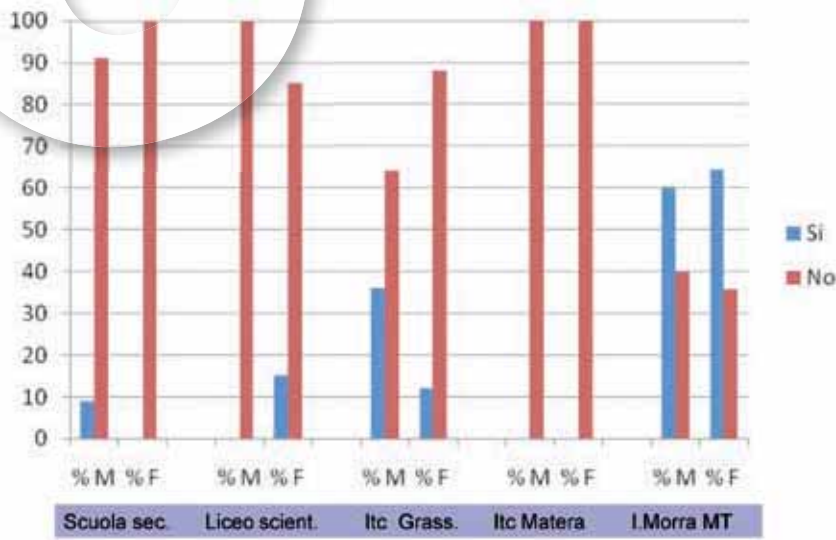
renti i nostri figli. E' difficile questo in una società votata "alle giuste esigenze individuali", all'attenzione, sollecitata dai media, verso se stessi "a prescindere". Diamo tempo ai nostri figli. Abbiamo deciso di programmare il secondo incontro prima delle feste natalizie, per un forte richiamo ai giovani affinché coniughino divertimento e sicurezza.

- Abbiamo deciso una strategia di intervento a tutto campo.
- Abbiamo invitato l'Associazione Viva la Strada in un'assemblea scolastica molto partecipata.
- Attraverso un comunicato stampa (Figura 1) abbiamo invitato gli organi di informazione a collaborare attivamente per divulgare questa iniziativa e

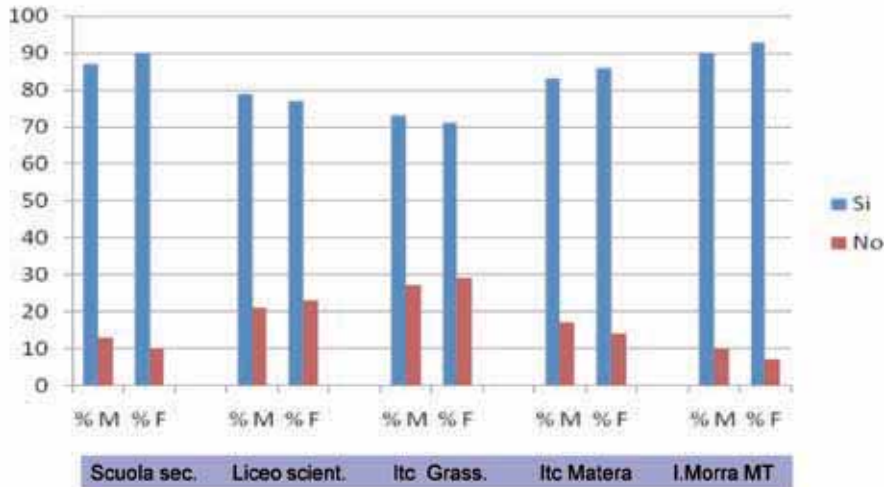
- richiamare i giovani a porre attenzione alla loro vita.
- Abbiamo analizzato con i ragazzi i risultati (Tabella 1) della scheda iniziale del Progetto (Scheda 1), riguardo alle domande collegate all'utilizzo dell'alcol. Due le domande poste: la prima chiedeva se consumano alcol e se sì se il consumo sia quotidiano

Tabella 2

Risultati Questionario su fumo



Risultati Questionario su conoscenza di coetanei che fumano



o settimanale; la seconda se i loro coetanei consumano alcol. La risposta a queste domande, con una differenza tra le due risposte, è stata commentata da loro con molta onestà. Hanno convenuto che la risposta esatta è quella concernente l'uso collettivo dell'alcol. Risposta che documenta un consumo notevole d'alcol da parte dei ragazzi. Allora abbiamo illustrato

loro i pericoli connessi all'uso dell'alcol in adolescenza. Presentati quegli studi che richiamano la necessità di un consumo zero di alcol fino ai sedici anni, e un consumo molto moderato in seguito.

- Abbiamo chiesto di collaborare a una corretta informazione verso i loro coetanei, in modo da raggiungere il cuore e l'intelligenza dei ragazzi.

- E' stato preparato un servizio televisivo, andato in onda nel periodo festivo, per richiamare i ragazzi a porre molta attenzione verso il consumo dell'alcol, a evitare di mettersi alla guida dopo aver assunto bevande alcoliche, ricordando loro che l'alcol non è un loro amico.

- E' stato realizzato uno spot radiofonico rivolto dai ragazzi ai loro coetanei su questi temi.

**Il terzo incontro:
"Io non fumo.
Non mi fumo il cervello.
L'alcol non è amico dei ragazzi"**

Abbiamo deciso, per il terzo incontro, di associare due problematiche difficili: il fumo e di richiamare il tema dell'alcol. Nel preparare l'incontro abbiamo constatato la difficoltà dell'approccio a questi temi, considerando che per i ragazzi l'allarme è eccessivo e ingiustificato. Parlare loro della prevenzione sanitaria non cattura il loro interesse e la loro attenzione.

Tutto è visto come lontano, non vi è la percezione di un qualcosa di dannoso tale da minare la loro performance psico - fisica. Abbiamo scelto di affrontare il tema del fumo stimolandoli sul versante della "cura del corpo" della vanità e del loro apparire, ricordando loro ad esempio che il fumo favorisce un alito cattivo, può minare alcune performance fisiche. E' difficile parlar loro di pericoli del fumo, quando questo, perlomeno negli adolescenti, rappresenta quasi "uno status" che li avvicina ai ragazzi più grandi. Pericoli per la salute? Sono lontani, difficilmente sono percepiti. Divieti servono poco nei loro rapporti quotidiani. I loro luoghi privati di ritrovo sono zone franche. Divieti di vendere loro le sigarette? Sorridiamo considerando ai dispensatori dove ognuno può acquistarle. L'abitudine al fumo richiama il questionario sull'abitudine al consumo dell'alcol (Tabella 2). Importante ancora una volta la famiglia: in primis l'esempio (quale affidabilità

nel dire a un ragazzo di non fumare se chi lo afferma fuma?); ritornare periodicamente su questi temi, non stancarsi di parlare con i giovani, con i propri figli, anche quando può sembrarci che non ci ascoltano. Richiamando le problematiche legate al consumo dell'alcol, abbiamo proposto dei concetti già espressi nel secondo incontro: li abbiamo stimolati a seguire i loro coetanei lombardi che propongono un simulatore sull'abuso dell'alcol (Brindrive) e sui rischi a esso connesso. Li invitiamo a proporre anche nelle nostre realtà quel che di positivo accade in altre regioni d'Italia, le discoteche senza alcol, vale a dire feste senza alcol. Ci rendiamo conto che il nostro lavoro è una goccia nel grande oceano. Ci auguriamo la condivisione da parte della famiglia, in modo tale che la goccia inizi a divenire un piccolo rigagnolo, la condivisione dei media per trasformare il rigagnolo in un fiume. La strada è in salita. Devono perlomeno essere responsabili delle loro azioni e non giustificarle attribuendo ad altri la responsabilità di comportamenti non salutari. Completeremo il Progetto sul tema di base "Razionale della prevenzione cardiovascolare nei bambini e nei ragazzi".

Concerto di Gino Paoli *“per il Tuo cuore”* Grande successo mediatico ed artistico

di Roberto Ceravolo

Gino Paoli è il cantautore del cuore, di quello che è considerato il rifugio delle nostre debolezze, dei sentimenti, dell'amore. L'ANMCO Calabria ha continuato con lui l'ormai tradizionale “grande evento” collegato alla Campagna di San Valentino. E' stata una serata memorabile quella che si è vissuta il 12 febbraio al Teatro Politeama di Catanzaro. Storie e sentimenti di vita quotidiana, paure, amori sofferti, solitudine è quello che da mezzo secolo Gino Paoli racconta con le sue canzoni. Ed in una serata insolitamente fredda, in una città imbiancata di neve fresca, il Teatro Politeama di Catanzaro diventa il posto giusto per andare a riscaldare il proprio cuore. Infatti, Gino Paoli è

stato l'eccezionale protagonista della serata benefica a favore della Fondazione *“per il Tuo cuore”*, giunta alla seconda edizione e che ha come finalità sia la conoscenza della cultura della prevenzione, sia la raccolta di fondi per la lotta alle malattie cardiovascolari, sia la diffusione ed il riconoscimento della nostra Associazione a livello sociale. L'introduzione di Antonietta Santacroce, Direttore artistico della manifestazione, e degli Organizzatori, Dott. Antonio Butera e Dott. Roberto Ceravolo, rispettivamente Presidente e Segretario del Consiglio Direttivo ANMCO Calabria, è servita a dare la giusta rilevanza all'ANMCO che in tutta la Calabria lavora da anni per “uscire all'esterno” e promuovere una immagine corretta della Cardiologia.

Già dal 2007 è iniziato un lavoro capillare nelle scuole con l'apporto insostituibile di un manipolo di insegnanti coordinati dalla Prof.ssa G. Bonapace che ha avuto come oggetto la formazione dei ragazzi alla prevenzione cardiovascolare ed è sfociato ogni anno in una grande manifestazione pubblica di grande attrazione. Concerto bellissimo: nulla è lasciato al caso, anche quella semplicità che traspare da un look casual e da un gruppo di musicisti che fanno da cornice con frequenti virtuosismi all'esibizione del cantante. L'artista ha la voce rilassata, seduto davanti al piano, sorseggiando il suo whisky, comincia a dipingere acquarelli di storie che appartengono alla nostra vita e che, spesso, pudici celiamo. “Il fantasma blu” scritta





insieme a Zuccherò è il prologo di una serata da ricordare. Gino Paoli divide in due il concerto, per dare una separazione tra ciò che è nuovo, il suo ultimo LP, e ciò che è storia e percorsi già compiuti. Narratore mai fuori dalle righe, Paoli racconta il suo mondo che attraverso le sue canzoni riesce a diventare di tutti, di chi vuole farlo proprio, di chi ne condivide sfumature e suoni, perché quei testi, quelle note raggiungono il cuore di tutti. Nella prima parte le dodici canzoni del suo ultimo album, "Storie", ci raccontano di un mondo quasi fiabesco che grazie ad una interpretazione "narrativa" sembrano essere dei cortometraggi che ci parlano di storie della nostra vita, la stessa che affrontiamo ogni giorno. Non manca l'amore de "Il nome" o la storia dello stupro di

una bimba, raccontato con "Il pettirosso". Momenti di grande intensità che non oscurano le interpretazioni di "Signora Provvidenza", "Il marinaio", "La Signora e Mauri" e "L'uomo che vendeva domande", affreschi in cui i colori forti si alternano a quelli più tenui. La seconda parte della serata è la storia di Gino Paoli, quella per cui il pubblico ha palpato negli anni ed anche quella che i presenti hanno sempre ascoltato. "Sassi", secondo Paoli la canzone che maggiormente ha espresso i suoi sentimenti, "Il cielo in una stanza", "Una lunga storia d'amore" e la drammatica "Albergo a ore", testo adattato in italiano da Herbert Pagani di "Les amants d'un jour", interpretata da Edith Piaf, sono state il momento più alto del concerto. L'artista non ha mai dialogato con

il pubblico se non in un momento di grande coinvolgimento in cui un simpatico coro, richiesto dallo stesso artista, ha interpretato la parte iniziale di "Sapore di sale", canzone che più di ogni altra appartiene secondo Paoli alla gente. "Ti lascio una canzone" sembrava dovesse dire la parola fine al concerto che, però, ha avuto una coda nel bis con "Senza fine" e "Quattro amici al bar". Nella platea, dal buio di una sala gremita, mille cuori lampeggianti creavano un meraviglioso cielo stellato e regalavano la sensazione di cogliere il senso del messaggio voluto dagli organizzatori. La serata fredda ora sembrava non essere più tale ed il cuore di ognuno dei presenti era stato riscaldato da un artista che ancora una volta ha dimostrato di conoscere l'arte di parlare alla gente.

Due anni da Presidente Regionale ANMCO Marche

Tempo di consuntivi: idee e proposte

di Roberto Accardi

L'itinerario privato e pubblico di ogni uomo è costellato da avvenimenti e da incontri che modificano, a volte impercettibilmente, a volte più profondamente, il nostro modo di essere e di partecipare alla vita in genere. Questa esperienza mi ha fornito molti spunti di riflessione e mi ha fatto valutare gli avvenimenti sotto diversi punti di vista, angolazioni che, forse, da solo avrei trascurato. Dopo quattro anni all'interno del Consiglio Regionale, di cui due anni come Presidente Regionale ANMCO Marche, è tempo dei consuntivi. Mi piace ricordare questo periodo come stimolante, interessante e importante. Stimolante per le varie problematiche che via, via si sono presentate e si è cercato di affrontare, forse non sempre raggiungendo soluzioni definitive, a volte con risolvibili divergenze di opinione: non è semplice accordare bisogni e necessità di Centri cardiologici diversi per dimensioni o risorse sia umane che economiche, ma l'obiettivo primario è stato il raggiungimento dell'omogeneità dei percorsi. Interessante per le persone e i Colleghi che ho potuto conoscere meglio: infatti ogni incontro fornisce un arricchimento personale formidabile, da quello con il giovane Collega in attesa di assunzione o di

affermazione, oppure il giovane Ricercatore in attesa della Fellow ANMCO o il Collega meno giovane con problemi organizzativi. Ognuno mi ha fatto comprendere qualcosa di più nell'universo della Cardiologia marchigiana ed italiana: purtroppo non mi è possibile ricordarli qui tutti, ma ad ognuno va la mia gratitudine. Importante per le situazioni che hanno coinvolto me e tutto il Consiglio Regionale come, in campo nazionale, fra le tante, la preparazione ed il fervore per le settimane "per il Tuo cuore", l'incontro con il Presidente della Repubblica, e, a livello locale, l'interessante intuizione del Congresso ANMCO unico di Abruzzo, Marche e Umbria, oppure le iniziative cardiologiche realizzate regolarmente in ogni provincia della nostra Regione, segno, mi ripeto, di vivacità ed importanza della nostra Cardiologia ospedaliera regionale. Ovviamente non mi nascondo che la strada è lunga per completare ciò che noi Cardiologi desideriamo nell'ambito della Regione Marche: è stata imposta una rete cardiologica per acuti e percorsi per lo scompenso, e, forse, i comportamenti si stanno uniformando nelle varie Province, ma manca ancora un network informatico comune che permetta un regolare scambio tra i vari Centri cardiologici ed eviti

l'inutile ripetizione di esami diagnostici. Forse l'adozione della cartella clinica informatizzata permetterebbe una maggior fluidità nella trasmissione di dati clinici tra Centri ospedalieri e tra Ospedali e Territorio. L'adozione di programmi di refertazione comuni potrebbe facilitare lo scambio, anche culturale, tra laboratori diagnostici e, nel caso dei laboratori di emodinamica e di elettrofisiologia interventistica potrebbe facilitare sia il controllo di gestione che il benchmarking dell'attività cardiologica invasiva. Non credo che queste idee siano lontane dalla realizzazione, ma, forse, hanno bisogno di una sollecitazione decisa, con suggerimenti regolari da parte nostra al Gestore della cosa pubblica e il lavoro congiunto di ANMCO con le Società di settore come GISE e SIEC. A questo punto mi sia permesso un doveroso ringraziamento per l'aiuto fornitomi ai componenti del Consiglio Direttivo Regionale, ai Presidenti Regionali ed in particolare ai Presidenti di Abruzzo e Umbria, come a tutto il Consiglio Direttivo con il Presidente Salvatore Pirelli e all'impareggiabile personale della Segreteria ANMCO di Firenze. Ho avuto il piacere di lavorare tra amici!

AGORA'

• Nell'ottica di rafforzare il lavoro in rete nell'ambito dell'ASUR Marche il 7 novembre 2009 presso l'Ospedale civile di Macerata si è tenuto il Corso di aggiornamento "Emergenze cardiologiche neonatali" che ha coinvolto Pediatri, Cardiologi dell'adulto e Cardiologi - Cardiochirurghi Pediatri. Le problematiche svolte sono state varie, dal percorso diagnostico delle cardiopatie congenite in epoca fetale all'approccio multidisciplinare al neonato con cardiopatia congenita critica con o senza diagnosi prenatale.

L'argomento, apparentemente lontano dalla routine quotidiana, coinvolge noi Cardiologi di frequente, specialmente negli Ospedali provinciali o più piccoli, in cui non sempre è presente la figura del Cardiologo Pediatrico: in questi casi il Cardiologo ecocardiografista è la prima risorsa per il Pediatra che si trova di fronte al neonato critico.

• Il giorno 14 novembre 2009 a Macerata si è svolto il Corso ANMCO "Il ruolo del Consulente nel reparto di Cardiologia: quando chiamarlo e cosa chiedergli". Si sono confrontati, in serrati round, Cardiologo e Gastroenterologo, Cardiologo e Nefrologo, Cardiologo e Diabetologo, Cardiologo e Pneumologo nell'intento di perseguire le migliori strategie diagnostico-terapeutiche nei confronti del nostro paziente. Lo schema dei singoli "incontri" è collaudato e permette uno scambio di vedute interessante e abbastanza completo relativamente alle tematiche trattate. Ormai il paziente cardiopatico ha assunto una complessità ragguardevole, dato l'incremento dell'età media e la eterogeneità delle co-patologie che ogni giorno incontriamo nelle corsie cardiologiche e nelle UTIC. La cultura del Cardiologo clinico si arricchisce ogni giorno di più proprio per il confronto quotidiano

con lo Specialista chiamato in consulenza: l'utilizzo di sistemi di ventilazione non invasiva oppure terapie avanzate per la cura dello scompenso, per non tralasciare le complicanze temibili della malattia diabetica o quelle a livello gastroenterologico causate dall'utilizzo di farmaci sempre più efficaci. Tale cultura extracardiologica permette a noi Cardiologi di poter utilizzare sempre meglio le risorse terapeutiche in nostro possesso e di richiedere mirate consulenze per i nostri pazienti.

• Nei giorni 18 e 19 dicembre 2009 si è svolta la "Consensus marchigiana sulle statine in terapia cardiovascolare" organizzata dal Dottor Gian Piero Perna di Ancona: primo esempio regionale, mi pare, finalizzato ad ottenere un up-to-date condiviso tra Specialisti, come Cardiologi, Internisti, Diabetologi, Chirurghi vascolari, Neurologi o Nefrologi e Medici di Medicina Generale coinvolti nel trattamento dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Gli argomenti discussi secondo la metodologia della consensus conference sono stati "uso delle statine nella sindrome coronarica acuta", "uso delle statine nella prevenzione primaria: quali statine per quali pazienti", "uso delle statine in particolari pazienti (pazienti in TAO, lo scompenso, la PTCA, ictus e TIA, ecc.)" e "sicurezza, efficacia e farmacoeconomia delle statine". Le relazioni hanno coinvolto coordinatori, partecipanti e discussant su i più recenti dati della letteratura internazionale provocando utili scambi di opinione. Sono emerse interessanti idee e proposte, si è ribadito il concetto del continuum assistenziale tra Ospedale e Territorio e l'importanza di condividere sia la cultura scientifica che le notizie cliniche relative al paziente nell'ottica di un miglioramento sia dell'attività assistenziale che dei progetti di prevenzione sia primaria che secondaria.



Figura 1
 Da sinistra: il Dott. Giovanni Totta, Presidente dell'Associazione ANF-FAS, il Dott. Gianni Mongelli, Sindaco di Foggia, il Dott. Antonio Nunziant, Presidente Con.Ar.T. di Foggia, l'On. Dott. Antonio Pepe, Presidente dell'Amministrazione Provinciale, il Dott. Alessandro Villella, Presidente Regionale ANMCO Puglia.

115 cuori pulsanti di sensibilità e ritrovata speranza a Foggia

Sette Associazioni no - profit hanno ricevuto gli apparecchi rilevatori di fughe di gas donati dalla RAI alla Fondazione "per il Tuo cuore"

A. Villella e P. Caldarola (con la collaborazione di Claudio Botta)

La luce intermittente dei cuoricini realizzati dalla Fondazione "per il Tuo cuore" ha illuminato, nel pomeriggio di giovedì 18 marzo, la Sala Conferenze del Con.Ar.T. (Consorzio Artigiani del Tavoliere) al Villaggio Artigiani a Foggia. I cuoricini luminosi erano appuntati sulle giacche del Sindaco della città Dott. Gianni Mongelli, del Presidente dell'Amministrazione Provinciale, On. Dott. Antonio Pepe, di numerosi ed autorevoli rappresentanti del mondo dell'associazionismo no profit, dell'imprenditoria e della finanza riuniti per sostenere l'iniziativa, nata da una idea del Prof. Attilio Maseri Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", costituita dall'ANMCO, di destinare alla città di

Foggia tramite il Presidente ANMCO Puglia, Dott. Alessandro Villella, 120 apparecchi rivelatori di fughe di gas combustibile e di gas tossici, che sono stati donati dalla RAI alla Fondazione. La scelta di donare a cittadini di Foggia tali dispositivi, utili a garantire la sicurezza abitativa non è stata casuale ma ispirata dal ricordo della tragedia di via delle Frasche, occorsa nella notte del 20 novembre 2004, quando a causa di una fuga di gas si verificò il crollo di una palazzina di due piani e di due edifici adiacenti. Otto persone persero la vita, altre sei rimasero gravemente ferite ed enormi disagi abitativi affliggono ancora oggi i sopravvissuti che persero i beni e la casa.



Figura 1 - In prima fila da sinistra: il Dott. Massimo Selmi, Presidente dell'AIMS Provinciale, la Dott.ssa Agata Danza, Presidente dell'AVO Puglia, la Sig.ra Michela Torres, componente della Segreteria CISL Pensionati

Una scelta di cuore

Per la adeguata attuazione del progetto il Dott. Alessandro Villella si è avvalso della collaborazione del Dott. Antonio Nunziante, Presidente Con.Ar.T. di Foggia, che ha dato la disponibilità di tecnici per l'installazione gratuita degli apparecchi nelle abitazioni, del Dott. Claudio Botta giornalista, coautore dell'articolo, esperto di comunicazione e di organizzazione di eventi, del Dott. Giovanni Totta, Presidente dell'Associazione ANFFAS, che ha operato la scelta delle Associazioni a cui destinare il dono. Si è infatti deciso di coinvolgere Associazioni dalla riconosciuta serietà e da tempo operanti nel terzo settore, affinché questi preziosi presidi potessero con certezza essere messi a disposizione di persone anziane, in condizioni di handicap e con differenti forme di disagio. L'entusiasmo suscitato dai primi contatti informali con i Presidenti delle Associazioni di Volontariato è stato l'elemento trainante per arrivare alla fase del coinvolgimento delle Istituzioni.

Un rapido percorso

La cerimonia di consegna ha rappresentato così non solo il momento conclusivo di una iniziativa estemporanea, ma anche la tappa di un percorso mirato a mettere in rete mondi lontani solo in apparenza. E lo hanno ben compreso il Dott. Giovanni Totta, la Sig.ra Michela Torres, componente della Segreteria della CISL Pensionati, il Dott. Paolo Pistoia, Vicepresidente del Forum Provinciale Famiglie; il

Dott. Michele Corcio, Presidente provinciale dell'Unione Italiana Ciechi, il Dott. Massimo Selmi, Presidente dell'AIMS Provinciale, il Dott. Antonio De Lorenzo, Presidente dell'Associazione "Superamento Handicap" di Biccari e la Sig.ra Elisa De Palma, Presidente della Onlus "I Diversabili" di Lucera, che hanno tutti ricevuto i rilevatori di fughe di gas in rappresentanza delle rispettive Associazioni, per poi destinarli alle famiglie bisognose.

Essere, non apparire

<<Sono grato alle Associazioni che attraverso il loro continuo operare lontano dalla luce dei riflettori permettono alla parola "solidarietà" di esprimere il suo vero significato: oggi registriamo grazie a voi una pagina importante per la nostra Provincia>>, ha detto l'On. Dott. Antonio Pepe, che, conoscendo e condividendo gli scopi associativi dell'ANMCO, ha sottolineato l'importanza della nostra Associazione nelle attività di ricerca scientifica, di programmazione sanitaria, e di miglioramento della qualità delle cure nella Rete ospedaliera italiana. <<Grazie alla cultura ed alla azione dei Soci ANMCO sono state realizzate realtà ospedaliere cardiologiche d'eccellenza, certificate ISO 9001:2008 come quella, unica al momento nella provincia di Foggia, dell'Ospedale "Lastaria" di Lucera diretta dal Dott. Alessandro Villella>>. L'On. Pepe ha anche assicurato la sua azione legislativa a tutela delle strutture cardiologiche ospedaliere sollecitando la previsione di adeguati

finanziamenti per l'assistenza e la ricerca. <<Foggia è migliore di quello che spesso vuole apparire>> ha detto il Sindaco Dott. Gianni Mongelli, entusiasta della presenza allo stesso tavolo di rappresentanti del mondo della ricerca, dell'imprenditoria e del volontariato per una dimostrazione di sensibilità davvero importante e significativa. <<Ben venga questo utile oggetto realizzato dalla ditta Beghelli e messo a disposizione dalla Fondazione se può servire a rassicurare e fare stare meglio tanti nostri anziani, tante persone sole o alle prese con disagi di varia natura>>, ha detto ancora il primo cittadino. Particolarmente significativo e toccante l'intervento di Michele Corcio, Presidente dell'Unione Italiana Ciechi, che non si è limitato a ringraziare per il dono ricevuto, ma ha voluto far riflettere su quanto sia importante per le persone con gravi disabilità avvertire la presenza e il sostegno delle istituzioni. Emozionanti anche le parole di Antonio De Lorenzo, dell'Associazione "Superamento Handicap" di Biccari, che ha esposto la condizione di solitudine degli anziani nel suo paese del Subappennino e sottolineato l'importanza di un gesto di solidarietà che fa vedere il mondo in una prospettiva migliore.

Conclusioni

La manifestazione si è conclusa con lo slogan della Campagna <<Non tutti i cuori sono uguali. Quest'anno il 5 per mille è "per il Tuo cuore". CF 94070130482>>.

*Lesione critica della carotide
interna pre - procedura*



Il Cardiologo e l'Interventistica vascolare

Il Cardiologo diviene membro di un team multispecialistico per la gestione integrata del paziente arteriopatico

di N. Pellizzari e C. Cernetti

Nuove tecniche di rivascularizzazione percutanee sono oggi a disposizione per il trattamento della patologia arteriosa periferica; il ruolo del Cardiologo diviene di primo piano sia come componente di un team multispecialistico sia come figura deputata all'esecuzione delle procedure ed alla gestione assistenziale del paziente affetto da vasculopatia dei tronchi sovraortici, degli arti inferiori e dell'aorta addominale



Il Team di Emodinamica di Castelfranco Veneto



Lesione critica della carotide interna post PTA + stent

Negli ultimi dieci anni la Cardiologia è stata una protagonista di primo piano nello sviluppo e nella crescita nella scienza medica; un ruolo fondamentale è stato assunto dalla terapia invasiva delle cardiopatie, principalmente nella cura della cardiopatia ischemica. L'Emodinamica Interventistica ha conseguito progressi straordinari per quanto riguarda la terapia delle sindromi coronariche acute sia per quanto riguarda la terapia della coronaropatia stabile. Nel primo caso la strategia di rivascolarizzazione precoce ha permesso significativi progressi nel ridurre la mortalità ed i tempi di degenza; nel secondo caso, pur con risultati meno clamorosi, ha permesso, quando guidata dai test di ricerca di ischemia e vitalità, di conseguire vantaggi in termini prognostici sia di riduzione e controllo della sintomatologia anginoso; tali progressi sono stati ottenuti anche grazie all'introduzione degli stent ad eluizione di farmaco, vera rivoluzione degli ultimi anni. Nata alla fine degli anni settanta, in un contesto esclusivamente cardiologico, l'Emodi-

namica Interventistica è progressivamente riuscita a guadagnare consensi estendendo i suoi campi di applicazione anche in ambito extracoronarico, permettendo così il trattamento di lesioni a carico di praticamente tutto l'albero arterioso, sino al trattamento di alcune patologie congenite e valvolari acquisite. Le tecniche di rivascolarizzazione percutanea, inizialmente sviluppate nei laboratori di emodinamica, sono state successivamente utilizzate per il trattamento anche di lesioni carotidiche, iliache, femorali, renali e sottopoplitee. Le applicazioni in distretti arteriosi che fino a poco fa erano un settore di pertinenza pressoché esclusiva del chirurgo vascolare, sono in costante crescita, come evidenziato dai dati della Società Italiana di Cardiologia Invasiva, che riportano nell'anno 2008, rispetto al precedente, una crescita del 3% delle procedure di rivascolarizzazione carotidea, dell'8% nel distretto ileo - femorale e del 19% nel distretto femoropopliteo. La procedura interventistica non coronarica si colloca ovviamente alla fine di un iter diagnostico che prevede prima l'esecuzione di esami non in-

vasivi, primo tra tutti l'ecografia color Doppler, in grado di fornire dati sia morfologici che funzionali indispensabili in fase sia diagnostica che terapeutica; successivamente l'imaging radiologico con TAC o RMN permette una ulteriore definizione morfologica che integra i dati funzionali dell'ecocolorDoppler fornendo delle preziose informazioni anatomiche che consentono di pianificare nei minimi dettagli la procedura di interventistica riducendone i potenziali rischi. Come ultimo step l'angiografia, ormai non più insostituibile in fase diagnostica, occupa un ruolo fondamentale soprattutto per le proprie applicazioni in ambito interventistico - terapeutico. In questo contesto al Cardiologo Interventista è pertanto richiesto un background tecnico e culturale che esula dall'ambito strettamente cardiologico, ma che appare imprescindibile in un'ottica di multidisciplinarietà nel trattamento della patologia arteriosa; allo stesso modo anche per il Cardiologo Clinico è necessario un bagaglio di conoscenze e di esperienza in ambito vascolare sempre più ampio, soprattutto in considerazione del fatto che gran



Giorgione.
Pala di Castelfranco,
1502

dei pazienti che afferiscono alle Cardiologie spesso presentano patologia aterosclerotica multidistrettuale; sono perciò richieste competenze sempre maggiori per il management diagnostico e terapeutico del paziente con patologia vascolare. E' pratica quotidiana la gestione, sia in fase acuta che cronica, di pazienti affetti da cardiopatia ischemica con concomitante patologia cerebrovascolare o arteriopatia degli arti inferiori. Conseguenza di tali premesse è la necessità imprescindibile di un team multidisciplinare che coinvolga il Cardiologo, l'Angiologo, il Chirurgo Vascolare ed il Radiologo; specificamente all'ambito della patologia cerebrovascolare inoltre il ruolo del Neurologo acquista fondamentale importanza, come quello del Nefrologo nel contesto della patologia nefrovascolare e del Diabetologo nella gestione dei pazienti diabetici con complicanze vascolari. Ciascuna di tali figure integra le competenze e l'esperienza delle altre, in un iter complessivo di gestione multispecialistica; il confronto che ne nasce può divenire quindi momento di reciproco arricchimento culturale, anche se a volte a rischio di una sovrapposizione di ambiti di competenze e di interessi. Ciò che il Cardiologo può garantire in termini di migliori standard terapeutici e gestionali deriva fondamentalmente dalla propria peculiare caratterizzazione professio-

nale. Il background tecnico in primo luogo; l'esperienza, la manualità e la conoscenza dei materiali specifici acquisite dal Cardiologo Interventista in ambito coronarico spesso si rivelano di grandissimo aiuto nell'affrontare e risolvere le problematiche connesse alle procedure di rivascolarizzazione periferica, così come la dimestichezza nel gestire pazienti clinicamente instabili, permettendo così il trattamento anche di pazienti ad elevato rischio. In secondo luogo la competenza specifica nella gestione della terapia intensiva cardiologica può essere messa a disposizione per la monitoraggio multiparametrica dei pazienti più complessi, pensiamo per esempio ai pazienti sottoposti a stenting carotideo con grave depressione della funzione sistolica, che possono nelle prime ore post - procedurali presentare instabilità emodinamica; la possibilità inoltre di poter usufruire di una terapia intensiva permette senza dubbio una gestione ad elevato standard di sicurezza, aspetto che a volte non può essere garantito in un reparto di Medicina o Chirurgia; allo stesso modo l'esperienza nella gestione della tera-

pia anticoagulante e antiaggregante e, nelle patologie acute arteriose quella fibrinolitica, sono di grande aiuto nel setting del trattamento del paziente polivascolopatico; non dimentichiamo inoltre la possibilità di gestire in fase acuta le eventuali complicanze cardiache che, come è noto, sono sempre possibili nei pazienti sottoposti ad interventi a carico dell'albero vascolare. In terzo luogo, ma per questo non meno importante, il ruolo dell'Infermiere dell'Unità coronarica nella gestione del paziente sottoposto a procedure di interventistica periferica qualifica ulteriormente la qualità delle cure che possono essere garantite in questo ambito specifico, caratterizzandosi pertanto per l'elevato grado di professionalità anche del personale non medico. Complessivamente la gestione del paziente arteriopatico in ambito cardiologico, pur necessitando di un insostituibile supporto da parte di altre figure professionali, appare essere di elevato standard qualitativo complessivo; ciò impone senza ombra di dubbio un notevole sforzo da parte del Cardiologo per ampliare il proprio orizzonte di conoscenze mediche, ma allo stesso tempo gli conferisce anche una più completa articolazione professionale e soprattutto può garantire al paziente prospettive di cure efficaci e a bassa invasività nel contesto di un trattamento globale della patologia aterosclerotica.



Alla ricerca dell'aura perduta

di Francesco Maria Bovenzi

Mi capita, abitualmente, di trovarmi a riflettere sull'esistenza di una netta contrapposizione tra il nostro modo "nobile" di interpretare il ruolo del medico, impegnato nel sociale, con un orizzonte culturale di umana sensibilità e, per converso, il nostro modo di considerare e praticare la professione in termini molto pratici ed utilitaristici. Potremmo considerare questa una sorta di contraddizione del nostro essere medici nella realtà contemporanea, che sminuisce e scalfisce la nostra identità originaria. Tra gli antesignani della nostra professione troviamo infatti i Santissimi Cosma e Damiano, molto vicini al popolo e ai bisognosi, che esercitavano l'arte medica in modo disinteressato e addirittura senza compensi, donde l'appellativo di "anàrghiri" (dal greco anargyroi, nemici del denaro). Per loro si parlava di arte medica: e oggi? Riteniamo la medicina ancora un'arte o la consideriamo più simile ad una scienza applicata? Più la medicina per-

de il connotato di arte, di una attività umana in cui le tecniche sono fondate sullo studio e sull'esperienza, ma al cui centro c'è un proficuo rapporto del medico con il paziente, più ci avviamo verso una scienza medica che offre prestazioni uniformi e standardizzate, mentre l'uomo non potrà mai diventare un semplice aggregato biologico, espressione di fenomeni totalmente prevedibili e ripetibili. Questo paradosso del progresso alimenta la disillusione della nostra professione, tesa a spostare la curva esponenziale del declino di ogni uomo "un po' più in là", tanto da far credere persino a molti che la medicina possa essere capace di abbattere l'impenetrabile e insormontabile barriera della morte, ma nello stesso tempo condannata a perdere in umanità. In questi anni e in questo contesto persino le linee guida hanno contribuito per certi versi a sminuire il nostro ruolo, legando le scelte mediche a evidenze statistiche, spesso lontane dalla realtà e ignare di quella dimensione umana

e di quel dialogo che in passato creava il valore aggiunto della professione del medico. Non dimentichiamo che l'etimo del nostro mestiere è il greco mèdomai, consigliare, ma oggi l'arte medica ha perso quell'aura di sacralità che l'ha accompagnata nel corso dei secoli: non più arte esperienziale, ma ricerca di impropri connotati di scienza esatta e di servizio. Se guardiamo con sufficiente distacco al recente passato della nostra professione e lasciamo da parte per un attimo l'esasperata specializzazione e frammentazione, forse potremmo acquisire una maggiore consapevolezza su come stiamo perdendo il nostro storico "status", fondato non solo sulle capacità cliniche, ma relazionali di uomini tra uomini. Immessi nel vicolo cieco dell'autonoma incapacità di un'autentica governance professionale, sottomessi da anni alle istituzioni politiche e aziendali, ci ritroviamo vincolati ai nuovi scenari organizzativi ospedalieri emergenti e intravediamo il rischio di una crisi della responsa-



*Predella dei Santi Cosma e Damiano
dalla Pala di San Marco*

bilità e dell'autonomia della nostra professione. Probabilmente non sarà tutta colpa dell'Ospedale per intensità di cura se il nostro ruolo perderà ulteriormente identità, forza e specificità, ma certamente tra i tanti mali soffocherà la nostra aura. In questo contesto antropologico, organizzativo e scientifico, mentre l'anima "ippocratica" del medico rischia l'impoverimento clinico, potranno sopravvivere invece sia l'anima "fantozziana", che risponderà indifferente alla scarsità di risorse e all'appiattimento dei ruoli, burocratizzandosi in modo impiegatizio e remissivo, sia quella affarista, che crescerà con la tecnologia, il distacco dall'uomo malato e le prestazioni. E' disperante immaginare quale sarà il nostro futuro lavoro nelle nuove organizzazioni ospedaliere. Il rischio è che con la fine dell'Ospedale come lo abbiamo conosciuto per anni, la professione medica perda anche la sua principale fonte di ispirazione: l'uomo nella sua totalità.

I fatti, gli avvenimenti, sono sempre suggestivi di essi. Incitano ad andare oltre, verso un'interpretazione, un approfondimento che li unisca in un insieme significativo.

**Sotto l'azzurro fitto del cielo
qualche uccello di mare se ne va nè
sosta mai perché tutte le immagini
portano scritto "più in là"**

(Eugenio Montale)

Discussione sul fine vita: terapie del dolore e biotestamento

La zona grigia della Medicina si confronta con il Diritto

di Paola Rizzuto



È lacerante per la nostra sensibilità accettare che la vita, che amiamo o che dovremmo amare più di ogni altra cosa perché rappresenta il nostro bene supremo, si spenga.... Ma bisogna ragionare con spirito laico, non per dogmi, quando si deve decidere e legiferare! Nella fede il conforto, nella legge la possibilità di scelta consapevole ed il rispetto della persona. José Saramago scrive a questo proposito che <<...la morte è la norma della vita, la naturale conclusione di ogni processo vitale, una fase del grande disegno biologico a cui apparteniamo >>. Ancora una volta, quindi, tornando a parlare di fine vita, riprendiamo a trattare di argomenti quali il testamento biologico, le terapie del dolore, la rianimazione e quindi del rapporto medico - paziente, evidenziando le novità giuridiche. Il sottile confine che separa (e non sempre in modo netto) la vita dalla morte, l'assistenza dall'accanimento terapeutico, l'autodeterminazione dall'eutanasia, sono oggetto costante del dibattito sul piano giuridico, politico e bioetico, sempre fortemente incentrato sul confronto tra la ragione scientifica da una parte, che deve trovare una sua normazione e, sebbene lentamente, sembrerebbe questa la direzione assunta, e le questioni morali e di ideologia, dall'altra, che evidentemente, invece, per nulla possono essere tipizzate nell'ambito

ristretto della norma giuridica. È in gioco la dignità dell'individuo e il diritto di ciascuno di noi ad affrontare nel modo più sereno possibile il momento più impenetrabile della propria esistenza: quello del passaggio dalla vita alla morte. In queste fasi della vita, che passano spesso per momenti dolorosissimi in cui la dignità, il decoro ed il rispetto dell'individuo sono fortemente compromessi da situazioni di salute devastanti e senza ritorno, etica e scienza nel dialogo per la vita, diventano terreno di contesa e si traducono in considerazioni e conclusioni spesso inconciliabili tra loro. Lo snodo centrale dell'intera questione, evidentemente poggia interamente sul rapporto medico - paziente negli ultimi giorni di vita, sulla comunicazione tra medico e paziente nel periodo precedente il decesso e sul rapporto al momento della morte del malato. A titolo meramente esemplificativo, ma per ben far comprendere i termini della questione qui esaminata, gli avvenimenti che hanno visto coinvolti Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro, seppur assimilabili da un punto di vista filosofico, in quanto entrambi i protagonisti sono persone non più in grado di vivere, ma che sopravvivono artificialmente alla malattia grazie all'ausilio della tecnica medica più avanzata, in realtà sottendono due situazioni giuridicamente diverse. Welby, in realtà, non si trovava

in una condizione clinica qualificabile come stato vegetativo permanente, avendo potuto programmare e realizzare, grazie alla sua determinazione e forza di volontà, il proprio suicidio assistito. Egli è stato per così dire "aiutato da altri a morire". Viceversa, in Eluana Englaro si è irreversibilmente perso ogni barlume di coscienza e di volontà. Per lei si può clinicamente parlare di s.v.p. (stato vegetativo persistente), pensando al distacco dalla macchina per "lasciarla morire". I Tribunali di merito e la Corte di Cassazione si sono dovuti interessare del rifiuto delle cure da parte dei due pazienti in questione nelle loro vicende di fine vita. Piergiorgio Welby, pienamente in grado di intendere e di volere e correttamente informato, ha rivendicato il suo autentico e contestuale diritto a rifiutare un trattamento medico invasivo al quale era sottoposto (ventilazione artificiale). Per Eluana Englaro, da oltre sedici anni in coma vegetativo permanente, è stato il padre, che dopo un lungo iter giudiziario, ha ottenuto l'interruzione delle pratiche di alimentazione e di idratazione artificiale. Orbene, queste due situazioni - tipo ci consentono, esemplificativamente, di comprendere le questioni giuridiche oggetto delle novità legislative sui temi legati all'interruzione della vita, al testamento biologico, all'accanimento terapeutico e più in generale sull'eutanasia, sotto meglio delineate. Ed invero, in entrambe le situazioni sono state in gioco la dignità della persona con i suoi diritti fondamentali (diritto alla libertà. All'uguaglianza, alla salute, ecc.), il valore della vita e della sua

integrità. Ancora, vi è un principio di fondo che le accomuna, ed è il consenso informato e consapevole del malato all'atto medico, in virtù del quale la persona non può essere sottoposta a coercizione nel corpo e nella mente. Un principio di libera determinazione della persona che ha come necessaria implicazione il riconoscimento della facoltà di rifiutare o di cessare le cure mediche, lasciando che la malattia faccia il suo corso anche fino alle estreme conseguenze. Ma profonde differenze insorgono quando nell'esercizio di questo diritto vi sia un consenso espresso, contestuale, consapevole del paziente capace di intendere e di volere (Welby) o, di contro, un consenso anticipato o presunto del paziente non più competente (Englaro). È a questo punto che le due vicende si differenziano profondamente giuridicamente, perché nella seconda la ricerca della volontà del malato diventa assai più problematica rispetto alla prima. La Englaro non è in grado di manifestare il proprio dissenso a causa del suo stato di totale incapacità e, allorché era nel pieno possesso delle sue facoltà mentali, non ha specificatamente indicato attraverso il cosiddetto testamento biologico quali terapie avrebbe desiderato ricevere e quali invece avrebbe inteso rifiutare. Il testamento biologico, dunque, in questi casi, si affermerebbe come lo strumento che rafforza l'autonomia individuale, per poter esprimere le proprie volontà alla fine della vita, coinvolgendo i doveri professionali del medico e la legittimazione all'atto medico. Orbene, importanti novità sono intervenute sui

temi in questione agli inizi di questo nuovo anno. L'iter della legge sul testamento biologico entra nel vivo. In commissione Affari sociali, infatti, viene affrontato l'art. 3, comma V, quello dedicato all'alimentazione e nutrizione artificiale, che prevede l'ambito di applicazione delle Dat (dichiarazioni anticipate di trattamento) e i trattamenti medici che possono essere indicati in esse. Lo snodo in tema di biotestamento è ripartito proprio con un emendamento sul tema nutrizione e idratazione artificiale, un emendamento all'articolo 3, comma V che stabilisce che alimentazione e idratazione non possono mai essere sospese "ad eccezione dei casi nei quali risultino non più efficaci nel fornire i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo", così ammettendo la sospensione di quella che finora veniva considerata nel disegno di legge parte delle terapie di cure ora, invece, si ha la possibilità di sospendere alimentazione e idratazione nei casi eccezionali in cui non possono essere più assunti dal paziente perché inefficaci. Niente più accanimento sui malati terminali, anche incoscienti. D'ora in poi si potrà sospendere l'idratazione e l'alimentazione artificiale quando non servono più a nulla e anzi, diventano addirittura dannose. Sarà solo il medico, però, a stabilire in quali casi il sondino deve lasciare spazio alla *pietas*. Un esempio? Per un malato oncologico terminale non sarà necessario prolungare l'agonia aspettando che il cuore si fermi. L'emendamento, tuttavia, non modifica la sostanza della legge (che

prescrive comunque l'obbligatorietà della nutrizione alla persona incosciente se questo è sufficiente alla vita), ma allarga la platea di persone alle quali si applicherà la legge non solo ai pazienti in stato vegetativo ma anche ai malati terminali. Insomma nel celeberrimo caso Englaro, sopra richiamato, la paziente sarebbe rimasta sotto sondino. L'alimentazione e l'idratazione artificiali non faranno parte delle dichiarazioni anticipate di trattamento, ovvero del biotestamento, ma potranno essere sospese in casi eccezionali: quando cioè il paziente non è più in grado di assimilarle e quando - si è detto - "le medesime risultino non più efficaci nel fornire i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo", ovvero nei pazienti in fase terminale che non sono in grado di assorbire più nulla, per questi casi, e solo per questi casi, si è stabilita un'eccezione. Ad esempio, nei malati oncologici, ci sono situazioni in cui è meglio interrompere l'alimentazione e l'idratazione, perché se si insiste si peggiora la situazione, questo avviene quando l'organismo si sta spegnendo e non reagisce più a nulla. C'è sempre stata un'alleanza terapeutica con i medici, una forma di pietas verso i moribondi, ma loro devono comunque attenersi ad un'indicazione di legge molto precisa, che si realizza quando il medico dice che la persona sta morendo ed è meglio sospendere tutto. Si badi bene che non è una scelta di eutanasia, quando si è in fase terminale l'organismo non reagisce più perché il paziente sta morendo della sua malattia. Tornando alle nostre due

esemplificazioni, Eluana Englaro, non era una malata terminale e non è morta per una patologia specifica. Lei era una disabile profonda. Per il suo stato vegetativo, l'idratazione e l'alimentazione avrebbero dovuto proseguire. Nei malati di SLA che non hanno speranza, come nel caso Welby, non perdono mai la coscienza e possono esprimere la loro volontà fino alla fine come ha fatto. Insomma, il diritto di rifiutare le cure è sempre possibile per un malato, fino a quando è cosciente. Idratazione e alimentazione non si possono usare come una sorta di suicidio assistito, quindi non vanno sospesi quando il paziente non sta morendo. In tema di fine vita, ancora, ecco palesarsi la centralità del rapporto medico - paziente, sopra specificato, che ricompare anche nel testo sulle "Disposizioni sulle cure da prestare alla fine della vita come forma di alleanza terapeutica", di cui al disegno di legge, presentato alla Camera il 04.08.2008 ed aggiunto al monitoraggio dell'argomento da parte della Commissione permanente Affari Sociali il 20.01.2010, un'alleanza terapeutica basata sull'informazione, il consenso e il rispetto reciproco dei propri valori e delle proprie libertà. Questa transizione non è né facile, né scontata perché richiede sia al medico sia al paziente capacità di dialogo, di comunicazione, di condivisione, condizioni che non sono facili da riscontrare nella quotidianità. Si è ravvisata, dunque, la necessità di elaborare una legge che contemperì il rispetto dell'esercizio della libertà del soggetto con la tutela della dignità di ogni uomo e del valore dell'inviolabi-

lità della vita, in ossequio a quanto sancito nella Costituzione italiana che riconosce al principio di autodeterminazione del paziente il valore di diritto fondamentale, si vuole riconoscere al cittadino siffatto potere decisionale anche per il momento in cui dovrebbe eventualmente trovarsi privo della capacità di intendere e di volere, attraverso le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento. Ma come già avviene nella stesura del consenso informato, quando il soggetto decide in piena scienza, si ritiene che anche nella redazione delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, debba in qualche forma sussistere quel rapporto di fiducia tra medico e paziente, che determina una vera e propria alleanza terapeutica tra i due. E questo soprattutto perché si vuole in tal modo recuperare idealmente il rapporto medico-paziente anche in una situazione estrema, in cui il soggetto non è più in grado di esprimersi. In tal modo quel rapporto di fiducia che fin dalla nascita lega direttamente o indirettamente il paziente al medico, continua anche davanti all'impossibilità del malato di interagire, concretizzandosi nel dovere del medico di prestare tutte le cure di fine vita, agendo sempre nell'interesse esclusivo del bene del paziente. Il disegno di legge "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento" è costituito da 10 articoli. La proposta di legge, in sintesi, vuole garantire l'inviolabilità e l'indisponibilità della vita umana, nonché la tutela della salute come fondamentale diritto del cittadino e della collettività assicuran-

do la partecipazione del paziente all'identificazione delle cure mediche nell'ambito dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente, precisando il divieto di ogni forma di eutanasia attiva e al suicidio assistito nonché il divieto di forme di accanimento terapeutico. Viene disciplinato il consenso informato prevedendo che il dichiarante debba essere informato in maniera completa e comprensibile su diagnosi, prognosi, natura, rischi e benefici del trattamento proposto. Il consenso può essere revocato, anche solo parzialmente, disciplinando i contenuti e i limiti delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (Dat) attraverso le quali il dichiarante esprime il proprio orientamento sui trattamenti medico - sanitari e di fine vita in previsione di una futura perdita delle capacità di intendere e di volere. Si specifica anche che alimentazione e idratazione artificiale, in quanto forma di sostegno vitale, non possono costituire oggetto di dichiarazioni anticipate. La valutazione dello stato clinico spetta a un collegio formato da 5 medici (neurologo, neurofisiologo, neuro radiologo, medico curante e medico specialista di patologia). Le Dat devono essere redatte in forma scritta da persona maggiorenne in piena capacità di intendere e di volere, accolte da un notaio a titolo gratuito e sono sempre revocabili e modificabili ed hanno validità di 3 anni, termine oltre il quale perdono efficacia. E' prevista la possibilità per il medico curante di disattendere le Dat, qualora non siano più corrispondenti agli sviluppi delle conoscenze scientifiche e terapeutiche, motivando la decisione sulla cartella clinica.

Ultima novità sui temi trattati, riguarda la Legge 15 marzo 2010, n. 38 pubblicata in Gazzetta Ufficiale 19 marzo 2010, n. 65, che ha sancito in via definitiva l'accesso tutelato e garantito alle cure palliative e le terapie del dolore. In America, la prima cosa che un medico fa, accogliendo un paziente che soffre, è somministrargli spesso antidolorifici a base di oppioidi per sedare il dolore. Nel nostro Paese, invece, fino a questo nuovo testo di legge, avveniva esattamente l'opposto. Il motivo è sempre da ricercare nella nostra cultura. Capita ad esempio nel leggere il messaggio che arriva dall'uso della morfina. Nel nostro Paese c'è ancora la convinzione che nel momento in cui si somministra morfina non ci siano più speranze di vita. In realtà, l'uso di questi farmaci può essere molto utile nella cura del dolore cronico. Va da sé, quindi, la rilevanza innovativa che assume tale normativa che finalmente ha portato l'Italia almeno allo stesso livello di altri Paesi europei in questo campo. Ma la nuova legge rappresenta anche una vera e propria rivoluzione per il personale sanitario italiano. In particolare, infatti, le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali: 1. tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; 2. tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine; 3. adeguato sostegno sanitario e socio - assistenziale della persona malata e della famiglia. Un provvedimento, dunque,

che va incontro alle necessità delle 250mila famiglie di italiani che hanno bisogno di cure per alleviare stati di grande sofferenza fisica, come i malati terminali e quelli cronici. Grazie alla nuova legge, i pazienti hanno diritto di scegliere dove curarsi (o dove concludere la propria vita) a parità di costi. Inoltre è semplificato il sistema di prescrizioni di farmaci oppioidi e cannabinoidi. Non sarà più necessario l'utilizzo di un ricettario speciale ma basterà quello del medico di base (purché sia convenzionato con il Servizio sanitario nazionale). Altra importante novità è che per ogni ricoverato (e non solo i malati terminali, come accade adesso) sarà monitorata la sofferenza fisica, riportandola in cartella medica. Infine, per garantire a tutti l'accesso alle terapie necessarie, sarà rinforzata la rete di strutture abilitate sul territorio (ospedali e hospice), con personale specializzato. Come bisogna intervenire? È necessario ampliare della rete degli hospice, ossia le strutture che forniscono con umanità e tecnologia le cure palliative ai malati terminali. Ebbene, ci si renderà ben conto, a conclusione di questo breve ulteriore excursus giuridico, che la politica come il diritto e l'elaborazione giurisprudenziale, non possono scrivere delle leggi che hanno a che fare con la medicina, la scienza e con i diritti costituzionali delle persone e/o interpretarle, senza tenere conto di che cosa pensano i medici, perché sono loro che con questi temi hanno a che fare ogni giorno, nell'esercizio di una professione difficile e delicatissima.

Il nuovo CCNL della Dirigenza medico - veterinaria del SSN, biennio economico 2008 - 2009

di Domenico Gabrielli

	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 31 dicembre 2007	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 1 gennaio 2009
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	13.546,08	714,68	14.260,76
Dirigente incarico struttura complessa: area medicina	12.141,53	714,68	12.856,21
Dirigente incarico struttura complessa: area territorio	11.448,58	714,68	12.163,26
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	8.653,74	456,56	9.110,30
Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000	4.235,53	223,46	4.458,99
Dirigente equiparato	3.163,81	166,92	3.330,73
Dirigente < 5 anni	---	---	---

Tabella 1

Il 19 febbraio 2010 le sigle sindacali mediche (escluse CGIL e UIL, almeno al momento attuale) hanno siglato la preintesa relativa al biennio 2008 - 2009 del CCNL della Dirigenza medica e veterinaria del SSN. La preintesa riguarda il secondo biennio economico (2008 - 2009) del Contratto vigente e la sequela contrattuale del quadriennio normativo 2006 - 2009. Passiamo dunque ad esaminare più in dettaglio i contenuti di tale preintesa a proposito degli argomenti di maggior rilievo. Come al solito, partiamo dal trattamento economico, gli articoli previsti sono 13 distinti in 3 capi, ai quali si aggiungono una Dichiarazio-

ne congiunta ed un allegato relativo ai "criteri generali per la definizione dei sistemi di verifica del raggiungimento degli obiettivi dei progetti e programmi di miglioramento di cui all'art. 6 del presente CCNL". L'art. 2 riporta gli incrementi dello stipendio tabellare nel biennio di riferimento (Figura 1). L'art. 5 riporta la retribuzione di posizione minima unificata dei Dirigenti medici con lavoro di rapporto esclusivo (Tabella 1), si conferma che tale incremento non è "riassorbito" dalla retribuzione di posizione variabile aziendale e si aggiunge pertanto alla retribuzione di posizione complessivamente attribuita al Dirigente indipendentemente dalla

sua composizione storica. All'art. 7 si conferma l'art. 22 del CCNL del 17 ottobre 2008 (retribuzione di posizione minima unificata dei Dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo o ad esaurimento). L'art. 8 tratta degli effetti dei benefici economici. Gli artt. dal 9 all'11 sono relativi ai vari fondi economici e prevedono gli incrementi concordati. L'art. 12 riporta l'incremento dell'indennità di esclusività di rapporto (Figura 2). Infine l'art. 13 prevede progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza normando le modalità con cui le regioni possono destinare fondi a tale scopo.

Capo I
Trattamento economico dei dirigenti
con rapporto di lavoro esclusivo e non esclusivo

Art. 2
Incrementi stipendio tabellare nel biennio 2008-2009

1. A decorrere dal 1 gennaio 2008, lo stipendio tabellare previsto per i dirigenti medici e veterinari a rapporto esclusivo e non esclusivo ed orario unico dall'art. 17 comma 2 del CCNL del 17 ottobre 2008, è incrementato di € 22,37 lordi mensili. Dalla stessa data, lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è rideterminato in € 42.258,81.
2. A decorrere dal 1 gennaio 2009 l'incremento di cui al comma 1 è rideterminato in € 103,30 lordi mensili. Per effetto di tale incremento lo stipendio tabellare annuo lordo, comprensivo della tredicesima mensilità, è rideterminato alla stessa data in € 43.310,90.
3. Gli incrementi di cui al presente articolo comprendono ed assorbono gli importi corrisposti, ai sensi delle disposizioni vigenti, a titolo d'indennità di vacanza contrattuale.

Figura 1

Art. 12

Incremento dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro

1. Gli importi dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro di cui all'art. 5 del CCNL del 8 giugno 2000, sono rideterminati dal 1 gennaio 2009 nelle misure annue lorde di seguito indicate:

Dirigente con incarico di direzione di struttura complessa € 17.052,27
 Dirigente con incarichi art. 27 lett. b) o c) del CCNL stipulato in data 8 giugno 2000 ed esperienza professionale nel SSN superiore a quindici anni € 12.791,61

Dirigente con incarichi art. 27, lett. b) o c) del CCNL stipulato in data 8 giugno 2000 ed esperienza professionale nel SSN tra cinque e quindici anni € 9.385,84

Dirigente con esperienza professionale nel SSN sino a cinque anni € 2.325,41

2. L'indennità di esclusività, fissa e ricorrente, è corrisposta per tredici mensilità.

3. E' disapplicato l'art. 5, comma 2, secondo capoverso del CCNL 8/6/2000, secondo biennio economico.

Art. 13

Progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza

1. Al fine di dare maggiore impulso ai processi di innovazione, le Aziende promuovono specifici progetti programmi o piani di lavoro per il miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, con particolare riferimento alla piena adeguatezza dei sistemi organizzativi, nonché al conseguimento di una maggiore corrispondenza tra le prestazioni rese e le esigenze del cittadino.

2. I progetti e programmi di cui al comma 1, devono corrispondere ad esigenze effettive dell'Azienda ed apportare un concreto e misurabile contributo aggiuntivo alla attività fissata nei livelli essenziali di assistenza soprattutto per quanto riguarda gli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e la piena e qualificata erogazione dei servizi, ivi compreso l'ampliamento degli orari delle strutture e il miglioramento del servizio di guardia, nonché delle attività di gestione dell'emergenza e del pronto soccorso.

3. Nell'ambito dei vincoli di finanza pubblica fissati per i rispettivi sistemi sanitari regionali e fatto salvo comunque il rispetto dei Patti per la salute e dei relativi obiettivi e vincoli economici e finanziari, le Regioni, in presenza di ulteriori economie effettuate nell'ambito di processi strutturali di razionalizzazione e riorganizzazione del settore sanitario che consentano complessivi risparmi di spesa, ivi compresi quelli riferiti ai costi per il personale, individuano con specifica direttiva, a valere dall'anno 2009, ulteriori risorse nel limite massimo dello 0,8%, calcolate sul monte salari 2007, per il finanziamento dei progetti innovativi di cui ai commi precedenti. Dette risorse non sono oggetto di consolidamento in alcuno dei fondi previsti dal presente CCNL e non possono finanziare voci del trattamento fondamentale della retribuzione.

4. Le suddette risorse sono erogate a consuntivo, previa verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi precedenti, da attuarsi mediante appositi indicatori e parametri previsti nell'ambito della direttiva regionale di cui al comma 3, sulla base dei criteri individuati nell'Allegato 1 al presente CCNL. Tali risorse vengono destinate ai dirigenti direttamente coinvolti nell'ambito di tali progetti, secondo appositi meccanismi premiali correlati ai risultati conseguiti.

Figura 2

Conclusioni

Il negoziato è stato condizionato dal quadro attuale legislativo (ad esempio si pensi alle novità introdotte con il cosiddetto decreto “Brunetta”) ed economico, pertanto il risultato ottenuto appare soddisfacente anche se non ottimale; in particolare è interessante aver fatto accettare alla controparte il concetto della rivalutazione della indennità di esclusività di rapporto, ferma in precedenza al 2000 (rivalutata del 3,2% come la retribuzione tabellare). E' stata inoltre mantenuta nella retribuzione di posizione la retribuzione individuale di anzianità e non spostata nella retribuzione di risultato (come da richiesta specifica dell'ARAN), mantenendone quindi la certezza di attribuzione al singolo Dirigente. L'aumento contrattuale totale di questa tornata è stato in media di circa 180 euro, pari al 3,2% della massa salariale (Tabella 2 e Tabella 3). E' inoltre previsto un eventuale finanziamento aggiuntivo regionale dello 0,8 %, anche se condizionato, come al solito, alla “virtuosità” della singola regione. In sostanza si può accettare il risultato ottenuto come soddisfacente, se rapportato al particolare contesto attuale, vedremo nel prossimo numero della Rubrica le novità della parte normativa e ci aggiorneremo sull'iter legislativo della preintesa che prevede, come al solito, gli ulteriori passaggi normati ex lege , prima della definitiva approvazione.

INCREMENTI ANNO 2009 PARTE FONDAMENTALE RETRIBUZIONE

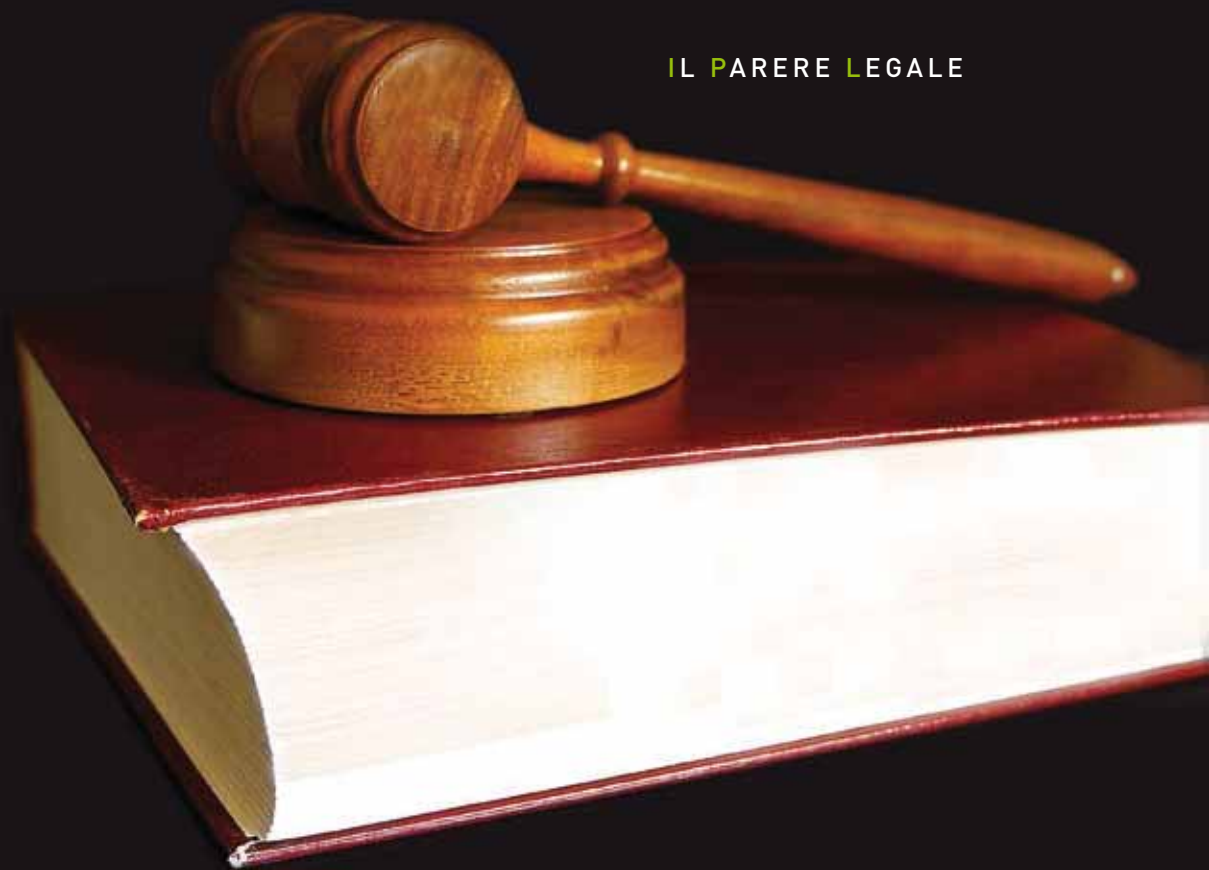
	Incremento mensile stipendio tabellare	Incremento annuo stipendio tabellare in 13 mensilità	Incremento annuo % stipendio tabellare	Incremento mensile posizione unificata	Incremento annuo posizione unificata in 13 mensilità	Incremento annuo % posizione unificata	Incremento complessivo mensile	Incremento compless. annuo in 13 mensilità
DIRIGENTE STRUTT. COMPLESSA	103,30€	1.342,90 €	% 3,2	59,56€	774,24€	% 5,27 (medio)	162,86€	2.117,14€
DIRIG. STRUTT. SEMPLICE O EX MODULO FUNZ.	103,30€	1.342,90€	% 3,2	38,05€	494,60€	% 5,27	141,35€	1.837,50€
DIRIG. INCARICO LETT. C) ART. 27 CCNL 2000	103,30€	1.342,90€	% 3,2	18,62€	242,08€	% 5,27	121,92€	1.584,98€
DIRIGENTE EQUIPARATO	103,30€	1.342,90€	% 3,2	14,08€	181,00€	% 5,27	117,38€	1.523,90€
DIRIGENTE ANZIANITA' < 5 ANNI	103,30€	1.342,90€	% 3,2	/	/	/	103,30€	1.342,90€

Tabella 2

INCREMENTI INDENNITA' DI ESCLUSIVITA' DI RAPPORTO ANNO 2009

	INCREM. MENSILI	INCREM. ANNUALI CON 13 ^o MENS.	% INCREM. ANNUALE	NUOVO VALORE INDENNITA' MENSILE	NUOVO VALORE INDENNITA' ANNUALE CON 13 ^o MENS.
DIRIGENTE STRUTT. COMPLESSA	44,06€	572,12€	% 3,2	1.421,02€	18.472,60€
DIRIG. CON INCARICO ART. 27 LETT. B) E C) CCNL 2000 E ANZIANITA' > 15 ANNI	33,05€	429,70€	% 3,2	1.065,96€	13.857,57€
DIRIG. CON INCARICO ART. 27 LETT. B) E C) CCNL 2000 E ANZIANITA' > 5 ANNI < 15 ANNI	24,25€	315,28€	% 3,2	782,15€	10.167,99€
DIRIGENTE CON ANZIANITA' < 5 ANNI	6,01€	78,11€	% 3,2	193,77€	2.519,18€

Tabella 3



Profili assicurativi in materia di responsabilità medica

di Ornella Mafri

Nel numero 170 di questa Rivista ho illustrato l'attuale scenario del contenzioso medico - legale evidenziando, fra l'altro, che l'aumento esponenziale delle denunce penali contro i Medici e delle cause civili contro medici, Ospedali e Case di Cura sono ormai una realtà. Sul tema della prevenzione e soprattutto sulla necessità di regolare la materia della responsabilità professionale del Medico, in conformità agli interventi legislativi intervenuti anche negli Stati Europei (ricordiamo da ultima la legge francese n. 303 del 2002), si dibatte da anni ma non si è approdati a nessun risultato. Il noto progetto Tommasini, che risale addirittura al 2001, non ha avuto alcun seguito e nonostante gli sforzi interpretativi compiuti dagli esperti del settore, i

vari Governi che, fino ad oggi, si sono succeduti non hanno dimostrato una concreta volontà di legiferare in una materia così complessa quale è quella della responsabilità medica. In questo contesto di totale assenza del Legislatore, l'unico rimedio di autotutela, almeno sotto il profilo economico, sembra il ricorso alla polizza assicurativa che, tuttavia, non è più in grado di soddisfare quella esigenza di ampia e totale garanzia tale da fare dormire sonni tranquilli al settore sanitario. L'aumento della richiesta di tutela giudiziaria ed i sinistri tardivi hanno avuto effetti pesanti in campo assicurativo (vedi N. 171 "Cardiologia negli Ospedali") e, in particolare, sia sulle polizze stipulate dagli Enti ospedalieri, sia su quelle stipulate, per la personale responsabilità, dai medici e dal personale sanitario in genere. Appare

opportuno ritornare sull'argomento per esaminarne gli aspetti assicurativi del fenomeno, solitamente, poco noti alla classe medica. I sinistri tardivi, dovuti alla possibilità di pretendere il risarcimento in un arco temporale di dieci anni, periodo che può anche essere più lungo nel caso in cui il danneggiato abbia inviato un atto formale di messa in mora, impediscono all'assicuratore di accertare il reale andamento dei sinistri che possono colpire una polizza di un ente ospedaliero per valutarne, da un lato, il rapporto benefici - costi e quindi l'opportunità o meno di assumere il rischio, dall'altro, il premio da fissare in relazione al rischio assunto. In conseguenza della maggiore tutela riconosciuta al paziente, anche per il tempo concessogli per agire civilmente contro Medici e Strutture (responsabilità

contrattuale), gli assicuratori si sono trovati a dovere sborsare, a distanza di anni dalla scadenza del contratto, importi non commisurati ai premi incassati. Le conseguenze sono state l'aumento dei premi, sempre più riportati al rischio proprio delle singole branche specialistiche della Medicina e la trasformazione delle condizioni di copertura con la riduzione dei massimali e della durata dei contratti, con l'introduzione di franchigie, di scoperti (per dolo o colpa grave) e di un preciso regime di validità temporale della polizza. Dunque, l'obbligo di assicurare le Strutture sanitarie ed il personale dipendente, per come imposto dalla contrattazione collettiva e la stessa necessità/opportunità del Medico di assicurarsi deve fare i conti con il risk management delle imprese assicurative. Le Compagnie di assicurazione verificano periodicamente il rapporto tra i sinistri liquidati ed i premi incassati, rapporto che da anni, nel settore sanitario, dà risultati fortemente negativi sia per il continuo aumento dei sinistri denunciati sia per l'aumento del costo medio di ciascun sinistro al punto che alcune Società di assicurazione non quotano più la RC professionale del Medico. Le Imprese di assicurazione che non hanno lasciato il mercato e che continuano ad assumere il rischio hanno dovuto rivedere i contratti e introdurre condizioni più restrittive. Tali condizioni non prevedendo una copertura illimitata, non solo con riguardo al massimale ma anche con riguardo al regime temporale della polizza, è opportuno che siano cono-

sciute dai Medici anche se stipulate dall'ente ospedaliero. Non tutti sanno che mentre le vecchie polizze erano stipulate in Loss occurrence (insorgenza del danno), i nuovi contratti sono stipulati in Claims made (a richiesta fatta). La differenza consiste nel fatto che mentre con il regime Loss occurrence l'assicurazione era operante per le richieste di risarcimento formulate anche dopo la cessazione del contratto, per fatti avvenuti durante il periodo di vigenza della polizza, con il regime Claims made, la prima richiesta di risarcimento, per fatti accaduti nel periodo di copertura, deve essere formulata nello stesso periodo. Le polizze in Claims possono prevedere una retroattività o una ultrattività e cioè una copertura anche per fatti avvenuti prima e dopo il periodo di decorrenza della polizza, fermo restando che la richiesta di risarcimento, appunto il Claims, deve intervenire nel periodo di copertura indicato in contratto. La clausola, sorta dalla necessità degli assicuratori di fronteggiare i sinistri tardivi, è stata ritenuta da più parti vessatoria perché comporterebbe una riduzione del rischio assunto dall'assicuratore. Per tale ragione nei contratti assicurativi si chiede al contraente la doppia sottoscrizione e quindi non solo la sottoscrizione delle condizioni contrattuali ma anche la sottoscrizione di singole clausole (tra cui quella che prevede il Claims): il che comporta l'espressa accettazione di quelle clausole che possono ipoteticamente presentare profili di vessatorietà e dunque di nullità. Detta limitazione deve essere ben nota all'assicurato

specie nel momento in cui andrà a disdetta la polizza: dalla cessazione del contratto o dalla scadenza dell'eventuale periodo di ultrattività, eventuali richieste risarcitorie, anche se relative a fatti avvenuti durante il periodo di efficacia della polizza, saranno prive di copertura assicurativa. Di qui l'opportunità di stipulare sempre contratti che prevedano una proroga della garanzia e, nell'ipotesi in cui si stipuli un nuovo contratto, di richiedere di farne retroagire la validità dalla data di cessazione dell'efficacia del contratto scaduto. Alla clausola non sfuggono neanche le polizze stipulate dalle Aziende ospedaliere e dalle Cliniche private che sono inoltre penalizzate da massimali, spesso, insufficienti oppure da franchigie e da scoperti (le polizze possono escludere non solo il dolo ma anche la colpa grave) che espongono a rischi anche il Medico dipendente. Le nuove polizze, inoltre, escludono dalla garanzia l'attività libero professionale intramoenia, svolta dai Medici dipendenti o l'attività libero professionale prestata da Medici non dipendenti, nei cui confronti, in ipotesi di colpa professionale e di richiesta danni, è la stessa Clinica ad agire in garanzia e/o in rivalsa. Vi è infine da segnalare un ultimo profilo, non infrequente, di inoperatività della garanzia che non deriva però dalle nuove esigenze di mercato: il mancato o ritardato pagamento dei premi da parte dell'Amministrazione con inevitabili ricadute sull'Ente ospedaliero e sugli stessi Medici.



Morte di Alarico I, seppellito nel letto del fiume Busento

Alarico, il barbaro ingentilito

Giuseppe Trebisacce*

*<<Cupi a notte canti suonano
da Cosenza su 'l Busento,
cupo il fiume gli rimormora
dal suo gorgo sonnolento.*

*Su e giù pe 'l fiume passano
e ripassano ombre lente:
Alarico i Goti piangono, il gran morto di
lor gente>>*

Chi della generazione dell'immediato secondo dopoguerra, educata al mito della "poesia patriottica e umana" di cui fu insuperabile campione Giosué Carducci, non ricorda questi versi del poeta tedesco August Von Platen, mandati a memoria negli anni della Scuola Media? Si tratta di versi facenti parte di una ballata cupa e grave, evocativa di un episodio altrettanto cupo e grave (la morte e la sepoltura del Re dei Goti), che esalta l'indole indomita e orgogliosa di un popolo e che la traduzione italiana del poeta della Versilia rende assai efficacemente, suscitando nell'animo del giovane lettore una lunga e misteriosa eco di tempi e mondi lontani.

Chi è Alarico?

Nato intorno al 370 d. C., Alarico appartiene alla nobile stirpe dei Balti, di origine celtica, che nel corso dei secoli emigra dalla regione scandinava raggiungendo le ubertose pianure dell'Ucraina e stanziandosi, dopo essere stata dispersa dagli Unni nel 375, nei territori in prossimità del delta del Danubio. Severa nei costumi, regolata da una ferrea legge morale e da una rigida organizzazione gerarchica che hanno nel Re il custode supremo e l'interprete unico e indiscusso, la tribù vive prevalentemente di caccia e di pesca ma non disdegna la depredazione e il saccheggio, com'è nell'indole dei popoli nomadi. Ancora in giovanissima età, il futuro regnante viene avviato all'arte della guerra ed ha modo, prendendo parte ad una missione diplomatica, di conoscere Costantinopoli e Roma. Soprattutto a Roma, dove dimora per due anni, apprende la lingua latina, i modi dell'arte imperiale e subisce il fascino della bellezza e della cultura della città dei Cesari. Più tardi, approfittando degli ozi forzati del suo esilio in

Mesia, approfondirà lo studio degli autori (poeti e filosofi) greci e latini e svilupperà un particolare interesse per la storia, pervenendo ad un livello di cultura classica insospettabile in uno straniero. L'impatto con la cultura orientale e con quella romana lo trasforma radicalmente: non più il rozzo barbaro, iroso, prepotente e saccheggiatore come certa storiografia ce lo presenta, ma il raffinato cultore della bellezza, autore, a detta di Claudiano, di composizioni poetiche "gioiose, linde e belle".

Il progetto politico

L'esperienza romana, soprattutto, lo segna in profondità facendogli capire che nella vita non c'è solo l'arte della guerra ma anche quella della mediazione e della politica. Tale convinzione è alla base delle sue azioni militari e del suo ambizioso progetto di diventare padrone dell'Impero. A quel tempo l'Europa è attraversata da una profonda crisi, tormentata com'è dalle continue invasioni di popolazioni barbare che ne mettono a nudo l'intrinseca debolezza. In tale contesto l'Impero di Roma, per quanto traballante e in pessimo stato di salute, costituisce la sola istituzione statale dotata di un minimo di stabilità e di organizzazione. La sua esistenza può essere spazzata via da un momento all'altro, ma in mezzo all'anarchia generale dominante è la sola entità che conserva l'architettura maestosa di un monumento, grazie anche alla forza evocativa della sua storia: una storia e un'identità che non hanno più alcuna attrazione sul popolo di Roma, mentre esercitano un fascino particolare sulle popolazioni barbare e su quei loro capi che di quella storia hanno penetrato e compreso lo

spirito. Questo paradossale capovolgimento di prospettiva spiega perché i conquistatori che si succedono nel V secolo non distruggono Roma, ma vogliono soltanto possederla e, quando per rabbia o per dispetto la devastano, il loro gesto acquista il significato di un "crimine passionale". Ne è prova il comportamento di Alarico che nell'assedio e nella conquista della città eterna, dopo mesi di estenuanti e infruttuose trattative, dà ordini tassativi ai suoi di non maltrattare i vecchi, le donne e i bambini e di rispettare i religiosi e i luoghi sacri. Analogo comportamento il re dei Goti ha nell'assedio di Atene del 395, allorché trasforma la campagna militare in un "pellegrinaggio appassionato" nutrito di letteratura e di arte, perché considera la città greca "il focolare quasi soprannaturale della pura intelligenza e della divina bellezza".

La fine prematura

In forza di quell'esperienza Alarico intuisce che ogni vittoria è precaria se non è accettata dai vinti. Provare a distruggere l'Impero gli sarebbe stato relativamente facile, più difficile diventarne padrone senza annientarlo, anzi rinforzandolo col restituirgli l'antico appetito di conquista e scollarlo dalla fiacca lascivia in cui è sprofondata: dominarlo per cingerne la corona, vestirne la tradizionale porpora e vedersi acclamato dal popolo e dal Senato di Roma. Ci prova, mettendosi a sua disposizione per diventare una cosa sola: come il cavallo e il cavaliere finiscono per essere un solo essere, così egli vuole associare la sua gloria e il suo destino a quelli di Roma. Il rifiuto sprezzante della sua offerta di collaborazione da parte dell'Imperatore ("mai trattativa con un barbaro") lo

indigna profondamente ed evidenzia nel contempo i limiti del suo irrealistico disegno. L'Impero che Alarico ha conosciuto e ammirato attraverso le pagine dei poeti e degli scrittori non esiste più, sostituito da una realtà penosa, caratterizzata da una decadenza morale e intellettuale senza limiti. Il suo errore di prospettiva è l'essersi illuso di vivere in un tempo e in un luogo che non esistono più. Profondamente sdegnato e deluso, Alarico torna agli atavici istinti della sua gente, annulla il percorso di civilizzazione seguito, mette da parte i valori della romanità conquistata, e, dimentico dell'antica profezia del Re dei Re ("non lascino i Goti la terra e temano il mare"), si incammina in una avventurosa spedizione in terra d'Africa per assecondare la sua sete di conquista ma soprattutto per ridurre alla fame il popolo di Roma, facendogli mancare gli approvvigionamenti provenienti di là del Mediterraneo. Ma il destino gli riserva un'esistenza troppo breve per consentirgli di ricominciare con una nuova impresa. Moralmente prostrato e fisicamente indebolito, bruciato dalla febbre si spegne alla fine di agosto del 410 a Cosenza in una vallata posta alla confluenza del Crati col Busento. Muore circondato dal pianto consolatore del suo popolo che nel letto del fiume gli erige un monumento, riempito di tutto il suo tesoro, che nei secoli ne perpetua la memoria e ne alimenta la leggenda.

Bibliografia minima

- 1.M. Brion, Vita di Alarico, testo dattiloscritto.
- 2.C. Martirano, Alarico, Cosenza, Periferia, 1999.
- 3.T. Cornacchioli, Il re dei Visigoti, Cosenza, Le Nuvole, 2000.

È scomparso Massimo Chiariello, un grande Maestro della Cardiologia italiana

di *Ciro Indolfi*

Il 23 marzo 2010 è scomparsa prematuramente una grande figura di Professore Universitario e di Cardiologo. Massimo Chiariello era nato nel 1946 a Napoli e nella sua città si era laureato nel 1970. Nel 1973 si era specializzato in Cardiologia e nel 1977 in Medicina Interna. Nel 1974 era andato negli Stati Uniti, dove era stato Research Fellow of Medicine presso la Divisione di Cardiologia, Harvard Medical School, Peter Bent Brigham Hospital, Boston, USA, diretta dal Dott. Eugene Braunwald. Dal 1976 al 1986 è stato Ricercatore Universitario, dal 1986 Professore ordinario di Cardiologia presso l'Università Federico II di Napoli e dal 1990 Direttore della Scuola di Specializzazione in Cardiologia nella stessa Università. È stato Presidente della Società Italiana di Cardiologia nel biennio 2001 - 2002, membro dell'American Heart Association e Fellow dell'American College of Cardiology e dell'European Society of Cardiology. Il Prof. Chiariello è stato autore di più di 300 manoscritti pubblicati su riviste "peer reviewed" (Circulation, Circulation Research, Journal of the American College of Cardiology, American Journal of Cardiology, American Heart Journal, European Heart Journal, New England Journal of Medicine, Journal of Clinical Investigation, Journal of Biological Chemistry, Nature Medicine). Dal 2002 membro dell'Editorial Board di Circulation e dal 2008 aveva assunto con grande entusiasmo la direzione del Journal of Cardiovascular Medicine. I maggiori interessi scientifici di Massimo Chiariello sono stati i

meccanismi dell'ischemia miocardica, il danno da ri-perfusione, i meccanismi molecolari implicati nella transizione dall'ipertrofia allo scompenso, lo studio della funzione cardiaca, i meccanismi del flusso coronarico e della trombosi, la stenosi e la ristenoasi dopo angioplastica coronarica, la terapia genica somatica, l'ablazione transcateretere, l'imaging cardiovascolare. Oltre ai suoi meriti scientifici, è riuscito con arguta lungimiranza, a formare ed "amalgamare" numerosi giovani ricercatori che avevano diverse attitudini, producendo una ricerca politematica di altissima qualità, innovativa e realizzando, nel contempo, sistemi sanitari complessi soprattutto per il panorama italiano dell'epoca. Ha creato, con un termine forse oggi obsoleto, una grande Scuola di Cardiologia, i cui interessi non erano legati ad un singolo aspetto della Cardiologia. Ma non solo la ricerca di base e clinica prodotta nella Divisione di Cardiologia dell'Università Federico II è stata e rimarrà una testimonianza indelebile delle qualità scientifiche ed organizzative di Massimo Chiariello. Massimo ha avuto la qualità, il pregio e il privilegio di capire prima di tutti, grazie alla sua creativa intelligenza, dove sarebbe andata la Cardiologia: fu tra i primi a capire l'importanza della Cardiologia interventistica. Io ricordo sempre il suo grande e continuo supporto all'Emodinamica, ben prima che fosse introdotta l'angioplastica. Oggi sembra scontato pensare, con la tecnologia dei materiali, l'esperienza e le tecniche disponibili, che la Cardiologia interventistica abbia un ruolo premi-

nente nel trattamento del paziente cardiopatico. Nell'epoca in cui si utilizzavano i cateteri in dacron Sones da 8F, lavati e risterilizzati, inseriti con l'esposizione chirurgica dell'arteria omerale, epoca in cui non era stata ancora introdotta da Grüntzig l'angioplastica percutanea e in cui anche l'esame diagnostico presentava rischi non trascurabili, Massimo ha sempre creduto e sostenuto l'Emodinamica (e questo è il motivo per cui il sottoscritto oggi si ritrova Cardiologo Interventista...). L'avvento dell'angioplastica coronarica vide Massimo molto attento e interessato a questa nuova e straordinaria metodica, supportando e incoraggiando tutti i suoi allievi sempre anche quando lo stent non era ancora nato e le complicanze e gli insuccessi non erano infrequenti. Si deve al suo grande interesse per l'Emodinamica e alla organizzazione di cui fu capace, se i laboratori dell'Università Federico II di Napoli sono stati leader mondiali nello studio della patofisiologia del flusso coronarico. Inoltre, grazie alla Sua intuizione è nata in Italia la terapia delle aritmie mediante l'ablazione transcateretere. Un giorno, era il 1989, Massimo mi disse che un suo amico ginecologo gli aveva chiesto di accompagnarlo dal Dott. Fred Morady, presso l'Università del Michigan ad Ann Arbor negli Stati Uniti dove voleva portare il figlio, affetto da sindrome di Wolff - Parkinson - White. Dopo aver assistito alla rapida ablazione per via percutanea della via anomala, ritornò folgorato dalla potenzialità della metodica e chiamò nella sua stanza, con la determinazione



che lo distingueva, un giovane e sveglio specializzando, Carlo Pappone, al quale descrisse quello che aveva visto e quali erano i suoi programmi futuri. Al secondo piano dell'Edificio 2, del cosiddetto "Nuovo Policlinico" nasceva a Napoli nel 1989 un pezzo di storia importante della Cardiologia italiana: iniziava in Italia l'ablazione transcatetere per il trattamento delle aritmie. Massimo sicuramente ci ha trasmesso un grande interesse per la Cardiologia nordamericana. La sua esperienza bostoniana ad Harvard lo ha accompagnato in tutta la sua carriera universitaria. Diventò un appassionato cultore della storia, delle religioni e delle abitudini americane, sfoggiando spesso la sua erudita cultura. Iniziò così una serie di connessioni con Università Americane, anche attraverso i suoi collaboratori, che non ha uguali nella storia della Cardiologia italiana. In tutte le grandi istituzioni americane, dal NHI di Bethesda, alla University of California, University of Texas, Southwestern Medical Center, Texas Heart Institute, Mount Sinai, School of Medicine, University of Iowa, University of Colorado, Denver, New York Medical College, John Hopkins University, Whashington Medical Center, Duke University negli Stati Uniti o in alcuni centri europei come il Thorax Center e l'Università di Zurigo, solo per citarne alcuni, hanno lavorato i suoi collaboratori, prima di ritornare nella Cardiologia da lui diretta. Ha portato in Cattedra tre allievi (Giuseppe Ambrosio, Paolo

Golino e il sottoscritto); numerosi professori associati e moltissimi primari ospedalieri sono stati suoi allievi o hanno lavorato con lui. Solo per citare alcuni ricordo tra gli universitari Sandro Betocchi, Federico Piscione e Pasquale Perrone Filardi. Tra i primari ricordo Giulio Bonzani, Piersandro Giudice, Carlo Pappone, Marino Scherillo, Bruno Villari, Roberto Violini e tanti, tanti altri, inclusi bravi ricercatori come Maurizio Cappelli Bigazzi, Amelia Focaccio ed altri ancora che hanno condiviso una esperienza iniziale con Massimo e oggi sono sparsi in Italia e nel mondo. Va inoltre ricordato che all'epoca, tutte queste persone erano sotto lo stesso tetto con tanti eccezionali Ricercatori e Clinici della Scuola del Prof. Mario Condorelli come Franco Rengo, Cesare Peschle, Luigi Saccà, Giuseppe Giuffrida, Giuseppe Critelli, Nicola Spampinato, Luigi Chiariello, Bruno Trimarco, Massimo Volpe, Gianni Marone, Mimmo Bonaduce, Carlo Vigorito, Felice Mazza, Arturo Genovese, Giuseppe Ferro, Gregorio Brevetti, Mario Petretta, Cristofaro D'Ascia, Nicola De Luca, Bruno Ricciardelli, Nicola Ferrara, Pasquale Abete, Letizia Spinelli e tanti e tanti altri in quello straordinario "incubatore" che è stato l'Istituto di Patologia Medica della Facoltà di Medicina dell'Università Federico II di Napoli. Ho conosciuto e frequentato Massimo Chiariello per più di 30 anni. Per circa 20 anni abbiamo condiviso quotidianamente tanti indimenticabili momenti scientifici

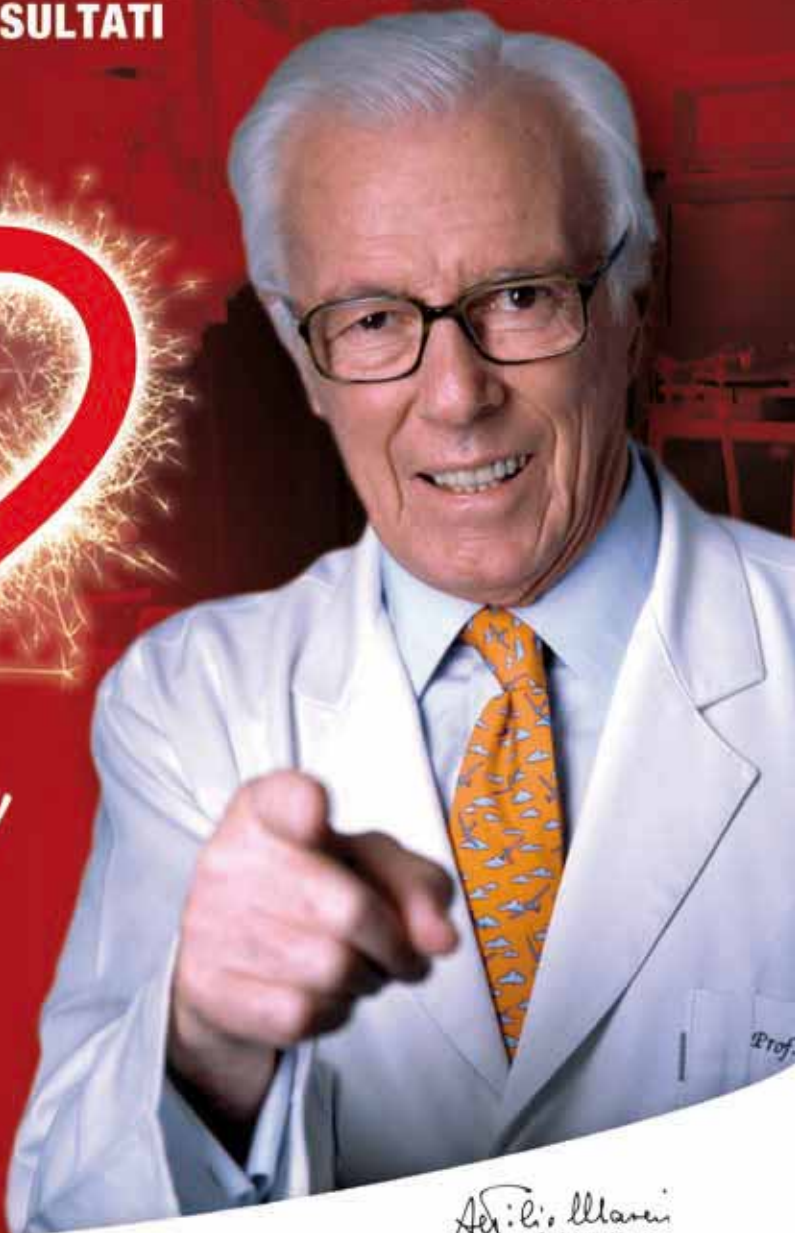
clinici e, a volte, anche vacanzieri, occasioni in cui ho potuto apprezzare le sue grandi qualità umane che all'apparenza non trasparivano. La sua grande umanità non traspariva subito nel suo atteggiamento apparentemente aristocratico che talora poteva suscitare all'inizio difficoltà di comunicazione. Da quando dieci iniziai fa iniziai la mia impegnativa e difficile esperienza all'Università Magna Graecia, è stato il mio punto di riferimento nella non facile giungla accademica e nelle complesse decisioni da prendere. Non l'ho mai visto ambiguo con qualcuno, anche quando avrebbe potuto omettere per convenienza la verità, non lo faceva. Massimo Chiariello era una persona molto colta, amava l'arte e la storia e spesso noi giovani allievi rimanevamo meravigliati delle Sue nozioni sulla storia di Napoli o sull'arte pittorica del '700. Un particolare delle tante quotidiane visite effettuate nel reparto di Cardiologia mi è rimasto impresso nella mente: la sua memoria per i cognomi attraverso i quali riusciva ad identificare il luogo di origine del paziente, e la sua eccezionale memoria per il giorno in cui ricorreva l'onomastico del paziente. Il miglior ricordo di Massimo che voglio che rimanga nella mia mente è quello dell'uomo: la soddisfazione ed il sorriso che aveva a Nerano quando tornava felice e sorridente sulla barca, orgoglioso di avere preso in apnea un polpo o un riccio. Ciao Massimo, Maestro della Cardiologia italiana e figura indimenticabile della città di Napoli!



**CON IL TUO CONTRIBUTO STIAMO RAGGIUNGENDO
IMPORTANTI RISULTATI**



*Accendi il
tu
cuore*



Attilio Maseri
Prof. Attilio Maseri

**CONTINUA A SOSTENERE LA RICERCA
AIUTA LA FONDAZIONE CON IL 5 PER MILLE**

**FIRMA NEL RIQUADRO:
"FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DELLA RICERCA SANITARIA"
E INDICA IL CODICE FISCALE 94070130482**

Grazie!



per il tuo cuore

Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS

Per conoscere finalità ed iniziative della Fondazione e per le altre modalità di donazione visita il sito: www.periltuocuore.it

