

# L'ANMCO nella Sanità che cambia

Documento di consenso del Simposio Organizzativo del XXXI Congresso Nazionale di Cardiologia - ANMCO; Firenze, 21 maggio 2000

*Key words:*

Cardiologist;  
Clinical research;  
Continuity of care;  
Continuous medical education; Education;  
Health system;  
Management in cardiology;  
Medical association;  
National Health System;  
Specialist; Territory.

This year's symposium, while following the 30-year-old tradition of Organizational Symposia which have become a trademark of the National Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) annual meetings, is characterized by a novel approach in terms of method and content.

Prompted by the profound changes affecting the socio-cultural, organizational and economic context in which the Health Service operates, the Board of the Association decided to invite the community of hospital-based cardiologists to reflect on and make proposals concerning a number of leading topics not strictly related to the organization of hospital-based cardiology, but of a wider relevance pertaining to the whole issue of the relationship between a Scientific Society and the other components of the Health Service: national and regional institutions, other doctors, the lay public and the pharmaceutical industry, etc.

The main aim of this exercise was to stimulate the Society to adapt to a changing environment and so render it more capable of effectively fulfilling its duties.

Naturally the larger the consensus regarding the strategies to adopt the greater this efficacy will be.

Out of the many possible subjects, four were chosen as preeminent:

1. ANMCO and research: what fields of research should be prioritized, and with what kind of internal organization, and external relations?
2. ANMCO and professional training: what should be the professional standards governing the cardiologist in a changing society, what strategies for continuing education and institutional accreditation?
3. ANMCO and the community-based Health Service: the need to establish clear and efficient organizational relations with community-based cardiology and especially with general practitioners, in order to ensure that the health service is in tune with the real world, guarantee real continuity of care and reduce unnecessary hospital admissions;
4. ANMCO and the general population: how to support the citizen-user in the imperfect health-market, how to first inform the patient and then guarantee true freedom of choice, how to respect the values of the patient, transcending ideological limits and proposing organizational solutions and a return to ethical guidelines.

In order to be able to approach topics of this importance and complexity with some probability of success it is fundamental that a proper consensus is reached among the cardiological community which formulates and attempts to carry out any proposed strategy. Working hypotheses designed by a minority of the Society, even if authoritative, and "imposed" on the majority are destined to have a difficult and short life.

These premises gave rise to the innovative method characterizing this Symposium: each of the four topics, once identified, was assigned to an expert member who produced a preliminary draft including some proposals. These drafts were circulated to all members of the Association some months prior to the conference, in order to allow for any new comments, proposals and criticisms.

This interaction with the members allowed us to collect grass-root opinions which were then organized into their respective topics by one discussant for each topic, who acted as spokesman at the conference.

During the Symposium the expert member for each topic summarized his proposals and initial thoughts (already known to all members) while the discussant represented the opinions of the members; finally each topic was open to debate.

The last step of this complex procedure was a meeting of the symposium panel made up of the chairmen, speakers and discussants who drafted a consensus document representative of all the opinions discussed at the Symposium.

What follows is the consensus document on the four chosen topics for the general information of all the members and for proposal to the Board of the Society who will take the executive decisions.

*Chapter 1.* The speed with which technology is improving and medical knowledge increasing is creating a gap between biological research and clinical research and another gap between clinical research and its application in daily practice. The task any medico-scientific society must set itself is to bridge these gaps by integrating research and the diffusion of its results – i.e. training. ANMCO actively carries out both functions but lacks the organs which could produce far-reaching scientific research strategies. This document reports the aims and ways of resolving this structural problem.

*Chapter 2.* Continuing medical education aimed at maintaining and developing the knowledge of a medical professional, represents a cultural requirement and now it has become a legislative duty also in Italy. During a symposium held on the occasion of the yearly meeting of ANMCO, the

principal resolutions that should be undertaken in this field were discussed. The European situation and the Italian law are explained. ANMCO has all the quality to be one of the main actors in this process. The main operative strategies in which the Italian cardiologists of the Association will be involved should be: formulation of a plan for continuous medical education of Italian cardiologists in line with that of the European specialists, central coordination with local and regional diffusion of this process.

*Chapter 3.* The relations between hospital cardiology and the territory should be set up on new bases in order to guarantee the continuity of care of cardiac patients. To achieve this priority goal, ANMCO should support functional connections among cardiologists working in hospitals of the same geographic area and promote the participation of all professional competence involved in the care of patients, particularly the general practitioner, through the application of shared diagnostic and therapeutic protocols.

*Chapter 4.* The private and public health systems have grown in the perspective of a strong paternalism. Citizens, as a community using the National Health Service were kept at the edge of the health policy decisions; citizens as single individuals in relation to their physicians, were kept at the edge of clinical decisions regarding their own health. Recently, associations of citizens and of patients have claimed the right to be consulted and to suggest (and sometimes to demand) specific health policies. Such interventions can be viewed as a valuable and propulsive stimulus for a health system absorbed by managerial activities and for several physicians distracted by personal interests. In Italy we are still far from a planning oriented on patients' needs, but also here the concept that a high level technology and expert physicians should be coupled with patient satisfaction on primary needs. The challenge of today's medicine is: a) to invest also in values rather than on evidences; b) to worry also on risks rather than about benefits; c) to raise well informed patients rather than consenting costumers. The access of patients in managing the health system is a very important fact but a potential threat; citizens and patients can offer an active and aware collaboration, providing to increase the quality of life of single individuals and forcing physicians and health organizations towards a patient oriented system. The fanatic movement towards irrational medical practices, not scientifically based can force physicians and health organizations towards an easy popular consensus, in order to gain costumers who do not know and cannot foresee strategic dangers of non-effective decisions. ANMCO has necessary and sufficient resources to face and guide the growing involvement of citizens in the health organization and in the management of their own health.

(Ital Heart J Suppl 2000; 1 (12): 1533-1544)

## Introduzione

Questo Simposio, pur inserendosi nella trentennale tradizione dei Simposi Organizzativi che hanno caratterizzato i congressi annuali dell'ANMCO, si diversifica per un'innovazione di metodo e di contenuti.

Partendo dall'ovvia constatazione che il contesto socio-culturale ed economico-organizzativo in cui opera l'assistenza sanitaria è in tumultuosa trasformazione, gli organismi direttivi dell'Associazione hanno ritenuto opportuno chiamare la comunità dei cardiologi ospedalieri a riflettere e proporre su alcuni temi guida, non strettamente connessi con l'organizzazione della cardiologia nell'ospedale, ma di più ampio respiro ed espressivi delle problematiche di rapporto tra una società medico-scientifica e gli altri attori dell'organizzazione sanitaria: istituzioni nazionali e regionali, altri medici, cittadini, industria farmaceutica, ecc.

Lo scopo di questa riflessione è quello di adeguare l'Associazione alla realtà che cambia, in modo che essa possa rispondere in modo efficace ai suoi compiti.

Naturalmente l'efficacia sarà tanto maggiore quanto più condivise saranno state le scelte strategiche.

Tra i tanti possibili temi ne sono stati individuati quattro come prioritari:

1. l'ANMCO e la ricerca: quale ricerca privilegiare, con quale organizzazione interna, con quali rapporti esterni;
2. l'ANMCO e la formazione: quale professionalità per il cardiologo in una società in trasformazione, quali

strategie per la formazione permanente e per l'accreditamento istituzionale;

3. l'ANMCO e il territorio: necessità di stabilire rapporti organizzativi chiari ed efficienti con la cardiologia extraospedaliera e soprattutto con i medici di medicina generale, per adeguare il processo assistenziale al mondo reale, per garantire una reale continuità assistenziale e ridurre le ospedalizzazioni inappropriate;

4. l'ANMCO e i cittadini: come sostenere il cittadino-cliente nell'imperfetto mercato della Sanità, come informare prima e garantire poi una reale libera scelta; come rispettare i valori del paziente, superando declamazioni ideologiche e proponendo soluzioni organizzative e il recupero di linee guida etiche.

Perché temi di questo spessore e complessità possano essere affrontati con una qualche probabilità di successo è fondamentale che le strategie proposte siano almeno condivise dalla comunità cardiologica che le propone e cerca di realizzarle: ipotesi di lavoro elaborate da pochi, seppur autorevoli, rappresentanti dell'Associazione e "imposte" alla base, sono destinate ad avere vita breve e stentata.

Da queste motivazioni è nata l'innovazione di metodo che caratterizza questo Simposio: una volta identificati i quattro temi, essi sono stati affidati ad Associati esperti che hanno elaborato una prima riflessione e alcune proposte. Il loro elaborato è stato diffuso a tutti gli Associati con alcuni mesi di anticipo rispetto al Congresso, con l'invito ad intervenire con ulteriori riflessioni, proposte e critiche.

Questa interazione con gli Associati ha consentito di raccogliere le opinioni della "base"; esse sono state sistematizzate da parte di un "discussant" per ogni tema guida, che in sede di Congresso, ha assunto il ruolo di portavoce.

Durante il Simposio il relatore ha sintetizzato la sua riflessione-proposta iniziale (già nota a tutti gli Associati); il "discussant" ha dato voce alle opinioni degli Associati; infine per ogni tema è stata aperta la discussione.

L'ultimo passaggio di questa complessa procedura è stato quello di riunire il panel del Simposio, formato dai moderatori, relatori e discussant, per elaborare un documento di consenso, che, pur tenendo conto di tutte le opinioni, fosse in grado di fornire una sintesi operativa, espressione di tutta la comunità dei cardiologi.

Quanto segue è appunto il documento di consenso sui quattro temi guida da portare a conoscenza di tutti gli Associati e da proporre agli organi direttivi dell'Associazione per le decisioni operative.

Quale valore dare a questo documento? Si può oscillare tra due posizioni divergenti. La prima potrebbe semplicemente considerarlo un'elaborazione culturale, come tante altre emergenti da altri simposi congressuali. Come tale il documento non avrebbe alcun rilievo "istituzionale" e non potrebbe vincolare in alcun modo gli organi direttivi dell'Associazione, che devono rispondere solo all'Assemblea dei Soci. La seconda tenderebbe a dargli un valore formale di "statement" considerando il processo di coinvolgimento di tutti gli Associati e lo sforzo di sintetizzare le opzioni condivise; anche se non burocraticamente sancite da un voto. Come tale il documento non potrebbe non essere fatto proprio dagli organi direttivi.

Crediamo che le due posizioni pecchino di eccessivo formalismo, che non rispetta lo spirito con cui questo Simposio è stato pensato, costruito e realizzato: tutta l'Associazione si è impegnata in una riflessione su temi difficili e complessi; questa riflessione è stata sicuramente più approfondita e rispettosa dei pareri, di quanto non consenta abitualmente una procedura assembleare.

Il prodotto quindi, anche se non ha un valore formale di vincolo, è una ricchezza a disposizione di tutta l'ANMCO, che il Direttivo e il Nazionale sapranno sicuramente concretizzare in decisioni operative.

Non possiamo infine dimenticare che l'ANMCO ha iniziato da circa 2 anni un percorso di integrazione con la Società Italiana di Cardiologia (SIC), nell'ambito della Federazione Italiana di Cardiologia.

Gli organi direttivi e gli Associati dell'ANMCO decideranno gli sviluppi futuri di questo processo.

I temi dibattuti in questo Simposio e le proposte operative che ne derivano, per la loro natura molto generale e di rapporto con la società, non appaiono un ostacolo ad una maggior integrazione, anzi, in qualche misura anticipano la fisionomia che dovrebbe assumere l'intera comunità dei cardiologi italiani nei suoi articolati rapporti con le varie componenti della società interessate allo sviluppo di una Sanità adatta ai tempi.

Comunque sia se, come auspichiamo, il processo di integrazione si svilupperà, quanto elaborato in questo Simposio, caratterizzerà ulteriormente il patrimonio di cultura e organizzazione che l'ANMCO offre alle altre associazioni cardiologiche nazionali.

**Carlo Schweiger, Nicola Mininni\***

*Divisione di Cardiologia Riabilitativa*

*Azienda Ospedaliera G. Salvini*

*Rho-Passirana (MI)*

*\*Divisione di Cardiologia*

*Azienda Ospedaliera V. Monaldi, Napoli*

## CAPITOLO 1

### L'ANMCO E LA RICERCA

La ricerca scientifica in generale, e quella biologica in particolare, hanno avuto e stanno vivendo una rapida accelerazione sia sotto il profilo tecnologico che dell'acquisizione di conoscenza. Il progetto Genoma Umano è uno degli esempi più ovvi e più rilevanti, anche per la portata delle conseguenze che è facile prevedere avrà in medicina. La ricerca clinica fatica a mettersi al passo con la ricerca biologica e per il clinico pratico il background di conoscenza sotteso ai percorsi diagnostico-terapeutici che linee guida e fonti varie gli suggeriscono, rischia di diventare sempre meno familiare, di essere noto solo in modo pericolosamente approssimativo. Ne derivano incertezza e disagio per il medico e un disturbante carattere di prescrittività per le linee guida, non essendo condiviso il patrimonio di conoscenza che ha portato alla loro formulazione. Si sta creando quindi un gap tra ricerca biologica e ricerca clinica e un gap ulteriore tra ricerca clinica e sua applicazione nella pratica quotidiana. L'imprenditoria sanitaria è trasversale rispetto a questi gap, in particolare l'industria farmaceutica svolge gran parte della ricerca di base applicata alla terapia e finanzia la ricerca clinica, ovviamente indirizzandola verso aree economicamente redditizie. Dati i costi crescenti della ricerca (produrre un farmaco e portarlo sul mercato costa attorno a 1000 miliardi di lire) è in corso un rapidissimo processo di concentrazione industriale nell'area farmaceutica, che sta portando di fatto a un oligopolio che governa in larga misura anche la comunicazione nei confronti dei medici e attraverso i media può influenzare in modi diversi la comunicazione nei confronti dei cittadini. Questo fatto è rilevante, oltre che per gli aspetti commerciali riguardanti l'uso dei farmaci, anche per la qualità del rapporto medico-paziente (o meglio, cittadino). Il deteriorarsi progressivo di questo rapporto pone sempre più il cittadino nel ruolo di consumatore autonomo di farmaci o di prodotti sanitari, autoprescrittore, e il medico nel ruolo di prescrittore formale più o meno consenziente. Il contesto in cui queste realtà si muovono è un sistema sanitario in rapida evoluzione verso un sistema misto (pubblico, privato accreditato) competitivo, gravato da crescenti restrizioni economiche, che

dovrebbe caratterizzarsi per appropriatezza ed efficienza e che è caratterizzato da una rilevante eterogeneità strutturale e funzionale.

In questo scenario quale missione una Società medico-scientifica dovrebbe darsi nell'ambito della ricerca scientifica? La ricerca e la diffusione integrata dei suoi risultati – la formazione – sono obiettivi statutari dell'ANMCO, quindi ragioni per esistere. L'ANMCO svolge attivamente entrambi. Non ha però linee di indirizzo meditate e condivise, in base alle quali impostare l'attività di ricerca. In altre parole manca di strategie. La ragione di questa carenza è strutturale. L'Associazione manca degli organi che possano produrre strategie di ricerca scientifica di lungo respiro. Il Consiglio Direttivo e il Consiglio Nazionale hanno durata relativamente breve e sono costituiti da membri eletti in base non al *curriculum* scientifico, ma a considerazioni geo-politiche, coerenti con il loro compito che è appunto politico e organizzativo. Il Centro Studi è un organo tecnico, prevalentemente esecutivo. Il Direttore è un ricercatore ma tutti gli altri operatori non hanno formazione scientifica, hanno professionalità tecniche che si integrano per raggiungere l'obiettivo del Centro Studi che è effettuare operativamente ricerca. Quindi, se si vuole che l'ANMCO produca strategie di ricerca, scelte di aree di interesse e di metodologie fondate su cultura e creatività, occorre dotarla degli strumenti adatti allo scopo, che ora non ha.

Lo strumento che proponiamo è una Commissione per la Ricerca. È un organo culturale propositivo e di consulenza scientifica per l'ANMCO e per gli interlocutori esterni. I compiti potrebbero essere i seguenti:

- analizzare – e sintetizzare periodicamente in un documento – gli sviluppi in corso e i trend della ricerca in cardiologia;
- proporre ipotesi di ricerca e valutare con consulenti *ad hoc* (come accade ora) la qualità scientifica delle proposte di ricerca sottoposte all'ANMCO;
- coordinare la produzione o l'aggiornamento periodico di linee guida e proporre strategie di formazione continua, collegando quello che c'è di nuovo nel mondo scientifico a quello che va incorporato nella pratica clinica;
- impostare training di metodologia della ricerca e quindi attivare e rinnovare la comunità di ricercatori nel Paese;
- proporre standard di metodologia e di *quality assurance* per la ricerca di base e clinica (può essere dotato di organi di verifica di qualità).

Come potrebbe essere composta? Innanzitutto da componenti rappresentative del mondo culturale e scientifico cardiologico; membri di aree o gruppi di studio esistenti dovrebbero far parte di questa Commissione. Inoltre il Direttore del Centro Studi, per ovvie ragioni; il Presidente dell'ANMCO o il Vice-Presidente culturale dell'ANMCO (o entrambi), per mantenere stretti i rapporti tra organi direttivi dell'Associazione e Commissione Scientifica; i due Direttori dell'*Italian*

*Heart Journal*, che oltre a essere “colti” per definizione, sono responsabili degli organi di comunicazione dell'informazione scientifica; un rappresentante della *Heart Care Foundation*, perché dalla Commissione Scientifica potrebbero derivare spunti per operazioni a livello della comunità civile.

La Commissione Scientifica potrebbe usare esperti e creare sotto-commissioni per compiti specifici, anche perché occorrerebbero sicuramente competenze non rappresentate e una multidisciplinarietà, non ottenibile nella ristretta area cardiologica.

La Commissione Scientifica quindi è essenzialmente un organo culturale, che dà orientamenti, crea indirizzi. Il Centro Studi è l'organo tecnico che li esegue. I compiti del Centro Studi potrebbero essere i seguenti:

- strutturare e “manutenere” reti di ricercatori, cardiologi clinici o esperti in aree specifiche;
- instaurare e mantenere rapporti tecnici con enti regolatori (FDA, EMEA, Ministero della Sanità) e con reti ed enti di ricerca internazionali – essendone accreditato – come è già avvenuto con l'NIH;
- offrire expertise che riguardano la formulazione di protocolli, la conduzione e l'organizzazione della ricerca;
- organizzare una rete di persone adatte a svolgere ruoli negli organi nei quali la ricerca clinica si struttura (*end-point committee, safety committee, data monitoring, ecc.*);
- offrire servizi quali: randomizzazione 24 ore su 24, “help line”, consulenze statistiche e di gestione trial;
- fornire “up-date” di letteratura per gli Associati;
- strutturare e coordinare laboratori di lettura centrale di esami strumentali, come è già avvenuto nell'ambito del sottoprogetto “ECO” del GISSI-3;
- gestire database.

La struttura attuale funziona benissimo – quindi dovrebbe essere mantenuta com'è – ovviamente modulata in rapporto a sviluppi eventuali. Lo sviluppo essenziale è di tipo istituzionale. Il Centro Studi non può essere configurato come una Srl quale oggi formalmente è, cioè una struttura “profit”. Per accedere ai fondi pubblici di ricerca e, più in generale, per apparire quello che di fatto si è, un Ente senza fini di lucro che ha come obiettivi finali la produzione di conoscenza e il miglioramento della salute dei cittadini, occorre assumere una configurazione appropriata, di ONLUS. È uno dei primi obiettivi da perseguire nel prossimo futuro.

Qual è il ruolo degli organi direttivi dell'ANMCO? Questo sembra essere l'aspetto che ha più preoccupato qualcuno. Il compito fondamentale del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale è impostare e condurre la “politica della ricerca”. Anzitutto, quindi, dare un contenuto al dettato statutario, definendo la missione dell'ANMCO in tema di ricerca. Un atto importante in questa direzione è stato proprio il Simposio Organizzativo del quale questo documento è il risultato. Si tratta di definire come l'Associazione intenda muoversi nell'area della ricerca, come intende strutturare e con quali funzioni gli organi che la prospettano e la eseguono.

Un altro compito importante è gestire i rapporti che la ricerca implica e genera con il mondo esterno, decidere se e come interagire con le altre Società Cardiologiche, con altre aree specialistiche, con medici di medicina generale. Come interagire con Enti istituzionali di ricerca, e con potenziali committenti (Aziende, ecc.). È compito del Consiglio Direttivo gestire, non in senso tecnico, ma in termini di responsabilità, il Centro Studi; formare e supportare la Commissione Scientifica. E tenere i cordoni della borsa, che è il modo più sicuro per mantenere il controllo di ogni cosa. Gli indirizzi di ricerca da perseguire, dovrebbero essere stabiliti dalla Commissione per la ricerca, ma gli organi direttivi dell'ANMCO, nella continuità di interazioni che dovrebbero avere con la Commissione Scientifica potrebbero esprimere degli indirizzi (motivati) preferenziali sulla tipologia di prodotto scientifico verso il quale tendere (ad esempio ricerca applicata piuttosto che di base, studi di intervento oppure studi osservazionali e descrittivi, ecc.), nell'intento di collocarsi nel modo più utile e politicamente appropriato nel mondo sanitario nazionale ed europeo.

Le aree di ricerca che a noi sembrano più appropriate per una società medico-scientifica sono riassunte di seguito:

- studi di epidemiologia e database longitudinali che individuino e descrivano i bisogni sanitari e il loro evolvere;
- analisi descrittive del sistema cardiologico nazionale, riguardanti l'offerta assistenziale, l'organizzazione e l'uso di risorse;
- progettazione e verifica di modelli gestionali e di percorsi diagnostico-terapeutici;
- studi di nuove strategie diagnostiche, preventive e terapeutiche;
- studi fisiopatologici e trial clinici mirati a rilevanti bisogni di salute pubblica;
- studi osservazionali e di outcome su aspetti decisionali critici della pratica clinica. In pratica, ricerca su aspetti problematici delle linee guida e sull'implementazione di terapie nuove o complesse.

A noi pare così che l'ANMCO potrebbe svolgere in modo più coordinato e "strategico" dell'attuale la ricerca clinica.

Lo scenario delle ricerche possibili è così grande che il limite sarebbe probabilmente quello esecutivo. D'altra parte il Centro Studi non può crescere indefinitamente. È importante quindi creare collegamenti e collaborazioni nazionali e internazionali. In questa prospettiva l'Istituto Mario Negri, il sodalizio col quale ha prodotto la linea di studi GISSI, costituisce un partner prototipale e preferenziale per la professionalità, correttezza comportamentale e genuina passione per la ricerca dimostrate in 20 anni di collaborazione con l'ANMCO.

Non va dimenticato che tutto quanto si è detto scotomizza un aspetto fondamentale della nostra vita associativa: siamo federati con la SIC ed è in atto un pro-

cesso di progressiva integrazione associativa con altre forze della cardiologia nazionale. Gli Associati e i loro rappresentanti eletti decideranno fino a che punto questo processo dovrà continuare. Potrebbe giungere alla fusione, almeno con la SIC, o potrebbe attestarsi su gradi diversi di integrazione mantenendo l'identità attuale della Società medico-scientifica. In ogni caso è probabile che la politica e l'organizzazione della ricerca debbano essere riviste e adeguate nel tempo in rapporto all'assetto associativo della cardiologia nazionale. Tuttavia, questa prospettiva di probabile variabilità futura di organi e di percorsi dell'attività scientifica non ci esime dall'agire costruttivamente oggi né ci deve preoccupare per il domani. La missione dell'Associazione e quindi gli indirizzi dell'attività di ricerca resteranno gli stessi. Se la famiglia sarà più grande, varierà solo, speriamo in meglio, la dimensione e la ricchezza dei risultati.

### Proposte operative

1. Istituire la Commissione per la Ricerca, con le seguenti funzioni:

- mantiene aggiornati gli Associati con un documento sintetico circa gli sviluppi delle più importanti ricerche in corso;
- elabora strategie e filoni di ricerca e li propone ad Associati ed Aree;
- valuta i progetti di ricerca, con l'eventuale ausilio di esperti esterni, e li sottopone al Centro Studi per il giudizio di fattibilità;
- coordina la produzione e l'aggiornamento di linee guida e propone strategie di formazione continua;
- elabora e propone standard di metodologia della ricerca e di *quality assurance* per la ricerca di base clinica;
- progetta la formazione dei ricercatori;

con la seguente composizione:

- Presidente e/o Vice-Presidente per le attività culturali dell'ANMCO,
- rappresentanti delle Aree,
- esperti identificati dal Consiglio Direttivo all'interno/esterno dell'ANMCO,
- Direttore del Centro Studi,
- Editors dell'*Italian Heart Journal*,
- un rappresentante della *Heart Care Foundation*, con mandato di durata superiore a quella del Consiglio Direttivo stesso.

2. - Mantenere il Centro Studi nel ruolo esecutivo attuale, adeguandone le dimensioni alle strategie di ricerca definite dal Consiglio Direttivo e dalla Commissione;
- trasformarne la figura giuridica in ONLUS.

**Luigi Tavazzi, Giuseppe Steffenino\***

*Divisione di Cardiologia  
Policlinico S. Matteo, IRCCS, Pavia*

*\*Laboratorio di Emodinamica  
A.O. Santa Croce e Carle, Cuneo*

## CAPITOLO 2 LA FORMAZIONE

L'aggiornamento continuo, costituisce un'esigenza imprescindibile del medico, soprattutto nel contesto scientifico in rapido sviluppo in cui egli oggi si muove, onde poter garantire la qualità del proprio lavoro. La formazione medica continua viene definita da Davis et al.<sup>1</sup> come "attività o programma di educazione, sviluppati con l'obiettivo di migliorare le prestazioni del medico o il risultato sul malato".

Negli Stati Uniti, dove i programmi di formazione continua sono molto sviluppati, sono state identificate le strategie atte a rendere più efficace tale pratica. La pressione determinata da chi fornisce servizi per la salute rende obbligatoria, in questo Paese, una ricertificazione periodica. Ogni 7-10 anni i medici devono rinnovare la loro licenza specialistica<sup>2</sup>. La mancata ricertificazione negli Stati Uniti può comportare la perdita del lavoro e, comunque, un minor favore da parte dei pazienti con una riduzione dei guadagni. Ciò nonostante sono state sollevate perplessità in merito all'efficacia dei programmi di formazione continua normalmente utilizzati ai fini del mutamento della condotta medica<sup>3</sup>. I programmi ritenuti più efficaci quali le visite periodiche individuali o le valutazioni sulla pratica clinica sono eccessivamente costosi per essere utilizzati diffusamente.

In Europa la situazione è alquanto più diversificata. La European Society of Cardiology (ESC), tramite il suo comitato per l'Education and Training Program (ETP) ha effettuato nel 1996 un'indagine sullo stato dell'arte della Continuing Medical Education (CME) in 36 stati membri rilevando le notevoli differenze esistenti nei vari paesi<sup>4</sup>. Al momento dell'indagine solo sei nazioni (20%) avevano un programma di CME ma il 50% delle Società Nazionali dichiarava di avere in corso una pianificazione per la formazione continua. Vi sono paesi europei come la Gran Bretagna, in cui la formazione continua del medico rappresenta una realtà già ben presente; paesi in cui l'obbligo è stato sancito da leggi più recenti come la Francia nel 1996 e situazioni come quella del nostro Paese in cui tale attività è stata demandata, fino ai tempi recenti, alla libera iniziativa dei professionisti. Solo da poco, anche in Italia, la formazione continua del medico è divenuta obbligatoria. L'ultimo decreto legislativo di riforma sanitaria ha stabilito le norme per la formazione continua dei medici, affidando ad una commissione istituita *ad hoc* il compito di individuare le metodologie applicative.

L'attivazione di un sistema efficiente di formazione continua del medico oltre a costituire una risposta alle esigenze professionali ci pone in linea con quanto richiesto dalle normative nazionali e comunitarie. Le associazioni scientifiche sopranazionali stanno dimostrando una particolare attenzione a queste problematiche, nell'interesse della libera circolazione dei cittadini all'interno dell'Europa. È di fondamentale importanza

che il cardiologo italiano possa confrontarsi con uguali diritti e dignità con lo specialista delle altre nazioni. Prendendo atto di quanto già in essere, la ESC sta elaborando in collaborazione con l'European Board of the Specialists in Cardiology (EBSC) e l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) alcune raccomandazioni e linee guida intese ad uniformare i processi formativi e di educazione continua dei cardiologi appartenenti alle differenti realtà nazionali.

La ESC ha già definito i requisiti formativi di base che devono caratterizzare il "Cardiologo Europeo"<sup>5</sup>: un cardiologo che riceve una formazione iniziale di tipo internistico ed affina in seguito la specializzazione cardiologica, partecipando in prima persona all'esecuzione di un numero congruo di procedure in tutti i settori della specialità, con riguardo anche per le attività di ricerca.

La Società Europea sta pianificando il tipo di struttura da consigliare per costruire programmi di educazione continua che possano essere conformi alle esigenze dei differenti paesi aderenti. In tal senso è in studio la preparazione di un "ombrello organizzativo" sotto cui armonizzare le diverse realtà.

In questa realtà in rapida evoluzione, nazionale ed europea, l'ANMCO ha dall'origine identificato fra le sue priorità istituzionali quello della formazione del cardiologo. Questa esigenza ha costituito e costituisce tutt'oggi uno dei punti qualificanti dell'Associazione. L'ampio dibattito che in merito a tale tema si è sviluppato nel corso del Simposio Organizzativo del XXXI Congresso Nazionale dell'Associazione ha identificato alcuni punti che possono determinare la strategia programmatica per i prossimi anni:

- è accettato che l'Associazione già svolge in maniera qualificata un compito formativo nei confronti dei propri Associati ed in generale della classe medica nazionale nel settore cardiologico;
- ha i requisiti strutturali ed organizzativi che, nel momento in cui divenisse operativa la legge di riforma sanitaria la porrebbero in una posizione di vantaggio nei confronti di chiunque volesse occuparsi di formazione cardiologica. In particolare L'ANMCO risponde già a ciò che il legislatore richiede in merito alla formazione continua:
  - ha una struttura federata ed è organizzata sul territorio a livello regionale;
  - organizza congressi e simposi scientifici a livello nazionale e regionale;
  - ha una struttura ed un'organizzazione didattica che attualmente si esprime nel "Learning Center". I corsi oltre che nella sede istituzionale di Firenze vengono *esportati* in tutta Italia;
  - organizza e sostiene un'attività di ricerca che coinvolge un elevato numero di centri e di ricercatori in tutti gli ospedali italiani. La partecipazione a ricerche scientifiche è uno dei requisiti individuato dal legislatore nazionale per valutare la formazione del medico;
  - produce e diffonde le linee guida cliniche e strumen-

tali, aggiornandole periodicamente e promuovendone la diffusione e l'implementazione;

- dà il patrocinio ad eventi scientifici, avallando la validità culturale di temi e relatori;

• l'ANMCO è particolarmente interessata al processo formativo di base del cardiologo. In questo percorso, al momento, è coinvolta solo marginalmente, essendo prerogativa delle Scuole di Specializzazione Cardiologiche. Nel connubio con la SIC, all'interno della Federazione Italiana di Cardiologia, la compartecipazione alla formazione degli specialisti costituisce una norma istituzionale. In merito a ciò la legge 502/92 Art. 16 sexies prevede che la funzione di insegnamento post-laurea venga estesa a presidi ospedalieri qualificati.

Il lavoro che l'ANMCO svolge per la formazione del cardiologo deve essere, nel prossimo futuro, pianificato, inquadrandolo in una visione più organica. Devono essere in particolare individuati:

A. i percorsi formativi necessari per acquisire e mantenere le competenze;

B. le strutture e le organizzazioni idonee a fornire gli elementi formativi;

C. la "quantità" di formazione necessaria nel tempo per mantenere adeguati standard operativi;

D. le modalità di acquisizione e di certificazione della formazione.

Devono essere ricercate e sperimentate strategie formative non ancora percorse, alcune delle quali sono già state pianificate, fra queste:

A. produzione di manuali e dispense per l'autoapprendimento e l'autovalutazione;

B. elaborazione di corsi di formazione multimediali, accessibili via internet con eventuali test validi per l'autovalutazione;

C. preparazione di formatori in particolari settori quali il BLS e l'ACLS;

D. realizzazione di programmi di trasferimento di informazioni dirette a piccoli gruppi.

Deve essere ricercato un maggiore coinvolgimento nella formazione di base dello specialista cardiologo; in tal senso le strutture e gli Associati ANMCO sono disposti a farsi carico della parte della formazione cardiologica pratica, mettendo a disposizione le proprie competenze. È possibile individuare fra le strutture ospedaliere e gli Associati coloro che possano per ciascun settore garantire un processo di addestramento qualificato. In tal modo, il cardiologo in formazione avrebbe la possibilità di acquisire nozioni teoriche e pratiche che lo equiparino allo specialista richiesto dalla comunità europea. È noto che le direttive europee richiedono nello specialista in cardiologia una notevole dose di tecnicismo, con capacità in tutti i settori della cardiologia e nella ricerca. Il cardiologo italiano è culturalmente più predisposto ad una preparazione generalista, spesso con impronta prettamente clinica. È necessario che acquisisca tutte le competenze necessarie a colmare l'eventuale divario esistente con lo specialista di altre nazioni.

Complessivamente questo processo presuppone il raggiungimento di obiettivi sia da parte dell'Associazione che di coloro che vorranno usufruire dei servizi da questa forniti. È indispensabile che gli obiettivi siano ben chiari e vengano identificati gli indicatori che permettano di valutare l'outcome del prodotto.

Per l'Associazione gli indicatori di efficacia possono essere rappresentati da:

- misura di soddisfazione degli utenti (gli Associati);
- credito acquisito presso le istituzioni: adozione e/o accettazione delle nostre iniziative da parte degli organi istituzionali e dalle associazioni europee;
- miglioramento della qualità delle cure prestate.

Per i cardiologi il raggiungimento degli obiettivi è rappresentato da:

- acquisizione dei "crediti" formativi periodici, adeguati al livello culturale giudicato appropriato;
- reale miglioramento della propria cultura cardiologica, trasferibile nella pratica quotidiana.

La realizzazione pratica di questo progetto deve passare attraverso varie fasi:

A. pianificazione di un programma formativo globale ed elaborazione degli standard per individuare persone e strutture da coinvolgere nel processo;

B. coordinamento a livello centrale delle varie attività e proposte dei Soci e delle Aree;

C. implementazione a livello locale con il pieno coinvolgimento delle sezioni regionali per l'elaborazione dei piani formativi regionali, che riproducano il progetto globale, adattandolo alle specifiche necessità locali, da proporre alle competenti commissioni regionali.

Solo con un lavoro attento e meticoloso l'educazione medica continua può raggiungere l'obiettivo finale di mantenere, sviluppare e migliorare le conoscenze e capacità professionali per il maggior beneficio della salute pubblica, in questo processo l'ANMCO possiede tutti gli strumenti per essere uno dei principali protagonisti.

**Carlo D'Agostino, Marcello Manfrin\***

*Divisione di Cardiologia*

*Ospedale di Venere, Carbonara (BA)*

*\*Ospedale Regionale G. Lancisi, Ancona*

## Bibliografia

1. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes B. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992; 268: 1111-7.
2. Richards T. Continuing medical education. *BMJ* 1999; 316: 246.
3. Durieux P, Ravaud P, Chaix C, Durand-Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins? *Press Med* 1999; 28: 468-72.
4. Oto A, Rydén L. Continuing medical education in cardiology: the ESC perspective. *Eur Heart J* 2000; 21: 182-4.
5. Rodevand O. The European cardiologist. *Circulation* 1996; 94: 594-5.

### **CAPITOLO 3 L'ANMCO E IL TERRITORIO**

#### **L'attuale contesto**

Le ragioni che impongono una nuova formulazione dei rapporti tra la Cardiologia ospedaliera e il Territorio sono essenzialmente identificabili nell'evoluzione verso la regionalizzazione della normativa sanitaria e nella consapevolezza dei cardiologi di dover recuperare la centralità del paziente nella continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

In questi anni la progettualità a carattere nazionale non si è dimostrata né realistica né percorribile a livello locale, per la sua astrattezza e genericità delle soluzioni. Esistono infatti normative e strategie sempre più diversificate, regioni che operano con strategie diverse, con obiettivi non univoci e metodologie differenziate, se non incompatibili tra una regione e l'altra. Occorre poi ricordare che non esiste solo una diversificazione tra regioni, ma anche tra province o spesso tra aziende anche contigue la cui progettualità è spesso basata sul bilancio e sulle prestazioni più che sulla continuità assistenziale.

In questa situazione la tendenza del cardiologo ospedaliero fino ad oggi è stata spesso di "isolarsi" nella sofisticazione delle superspecializzazioni, a sviluppo esponenziale all'interno delle cardiologie. Ciò ha talora comportato difetti di comunicazione e incapacità di coinvolgimento anche tra cardiologi operanti all'interno della stessa struttura o di strutture geograficamente vicine. A questo si aggiunge una certa difficoltà da parte dei cardiologi a coinvolgere e, soprattutto, a corresponsabilizzare figure mediche diverse, comunque operanti sulla stessa problematica cardiologica nell'ambito di uno stesso contesto geografico ed organizzativo.

In questo scenario il rischio maggiore è rappresentato da un'inesorabile diluizione della specificità cardiologica nel contesto di dipartimenti a varia caratterizzazione (medici, di emergenza-urgenza, riabilitativi, ecc.) per la maggioranza delle strutture cardiologiche. Tale pericolo è ancora più evidente per le cardiologie a minore complessità, e senza letti di degenza intensiva o non intensiva, che si collocano in ospedali di rete o comunque in ospedali di non grandi dimensioni. Il Dipartimento cardiologico intra o interaziendale potrebbe rappresentare una possibile soluzione al problema, tuttavia la sua costituzione a livello nazionale non appare ancora né agevole né avviata in maniera sistematica, se non nelle strutture più complesse e negli ospedali di grandi dimensioni che sono comunque una minoranza. Ne consegue che le strutture cardiologiche senza posti letto continuano a trovare difficoltà alla connessione con le cardiologie di riferimento, sempre più "impermeabili" alle loro esigenze. Tali difficoltà rischiano poi di innescare quel pericoloso circolo vizioso che passa attraverso una progressiva inerzia aggregativa con conseguente isolamento e perdita di specificità cardiologica.

Il vero problema dei prossimi anni per l'ANMCO quindi sembra rappresentato, paradossalmente, non tanto nell'ospedale di grandi dimensioni o comunque autosufficiente dal punto di vista cardiologico, quanto negli ospedali di rete e nel territorio.

#### **Le strategie**

Per il perseguimento dell'obiettivo prioritario della continuità assistenziale è necessario innanzitutto pensare a regionalizzare anche l'architettura organizzativa dell'ANMCO al fine di raggiungere la facilitazione concordata dei percorsi assistenziali fra tutti gli attori della Sanità operanti a livello locale. È difficile ormai pensare a una Sanità che non sia capace di superare, in senso organizzativo, i confini della propria specializzazione professionale e che non sia capace di lavorare in sintonia con tutte le altre figure professionali che interagiscono con le stesse problematiche sanitarie. In secondo luogo occorre che le progettualità applicative siano attente alle esigenze locali, non tutte uguali, trovando in ogni sede obiettivi concreti, aggreganti, praticabili, ma soprattutto condivisi. Riconoscere la priorità della centralità del paziente vuol dire facilitare i collegamenti organizzativi, concordati su percorsi assistenziali, anche tra cardiologie a diversa complessità o specificità che incidono sullo stesso bacino di utenza, superando la sterile competizione e riconoscendo il ruolo vincente della collaborazione. Occorre infine ricercare un miglior coordinamento fra i cardiologi nell'approvvigionamento delle risorse e per l'implementazione delle linee guida, al fine di superare la semplice produzione cartacea di documenti a tutto vantaggio di applicazioni reali mediante protocolli condivisi e partecipati da chi lavora sul campo. Ciò dovrebbe consentire di raggiungere una "massa critica" tale da proporsi come interlocutori autorevoli e credibili, in un contesto organizzato di rete tra ospedale e territorio e attraverso progettualità negoziabili con le controparti istituzionali, quali le Direzioni Generali e gli Assessorati alla Sanità.

È essenziale però identificare le priorità di questo impegno strategico in campi definiti a maggiore assorbimento di risorse e più vantaggioso rapporto costo-beneficio, in sinergia con tutte le figure sanitarie coinvolte. Quattro sono gli scenari organizzativi che potrebbero avere queste caratteristiche: 1) la telecardiologia in tutte le sue forme e potenzialità emergenti; 2) lo scompenso che soltanto per il 20% trova una sua completa soluzione in ambiente strettamente cardiologico; 3) le sindromi coronariche acute, che richiedono ormai una strategia di organizzazione a rete, anche perché il 70% delle morti avviene al di fuori dell'ospedale; 4) la prevenzione, troppo spesso considerata separatamente dalla riabilitazione.

Tutti i modelli operativi locali, contestualizzati nel dipartimento cardiovascolare o comunque concepiti,

devono riconoscere la centralità della figura del paziente. Va riconosciuto anche il ruolo essenziale del medico di medicina generale per l'analisi dei bisogni dei pazienti. A tale livello appare critico il supporto alla decisione e al follow-up cardiologico da parte dello specialista, effettuato eventualmente anche per via telematica, al fine di evitare accessi impropri all'ospedale e di filtrare e risolvere in periferia i bisogni più semplici. Anche le cardiologie, piccole, medie o grandi, dei diversi ospedali devono riconoscere, accettare e condividere un loro ruolo funzionalmente diverso e complementare, nel rispetto della dignità e competenza specifica nei diversi contesti organizzativi. In questa visione vanno probabilmente perseguite una maggiore accessibilità e flessibilità delle grandi cardiologie degli ospedali di riferimento, ma anche va riconosciuto il ruolo delle piccole e medie cardiologie negli ospedali di rete, che devono poter svolgere funzioni insostituibili e riconosciute di strutture di interfaccia tra tutti gli attori operanti sul campo.

### Le proposte operative

Per proporsi come interlocutore ufficiale nei confronti del territorio l'ANMCO dovrebbe:

- elaborare una progettualità strategica e di coordinamento a livello nazionale (Direttivo ANMCO);
- stimolare e coordinare le progettualità applicative a livello regionale (Consigli ANMCO Regionali) o per aggregazioni di macroregioni contigue;
- promuovere la formazione di strutture di rete e facilitare il coordinamento tra cardiologie a diversa complessità che incidono sullo stesso bacino di utenza;
- intervenire operativamente nella formulazione a livello delle ASL delle linee guida che riguardano le principali patologie cardiovascolari;
- definire modalità di comunicazione efficace nei confronti dei medici di medicina generale, ricercando prioritariamente un rapporto istituzionale con il Distretto Sanitario senza tuttavia tralasciare di esplorare altre possibilità di coinvolgimento (cooperative, rapporto diretto di conoscenza, associazioni locali più rappresentative);
- favorire il coinvolgimento di tutti gli attori della Sanità operanti sul territorio promuovendo iniziative locali sull'applicazione di percorsi comuni e condivisi;
- facilitare i contatti professionali elaborando progetti di formazione permanente che prevedano la possibilità di frequentare gli ospedali da parte degli operatori sanitari del territorio (specialisti extraospedalieri, medici di medicina generale, infermieri, ecc.).

**Gian Luigi Nicolosi, Amerigo Giordano\***

*Divisione di Cardiologia*

*A.O. S. Maria degli Angeli, Pordenone*

*\*Divisione di Cardiologia*

*Fondazione S. Maugeri IRCCS, Gussago (BS)*

## CAPITOLO 4 L'ANMCO E I CITTADINI

### L'attuale contesto e il ruolo dell'ANMCO

Tradizionalmente i cittadini, in quanto *collettività* che usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale, sono stati tenuti ai margini delle scelte di politica sanitaria e, in quanto *singoli individui* che si rivolgono a un medico, sono stati tenuti ai margini delle decisioni cliniche che li riguardano. La Sanità pubblica e privata è cresciuta nell'ottica di un radicato paternalismo, che vede nei pazienti degli individui disposti (per il loro bene, ovviamente) ad accettare tutto quanto i medici ritengono sia meglio per loro. Non esistono livelli istituzionali di consultazione, né criteri di accreditamento delle associazioni di cittadini o di volontari che le autorizzino a essere ufficialmente consultate e le considerino rappresentative di specifici interessi.

Il ruolo svolto finora dall'ANMCO nel favorire la partecipazione dei cittadini al coinvolgimento consapevole nella salvaguardia della propria salute e nel trattamento della propria malattia si è limitato all'ambito della prevenzione, attraverso le iniziative dell'Area Prevenzione e alla istituzione della *Heart Care Foundation*, che ha nei propri compiti istituzionali proprio la promozione dell'educazione alla salute.

D'altra parte, è opportuno sottolineare come il termine cittadini non identifichi tanto, e non solo, il soggetto sano, target ideale della prevenzione primaria, quanto sia uno dei tanti sinonimi (oltre a paziente, utente, cliente) con cui una persona che si rapporta con il sistema sanitario può essere appellata. Il termine "cittadini" vuol soltanto mettere in evidenza il maggior grado di autonomia del singolo individuo nella società attuale e l'importanza che deve essere data ai valori propri di ciascuno, da cui discendono anche i suoi "diritti" e, necessariamente, anche i suoi "doveri".

### Come si sta modificando il contesto

In questi ultimi anni ha cominciato a farsi sentire la spinta di associazioni di cittadini, di pazienti affetti da specifiche malattie, di parenti di ammalati e di volontari dell'assistenza interessati a intervenire sulle decisioni assunte in ambito sanitario; tali associazioni hanno rivendicato il diritto a essere consultate e a suggerire (e talvolta a pretendere) interventi specifici. Tali contributi possono rappresentare uno stimolo prezioso e propulsivo per una Sanità troppo assorbita da attività gestionali e per certi medici troppo distratti da interessi personali, ma talvolta, come nel caso delle manifestazioni di piazza per ottenere la gratuità di un trattamento antitumorale inefficace, possono trasformarsi in un fardello insostenibile per qualunque sistema sanitario.

Da parte dei cittadini è certamente cresciuta la preoccupazione per le malattie e per il mantenimento di

un buono stato di salute, si è fatta strada la necessità di una valutazione dei servizi (non solo in termini di efficienza, ma anche di efficacia) e delle procedure (non soltanto in termini di risultato, ma anche di appropriatezza e di necessità). Parallelamente medici e amministratori hanno cominciato a considerare, come uno degli elementi decisionali, la soddisfazione del paziente e il giudizio che viene espresso sulle prestazioni erogate.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha introdotto il concetto di *patto con i cittadini*, ritenendo che “la promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dall’assunzione da parte di tutti i cittadini di una responsabilità personale e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale”. Più recentemente nella Riforma-ter (229/99) è stato previsto, in modo meno paternalistico e più realistico, un ruolo attivo dei cittadini nell’organizzazione dell’assistenza sanitaria; le regioni dovranno infatti prevedere le forme per la partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. In precedenza i cittadini potevano essere solamente “sentiti” nelle fasi iniziali della programmazione e all’atto della verifica dei risultati conseguiti.

In Italia siamo ancora molto lontani da un’impostazione orientata sulle esigenze del paziente, ma non c’è dubbio che nell’arco di alcuni anni, radicandosi il concetto di concorrenza tra aziende ospedaliere pubbliche e private, anche da noi diventerà attuale il concetto che, data una buona tecnologia e buoni medici, i pazienti baseranno le loro scelte anche sulle differenze di come vengono trattati e di come vengono soddisfatte le loro esigenze prioritarie.

### **Quali sono le criticità, le opportunità ed i rischi del nuovo contesto**

L’ingresso dei cittadini nella gestione della medicina è un fatto di grande rilevanza, ma di potenziale minaccia. Da una parte coloro che usufruiscono (o dovranno usufruire) di un servizio offrono una collaborazione consapevole e attiva nella gestione della malattia e delle attività sanitarie, contribuendo al raggiungimento dell’obiettivo primario dell’assistenza: migliorare lo stato di salute dei singoli individui. Nello stesso tempo la partecipazione dei cittadini costringe medici e strutture a modificare il paradigma relazionale che li vede al centro delle attività che sono invece svolte per il paziente. D’altra parte però, l’eccessivo slancio verso pratiche irrazionali, particolaristiche e scientificamente non documentate può indurre medici e aziende a spingersi verso una deriva di facile consenso popolare, per accattivarsi clienti che non conoscono e non possono prevedere i pericoli strategici di scelte di efficacia effimera.

In Italia il livello di cultura scientifica è mediamente basso, la fiducia nella gestione pubblica di qualunque servizio è scarsa, la spinta a privilegiare esigenze particolari è forte; si può quindi intravedere il rischio che si radicalizzino movimenti di opinione e di pressione che, nel creare condizioni favorevoli per gruppi di individui particolarmente agguerriti, impongano scelte non eque per tutti i cittadini che il Servizio Sanitario Nazionale deve proteggere e curare.

### **Come dovrebbe attrezzarsi l’ANMCO per rispondere in modo adeguato/innovativo**

La sfida della medicina moderna è quella di:

- investire *anche* nei valori oltre che nelle evidenze;
- preoccuparsi *anche* dei rischi oltre che dei benefici;
- preoccuparsi di far crescere pazienti ben informati piuttosto che utenti accondiscendenti.

Di conseguenza, l’ANMCO dovrà attrezzarsi di strumenti culturali, organizzativi ed etici per affrontare queste sfide e rendere proficua la *condivisione* della Sanità con i cittadini.

Innanzitutto *strumenti culturali*. L’ANMCO si dovrà dotare di nuove competenze e di un nuovo approccio alla comunicazione, in modo da rendere i messaggi da condividere con i cittadini semplici ma non banali, chiari ma non imprecisi, completi ma non ridondanti. I moduli predisposti per ottenere il “consenso informato” in previsione di interventi diagnostici e terapeutici sono talmente variegati nella formulazione, nella (spesso modesta) comprensibilità e nella (spesso eccessiva) complessità che rappresentano un esempio tangibile dell’incapacità dei medici a comunicare con chi non ha gli stessi strumenti culturali e gli stessi paradigmi decisionali. La Commissione Etica dell’ANMCO ha concluso un’indagine conoscitiva nelle cardiologie italiane sulle modalità di informazione e di acquisizione del consenso e sta elaborando modelli operativi da sperimentare al fine di arrivare a modalità il più possibile standardizzate e condivise su scala nazionale.

In secondo luogo, *strumenti organizzativi*. Diventa auspicabile rilanciare il ruolo della *Heart Care Foundation* che, sotto la diretta guida dell’ANMCO, rappresenti la cerniera fra i cardiologi ed i cittadini mediante progetti educazionali comuni, protocolli di ricerca sulla percezione dell’assistenza, raccolta ed elaborazione di materiale informativo, linee guida, prodotti informativi, indicazioni per le aziende ospedaliere e per le autorità locali. Non dovrà essere trascurato un ruolo di controllo e validazione dell’informazione “scientifica” pubblicata sulla stampa e diffusa da mezzi radiotelevisivi, che spesso si presta a veicolo di speculazione, di scandalismo o peggio ancora di pubblicità dell’attività di un singolo medico o un singolo centro.

In terzo luogo, *strumenti etici*. Come recentemente sostenuto da Pellegrino e Relman, “la medicina è essenzialmente un’impresa morale e le associazioni professionali dovrebbero essere costruite su fondamenti etici”.

La progressiva ingerenza di interessi commerciali, che permettono anche all'ANMCO di svolgere un fondamentale ruolo nel panorama culturale e scientifico italiano, rischiano di far spostare l'ago della bilancia dall'interesse per la tutela della salute dei pazienti agli interessi extrascientifici dei singoli medici e della stessa Associazione, trasformando un programma di alto profilo scientifico e culturale a favore della Sanità, in un'attività tipica di un centro di potere, di contrattazione e di condizionamento politico. La tentazione di usare il potere medico per vantaggi personali, commerciali o della stessa Associazione è considerevole; solo con una forte tensione morale, l'ANMCO potrà proporsi come garante nei confronti dei cittadini per una medicina che sia di alta qualità, equamente accessibile e fruibile, fugando ogni possibile sospetto che ciò che la nostra Associazione consiglia e propone abbia un interesse che non sia solo ed esclusivamente quello dei cittadini.

L'ANMCO dispone delle risorse sufficienti per affrontare e orientare il crescente coinvolgimento dei cittadini nella Sanità e nella gestione della propria salute; deve però saperli usare in modo accorto, per evitare di trasformarsi nel braccio esecutivo di chi intende trarre benefici da una spinta verso una prevenzione, una diagnostica e una terapia inappropriata e quindi pericolosa. In particolare, una strada innovativa per la cardiologia potrebbe essere quella di valorizzare la cultura del limite. In un sistema oppresso da costi crescenti, dall'invecchiamento della popolazione, dalla frequente marginalità dei benefici ottenibili, dalla scarsa accettabilità da parte dei cittadini di interventi sempre più invasivi anche sul piano psicologico, i cardiologi devono conoscere e quindi saper proporre interventi a misura del singolo individuo nell'ambito della solidarietà sociale.

### Proposte operative

1. Promuovere il ruolo della *Heart Care Foundation*, per farne il punto di riferimento culturale e organizzativo dei cardiologi che intendono lavorare sul versante della condivisione delle scelte e dei cittadini (singoli o associazioni) che ricercano consigli in campo cardiologico.
2. Pubblicare materiale informativo da distribuire a cittadini e pazienti per garantire una partecipazione informata alle scelte diagnostiche e terapeutiche.
3. Organizzare un ufficio stampa che sappia dare rilevanza alle informazioni di tipo cardiologico che potrebbero avere un interesse generale e sappia commentare secondo l'ottica ufficiale dell'ANMCO le notizie fornite dai mass media.

**Marco Bobbio, Alfredo Zuppiroli\***

*Divisione Universitaria di Cardiologia  
Ospedale Molinette, Torino*

*\* Servizio di Cardiologia S. Luca  
Ospedale Careggi, Firenze*

### Riassunto

*Capitolo 1.* La rapida accelerazione che stiamo vivendo sia sotto il profilo tecnologico che dell'acquisizione di conoscenza in medicina sta creando un gap tra ricerca biologica e ricerca clinica e un gap ulteriore tra ricerca clinica e sua applicazione nella pratica quotidiana. Compito che una Società medico-scientifica dovrebbe darsi è di colmarlo nei limiti del possibile attraverso la ricerca e la diffusione integrata dei suoi risultati – la formazione. L'ANMCO svolge attivamente entrambi ma manca degli organi che possano produrre strategie di ricerca scientifica di lungo respiro. Questo documento riporta obiettivi e modalità per risolvere questo problema strutturale.

*Capitolo 2.* La formazione medica continua, intesa al mantenimento ed allo sviluppo delle competenze nel settore professionale, rappresenta un'esigenza culturale personale ed attualmente un obbligo legislativo anche in Italia. Nel corso del Simposio Organizzativo, tenutosi nell'ambito del XXXI Congresso annuale dell'ANMCO, si è discusso di quali sarebbero le più opportune iniziative da intraprendere in questo settore da parte della Cardiologia italiana. L'articolo fa riferimento alla realtà europea ed alla nuova legislazione nazionale. Partendo dalla cognizione che l'ANMCO ha tutte le caratteristiche per essere protagonista di questo processo vengono esplicitate le proposte operative scaturite dall'analisi del problema e dal dibattito congressuale, che comprendono l'elaborazione di un percorso formativo per il cardiologo italiano coerente con le esigenze dello specialista europeo, la centralizzazione del coordinamento e l'implementazione a livello locale, regionale del progetto di formazione.

*Capitolo 3.* L'evoluzione verso la regionalizzazione della normativa sanitaria degli ultimi anni ha favorito la tendenza del cardiologo ospedaliero ad isolarsi sempre più nella sofisticazione delle superspecializzazioni. Questo ha talora comportato difetti di comunicazione tra cardiologi operanti nella stessa struttura o in strutture vicine ed incapacità di coinvolgimento e corresponsabilizzazione nei confronti di figure mediche operanti sulla stessa problematica cardiologica, nell'ambito di uno stesso contesto geografico ed organizzativo. In questo scenario il rischio maggiore è rappresentato da un'inesorabile perdita della specificità cardiologica particolarmente evidente per le cardiologie a minore complessità che hanno da un lato difficoltà di connessione con le cardiologie di riferimento, spesso "impermeabili" alle loro esigenze, e dall'altro non trovano un'adeguata collocazione nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. Per tali ragioni il recupero della centralità del paziente nella continuità assistenziale tra ospedale e territorio deve essere considerato obiettivo prioritario per l'ANMCO, perseguibile regionalizzando maggiormente l'architettura dell'Associazione, promuovendo i collegamenti organizzativi tra cardiologie a diversa complessità che incidono sullo stesso bacino

di utenza e ricercando un nuovo rapporto con il territorio nella figura dei medici di medicina generale caratterizzato dalla condivisione partecipata dei percorsi diagnostico-terapeutici.

*Capitolo 4.* La Sanità pubblica e privata è cresciuta nell'ottica di un radicato paternalismo; i cittadini, in quanto *collettività* che usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale, sono stati tenuti ai margini delle scelte di politica sanitaria e, in quanto *singoli individui* che si rivolgono a un medico, sono stati tenuti ai margini delle decisioni cliniche che li riguardano. Recentemente, ha cominciato a farsi sentire la spinta di associazioni di cittadini e di pazienti che hanno rivendicato il diritto a essere consultate e a suggerire (e talvolta a pretendere) interventi specifici. Tali contributi possono rappresentare uno stimolo prezioso e propulsivo per una Sanità troppo assorbita da attività gestionali e per certi medici troppo distratti da interessi personali. In Italia siamo ancora molto lontani da un'impostazione orientata sulle esigenze del paziente, ma anche da noi diventerà attuale il concetto che, data una buona tecnologia e buoni medici, i pazienti baseranno le loro scelte anche sulle differenze di come vengono trattati e di come vengono soddisfatte le loro esigenze prioritarie. La sfida della medicina moderna è quella

di: a) investire *anche* nei valori oltre che nelle evidenze; b) preoccuparsi *anche* dei rischi oltre che dei benefici; c) preoccuparsi di far crescere pazienti ben informati piuttosto che utenti accondiscendenti. L'ingresso dei cittadini nella gestione della medicina è un fatto di grande rilevanza, ma di potenziale minaccia; cittadini e pazienti offrono una collaborazione consapevole e attiva, contribuendo a migliorare lo stato di salute dei singoli individui e costringono medici e strutture a modificare l'organizzazione in funzione del paziente invece che del personale. L'eccessivo slancio verso pratiche irrazionali, particolaristiche e scientificamente non documentate può indurre medici e aziende a spingersi verso una deriva di facile consenso popolare, per accattivarsi clienti che non conoscono e non possono prevedere i pericoli strategici di scelte di efficacia effimera. L'ANMCO dispone delle risorse necessarie e sufficienti per affrontare e orientare il crescente coinvolgimento dei cittadini nella Sanità e nella gestione della propria salute.

*Parole chiave:* Cardiologi; Continuità assistenziale; Formazione; Management in cardiologia; Ricerca clinica; Sanità; Sistema Sanitario Nazionale; Società medico-scientifica; Specialisti; Territorio.