



LUGLIO - OTTOBRE N. 134 / 135



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



**A**MICI DELL'ANMCO

AstraZeneca • Aventis • Boehringer Ingelheim • Merck Sharp & Dohme • Pfizer Italiana  
Roche • Sanofi-Synthelabo • Schering-Plough SpA • Servier Italia • Sigma-Tau



*La copertina del programma per il  
XXXV Congresso Nazionale dell'ANMCO 2004  
vuol rappresentare il ritratto di un'Associazione  
proiettata nel futuro, costantemente in crescita,  
all'insegna del progresso e del dinamismo.*

## IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO**
- 8 DAL XXXIV CONGRESSO ANMCO**
- 9 IL CONGRESSO IN PILLOLE**
  - 9 Sabato 31 maggio
  - 14 Domenica 1 giugno
  - 23 Lunedì 2 giugno
  - 32 Martedì 3 giugno
  - 41 Mercoledì 4 giugno
- 48 CARDIONURSING**
- 65 DALLE AREE**
  - Malattie del Circolo Polmonare
  - Prevenzione - Scompenso
- 73 DALLE REGIONI**
  - Basilicata - Piemonte e Valle d'Aosta
- 77 FORUM**
- 80 CUORI ALLO SPECCHIO**
- 82 VIAGGIO INTORNO AL CUORE**

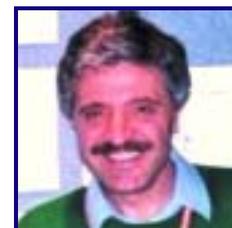
In copertina particolare dell'opera:  
Wassily Kandinsky, *Lirica*, 1911



## INDICE:

- 41** MAIN SESSION  
GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO
- 2** DA UN CUORE CHE BATTE DA PIÙ DI  
CENTO ANNI UN PO' DI STORIA:  
LINGUAGGIO CHE PARLA ANCORA PER NOI  
*di Francesco Bovenzi*
- 6** L'ATTIVITÀ SINDACALE DELL'ANMCO  
*di Antonio Mafri*
- 8** "ISTANTANEA" SUL XXXIV CONGRESSO  
NAZIONALE ANMCO. ATTUALITÀ,  
COMMENTI E PROPOSITI PER IL FUTURO  
*di Francesco Bovenzi*
- 9** IL CONGRESSO IN PILLOLE  
*di Leonardo De Luca e Rachele Adorisio*
- 9** SIMPOSIO DELLA FEDERAZIONE  
ITALIANA DI CARDIOLOGIA. STRUTTURA  
ED ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE  
DELLA CARDIOLOGIA
- 12** LA NUOVA ERA DELLA PROTEZIONE  
CARDIOVASCOLARE: IMPLICAZIONI PER  
LA PRATICA CLINICA
- 14** IMPIEGO DEI BETA-BLOCCANTI NELLO  
SCOMPENSO CARDIACO: OPINIONI A  
CONFRONTO
- 15** STRATEGIE CLINICO-DIAGNOSTICHE
- 16** MAIN SESSION  
MORTE CARDIACA IMPROVVISA
- 21** LA STRATEGIA DELL'ANMCO PER LA  
GESTIONE DEL PROBLEMA DELLA  
MORTE IMPROVVISA
- 25** MINIMASTER  
OPTIMAL MANAGEMENT OF PATIENTS  
WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES
- 28** MAIN SESSION  
CONVENTION DELLE 394 UNITÀ  
CORONARICHE. LE UTIC NEGLI ANNI  
2000: LE RISPOSTE CHE CERCHIAMO
- 36** IL RISCHIO DI INFARTO DEL MIOCARDIO  
NEGLI ITALIANI
- 38** MAIN SESSION  
DALL'IPERTENSIONE ARTERIOSA ALLO  
SCOMPENSO CARDIACO
- 40** LE INIZIATIVE DELL'ANMCO
- 45** MINIMASTER. LE APPROPRIATE  
STRATEGIE DI TRATTAMENTO  
NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO  
CARDIACO AVANZATO
- 48** CARDIONURSING 2003:  
UNA SODDISFAZIONE...AL DI LÀ  
DEI NUMERI!!  
*di Paola Di Giulio, Quinto Tozzi e Domenico Miceli*
- 54** RIFLESSIONI SUL CARDIONURSING 2003  
*di Lucia Sabbadin*
- 55** CARDIONURSING 2003:  
IMPRESSIONI RACCOLTE QUA E LÀ
- 58** RIFLESSIONI DOPO IL CONGRESSO  
NAZIONALE  
*di Marilena Matta e Mario Chiatto*
- 66** IL PROGRAMMA DELL'AREA PER IL  
BIENNIO 2003-2004  
*a cura del Comitato di Coordinamento  
dell'Area Malattie del Circolo Polmonare*
- 68** LA CAMPAGNA EDUCAZIONALE  
NAZIONALE "CUORE E DIABETE"  
*di Maurizio Abrignani e Massimo Ugucioni*
- 71** LO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO:  
UNA CONDIZIONE POCO STUDIATA  
*di Giuseppe Cacciatore*
- 73** LO SCOMPENSO CARDIACO, NON SOLO  
ASSISTENZA SANITARIA  
*di Francesco Paolo Calciano*
- 75** NOTIZIE DAL PIEMONTE E VALLE  
D'AOSTA. PRIMO BILANCIO DOPO UN  
ANNO DI ATTIVITÀ  
*di Giuliano Brocchi*
- 77** È GIUSTO PROPORRE LA CREAZIONE DI  
UNA NUOVA AREA/GRUPPO DI STUDIO  
ANMCO DI CARDIOLOGIA GERIATRICA?  
*di Claudio Bilato e Maria Chiara Corti*
- 80** A SABINO SCARDI LA TARGA D'ORO 2003  
DELL'ANMCO  
*di Francesco Boncompagni*
- 82** RIFLESSIONI... ED INCUBI DI UN  
"CARDIOLOGO TRASPORTATORE"  
*di Nicola Venneri*

**DA UN CUORE CHE BATTE DA PIÙ DI CENTO ANNI UN PO' DI STORIA: LINGUAGGIO CHE PARLA ANCORA PER NOI**



*“I malati hanno sempre cose importanti da dirci anche quando tacciono, perché il dolore parla nel silenzio. Ascolta ciò che dico, perché la malattia, come la vecchiaia, la mia vecchiaia parla nel silenzio”.*

FRANCO DE MATTEIS

**S**e dovessi immaginare la torta che ha celebrato la festa di compleanno del Professore Franco De Matteis, la vedrei a forma di un cuore illuminato da 100 candeline. Così semplicemente il richiamo a quel simbolo, mezzo e fine del nostro lavoro, rappresenterebbe il Suo più diretto insegnamento e anche la nostra più sincera gratitudine nel giorno più onorato della Sua appassionante esistenza.

Sebbene guidato dall'ancora vivo ricordo di mio Padre, confesso un certo imbarazzo nel dover scrivere di un Uomo che ha visto maturare tanta gente e che, da Cardiologo, ha aiutato a crescere tanti colleghi e curato diverse generazioni di persone. Un immane talento scientifico, una sincera umanità e tanta simpatia erano qualità certamente innate in quella generazione che appartiene a un passato da noi forse dimenticato. Medici di un tempo: capaci di inventarsi il proprio ruolo più che come “professione” – antica quanto l'uomo – come vera “missione”, vissuta quotidianamente tra la gente, col sorriso o con una parola tranquillizzante. Erano pochi, spesso unici: osservavano, tentavano, inventavano, consolavano. Sempre soli, ma non si sentivano mai tali, poiché appartenevano a tutta la gente, al paese, alla piccola comunità di quartiere. Erano bravi, preparati, il loro studio difficile: “matto e disperatissimo”, le loro scuole molto selettive: tanta severità e disciplina. Per tutti erano medici-uomini di fiducia. Non dimentichiamo che quella medicina, pur sempre prestigiosa, si fondava su



**N. 134/135 - luglio/ottobre 2003**

**Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**

Editor:

**Francesco Boncompagni**

Co-Editor:

**Francesco Bovenzi**

Comitato di Redazione:

**Antonio Mafri, Giuseppe Vergara**

Segreteria di Redazione:

**Simonetta Ricci**

Segreteria Nazionale:

**ANMCO**

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

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

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

**Pier Filippo Fazzini**

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74

E.C.O. srl Edizioni

Cardiologiche Ospedaliere

Stampa: Tipografia Kleine Schnel

Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze



404 008  
LOW EMISSIONS DURING  
PRODUCTION





deboli basi scientifiche (uomo-biologia), ma su una solida cultura sociale di tipo solidaristico (uomo-condizione umana). La bravura era frutto della grande esperienza maturata: *“sarete un medico, quando la pelle della vostra borsa sarà consunta e queste lucenti borchie di ottone saranno annerite”* (Cronin). Franco De Matteis è stato uno di Loro, e oggi ci onora essere accomunati a Lui per una grande passione: la Cardiologia. La diversa temporalità da un punto di vista generazionale ne allontana ogni possibile confronto. Proviamo ad immaginare una vita vissuta nei più difficili e drammatici periodi della nostra storia. Un'Italia sconvolta da due guerre mondiali, praticamente in ginocchio, popolata da gente povera, ma seppur sconfitta, sempre forte e desiderosa di ricominciare. Mentre

Nuvolari, Meazza, Coppi e Bartali stupivano il mondo, regnavano miseria, fame ed epidemie. Famiglie spesso divise e spaventate dal dramma della crescente emigrazione. Un impellente bisogno di tutto, direi di aiuto vero; e proprio in questo contesto così drammaticamente umano al medico non mancavano le soddisfazioni professionali. Un gesto terapeutico rappresentava un momento “eterno”, che nessuno più dimenticava. In quegli anni la Cardiologia era poco conosciuta, e il “cuore” restava avvolto da un alone misterioso: *“di tutte le cose che Dio ha fatto, il cuore umano è quello che manda più luce, e ohimè, più tenebre”* (V. Hugo). Ma di lì a breve la scienza avrebbe scoperto che la luce di quella metafora sarebbe divenuta così forte da cancellare ogni tenebra. Siamo nel primo decennio dopo il secondo conflitto mondiale: la ricostruzione, il boom economico, la riunificazione delle famiglie in nuclei sempre più piccoli, l'istruzione per tutti. Una medicina che si identifica sempre meno con “l'esperienza” e richiede sempre più “conoscenza”. Si conducono le prime ricerche metodologicamente avanzate e la tecnologia applicata si fa strada timidamente. Negli anni Cinquanta il galvanometro dell'elettrocardiografo utilizza la penna calda per scrivere, superando così la necessità di dover sviluppare una pellicola fotografica in camera oscura. Tanti i pantaloni e i camici che Franco De Matteis avrà dovuto cambiare, perché quotidianamente consumati dagli acidi delle grandi vasche di sviluppo...



**Gabriel Metsu, La Malata e il Medico, 1660**



Thomas Eakins, *The Agnew Clinic*, 1889

Ma ecco che, pochi anni dopo, le ampolle catodiche consentiranno di leggere un tracciato dell'elettrocardiogramma anche su un monitor, aprendo così la strada al monitoraggio e quindi alle prime UTIC. Grazie a queste, per la prima volta fu abbattuta la mortalità ospedaliera per infarto. Poi, come in una virtuale corsa a staffetta, il "testimone" fu consegnato qualche anno più tardi proprio alla ricerca italiana, che col GISSI mise a segno un nuovo record. E noi, che oggi abbiamo fatto tesoro di quel risultato, consegniamo questo prezioso "testimone" alle numerose speranze che costellano l'attuale orizzonte della ricerca: i nuovi farmaci e materiali, le moderne tecniche interventistiche, una complementarità e armonizzazione delle strategie e dei ruoli (UTIC-EMO);

e, in particolare, alla crescita e al consolidamento di un'etica organizzativa. L'ANMCO è convinta che quest'ultima, oggi, rappresenta una indiscussa certezza, la sola forse capace di farci registrare ancora nuovi "tempi olimpionici" nella corsa al crollo della mortalità per infarto – iniziata dai nostri Maestri – ma, più in generale, nella lotta alle malattie cardiovascolari.

Essere da sempre partecipe e testimone di queste evoluzioni, aver visto radicalmente mutare prima grazie al benessere sociale, poi culturale e scientifico, anche quello fisico della gente – il loro modo di vivere e di lavorare – ha rappresentato certamente un privilegio senza precedenti, che merita ricordo e rispetto. Lo stesso col quale oggi esprimiamo il radicale cambiamento nel modo di esercitare la nostra professione. Si è cominciato lentamente con il disporre di strumenti innovativi e timidamente con l'applicare le prime metodologie scientifiche nel lavoro clinico. Curiosità, speranze, meraviglia e stupore per tanta gente. Così, con una graduale "escalation", ecco attuate le nostre superspecializzazioni: l'emodinamica, l'ecocardiografia, l'elettrofisiologia, l'elettrostimolazione, ecc. Siamo tutti consapevoli che i testimoni di tanta evoluzione non potranno perdonare l'inevitabile frammentazione ad essa legata, perché mina l'unità clinica. Alla

luce della saggezza, scientifica ed esperienziale dei suoi Padri, l'ANMCO si impegna a non dimenticare. Chi oggi, tra i giovani cardiologi, ha mai pensato di dover fare una percussione dell'aia cardiaca? Forse nessuno: eppure un tempo... Dal calesse alla telemedicina, in effetti, esiste "una distanza" secolare, pari agli innegabili miglioramenti assistenziali legati ai tempi moderni. E se provassimo, poi, per un istante a guardare non dietro, ma avanti di 100 anni? Potremmo pensare un giorno di sapere tutto di noi, del nostro "libro della vita", attraverso la dettagliata analisi e conoscenza dei geni. Forse un domani ammalarsi non costituirà più una spiacevole sorpresa: anticipatamente ne conosceremo i tempi, la gravità, i rimedi e gli



Sir Luke Fildes, *Il Dottore*, 1891

esiti. Questo ci affascina, ma lancia un'ombra sull'ulteriore cambiamento del nostro lavoro, già oggi così esilmente legato alla clinica, proprio quella che era tanto cara ai nostri Padri. Abbiamo erroneamente creduto che le moderne tecniche diagnostiche e i progressi terapeutici ci avrebbero da soli garantito il controllo totale della nostra professione, ma così facendo abbiamo probabilmente dimenticato quell'aspetto rilevante della clinica che rappresenta il fine ultimo del nostro lavoro: l'uomo e il suo benessere globale. Immagino quindi che ci sia sempre qualcosa da imparare da un uomo di una certa età.

Grazie alle testimonianze di Lorenzo Epifani e Sergio Minelli, Soci ANMCO e Suoi compaesani, qualcosa di più abbiamo scoperto della lunga storia profes-



Henry de Toulouse - Lautrec, *Un esame alla Facoltà di Medicina, 1901*

sionale di Franco De Matteis, pugliese d'origine, nato il 9 agosto del 1903 a Campi Salentina, che da circa 70 anni vive a Pino Torinese. Appassionato di studi umanistici, attento lettore dei Classici, in particolare di Carducci, Leopardi e Manzoni. Si laureò nel 1929 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino, annoverando tra i Suoi Maestri i Padri della moderna Medicina e Cardiologia: Uffreducci, Donati, Micheli, Mario e Giulio Dogliotti, Carle e l'illustre Professore Angelo Ceconi, Maestro della Patologia Medica col quale cominciò ad interessarsi di Cardiologia presso l'Ospedale San Giovanni Battista (Molinette 1937). Fu grande amico del Professore Vittorio Puddu. Nel 1940, ottenne la Libera Docenza presso l'Università di Torino. Fu, dal 1948 al 1973, Primario della prima Divisione di Cardiologia Clinica istituita in Italia, presso l'Ospedale Maria Vittoria di Torino.

Numerosi gli studi, tra cui quelli sulla trombosi nell'infarto con tromboelastografia e con terapia eparinica; ma anche quelli su "Civiltà e Cuore" in cui anticipò quell'interessante intreccio, oggi noto e tipico delle società occidentali, tra malattie psicosomatiche e ripercussioni cardiovascolari. Un'intensa vita semplice, sempre vissuta tra i successi e un costante impegno proteso in difesa dell'uomo.

Grazie Professore per quello che oggi rappresenta per noi. Un grazie sentito che il Presidente Alessandro Boccanelli, il Consiglio Direttivo e tutti i Cardiologi dell'ANMCO salentini, pugliesi, piemontesi e di ogni Regione Le rivolgono. Ho letto che da qualche tempo si commuove facilmente fino alle lacrime, ricordandoci Lei stesso che Simone Weil diceva: "l'uomo non è completo se non è creatura d'emozione". Anche noi confessiamo la nostra piccola emozione, confinata e confusa nella gioia che ci offre la Sua amicizia, la Sua grazia, la Sua dignità, la Sua passione, la Sua grande forza e serenità.

Tutta l'ANMCO si onora di custodire gelosamente queste virtù come modello di vita vissuta non solo per il cuore, ma col "cuore". Quello stesso cuore che è stato capace, col suo battere veloce, di vincere il tempo passato, quello che oggi ci regala come vera ricchezza. Per questo facciamo nostra la frase del motto scritto nello stemma comunale di Pino Torinese: "Ad sidera tendit", consapevoli che Lei è una vera "stella" a cui oggi tutti noi dell'ANMCO guardiamo ammirati.

*"La volontà si esercita sui miti e li trasforma in storia.*

*Destini che diventano libertà".*

CESARE PAVESE, "IL MESTIERE DI VIVERE"



## L'ATTIVITÀ SINDACALE DELL'ANMCO

**È** passato oltre un anno da quando l'Assemblea dei Soci ha approvato la soluzione presentata dal Dott. Giuseppe Pinelli e dal Dott. Carmine Gigli, Presidente della FeSMed (Federazione Sindacale Medici Dirigenti), per riavviare l'attività sindacale in ambito ANMCO.

Su quella linea, nell'autunno scorso abbiamo pubblicato su "Cardiologia negli Ospedali" (N. 130 novembre-dicembre 2002) degli articoli esplicativi, il form con le istruzioni per poter dare la propria adesione (che deve passare attraverso la trattenuta della quota mensile da parte dell'ospedale di appartenenza, per consentire il conteggio degli iscritti) e dare una nuova spinta all'attività sindacale da parte della nostra Associazione per conto dei suoi iscritti.

Le adesioni però non sono state in linea con quanto si poteva presumere dalle frequenti richieste di informazioni, precisazioni, supporto tecnico.

D'altra parte, il Consiglio Direttivo non aveva ritenuto opportuno di sollecitare le possibili adesioni in quanto alcuni rilievi importanti mossi dai consulenti legali dell'Associazione meritavano un ulteriore approfondimento per ottenere risposte più precise in merito alla possibilità, da parte dell'Associazione, di svolgere anche la funzione sindacale.

Abbiamo pertanto consultato uno studio legale specializzato in problematiche di giurisprudenza del lavoro e sindacali. Ho personalmente esposto e discusso ripetutamente i punti ritenuti più critici per essere sicuro di ottenere risposte pertinenti e affidabili.

In due successive consulenze i dubbi sono stati fugati ed è emerso chiaramente che l'ANMCO, nella sua attuale configurazione, può svolgere, nell'interesse dei suoi Associati, un'attività di tipo sindacale, dal momento che è possibile attribuire a questo oggetto un'accezione molto ampia, compatibile con lo statuto e le finalità della nostra Associazione.

Per completezza di informazione, va detto che sia il nostro studio legale che lo studio interpellato al proposito, concordano nel considerare auspicabile creare una struttura parallela per la gestione delle problematiche sindacali, nel caso in cui il numero delle adesioni diventi significativo.

La Commissione sindacale pro-tempore dell'ANMCO, riunitasi in occasione del-



Marie Bashkirtseff, *Un Meeting*, 1884

l'ultimo Congresso Nazionale ha delineato una possibile strategia organizzativa con l'obiettivo di accrescere il numero degli iscritti per avere maggior peso all'interno della FeSMed alla quale siamo affiliati dal 1995.

Intraprendere una seria attività sindacale richiede strumenti adeguati: una segreteria dedicata, esperti disponibili, un centro documentale, convenzioni con studi legali specializzati sono i primi che vi voglio segnalare.

E sicuramente la nostra attuale organizzazione (una commissione sindacale, un vicepresidente per le attività organizzative e gestionali e, di riflesso, sindacali) è solo un punto di partenza.

Il punto di arrivo dovremo determinarlo tutti noi, incrementando le adesioni e la partecipazione alla vita associativa.

Voglio a questo punto ricordare che:

- l'ANMCO risulta da anni co-firmataria (sotto la sigla FeSMed) dei Contratti Nazionali di lavoro
- l'iscrizione all'ANMCO-FeSMed può consentire, a livello della propria azienda sanitaria, di essere nominati rappresentanti FeSMed, sia come singola Sigla che come Delegazione Sindacale;
- essere rappresentanti sindacali vuol dire, ancora oggi, essere informati preventivamente sulle decisioni delle Direzioni Generali, concorrere alla definizione dei piani aziendali (è inutile sottolineare l'importanza per il nostro settore) e trattare le parti economiche e normative del contratto;
- la quota di iscrizione all'ANMCO-FeSMed è comprensiva anche dalla quota associativa operata attraverso un'unica trattenuta da parte dell'Azienda di soli 12,00 euro mensili.

Invito perciò tutti coloro che hanno interesse in questo campo a formalizzare la propria adesione autorizzando la propria azienda ad eseguire la trattenuta mensile.

Vi invito a procedere rapidamente (senza attendere la fine del corrente anno per far coincidere l'inizio delle trattenute con la quota associativa annuale) per un motivo ben preciso: abbiamo bisogno di sapere, e il più presto possibile (ottimale sarebbe entro ottobre, primi di novembre), quanta importanza viene attribuita dai Soci a questo aspetto della nostra attività, per poter predisporre un efficace piano d'azione.

Infatti, come sopra detto, un'adeguata attività sindacale richiede strumenti idonei e l'Associazione si attrezzerà per svolgere questo ruolo solo nel caso in cui l'iniziativa ottenga un numero significativo di adesioni, per poter offrire un'assistenza qualificata alle richieste che perverranno dalla base.

Dovremo, inoltre, approntare un nuovo progetto di struttura sindacale, parallela all'ANMCO, per ottemperare alla richiesta degli iscritti e al consiglio dei consulenti legali, da presentare alla prossima Assemblea Generale.

È perciò chiaro, di converso, che in caso di scarsa adesione non vi saranno altri investimenti in questa direzione quindi perderemmo una grande occasione per poter incidere di più nelle decisioni aziendali, soprattutto quando, inevitabilmente, si affronteranno questioni in ambito cardiologico.

Nel frattempo, il Consiglio Direttivo ha deliberato di dedicare una pagina del sito WEB all'attività sindacale nella quale dovrebbero trovar posto, per ora, le principali comunicazioni in tema di rinnovi contrattuali, links con altri sindacati, le vostre domande, le vostre proposte e commenti, e le risposte ai quesiti posti.

Abbiamo rimesso in moto la macchina: sta a noi decidere se farla partire o fermarla definitivamente.

## “ISTANTANEA” SUL XXXIV CONGRESSO NAZIONALE ANMCO. ATTUALITÀ, COMMENTI E PROPOSITI PER IL FUTURO

**I**l Congresso ANMCO 2003 ha battuto ogni record di partecipazione di medici e per il Cardionursing – forte realtà formativa dell’Associazione – di infermieri. Le tante novità annunciate e proposte sono state condivise e apprezzate, così come

sono stati graditi quei momenti di confronto con il passato rivissuto nelle celebrazioni dei 40 anni dell’Associazione e nei 20 anni del primo studio GISSI. Il consenso e il significativo valore culturale raggiunto devono far ripensare alla ricchezza dei contributi, del grande lavoro e dell’impegno dei tanti invitati: protagonisti e veri artefici del buon risultato.

“Cardiologia negli Ospedali” propone ai Lettori un’appendice informativa costituita da una sintesi delle maggiori novità scientifiche emerse negli eventi che, con impegno e passione, due giovani Colleghi – Rachele Adoriso e Leonardo de Luca – hanno seguito per noi.

Ci auguriamo che questo “leggero” strumento divulgativo/informativo possa essere utile, apprezzato dai Lettori e, in futuro, ancora una volta riproposto, magari con una maggiore numerosità di eventi monitorati.

A seguire proponiamo una sintesi di curiosità, opinioni e suggerimenti raccolti attraverso brevi interviste effettuate dai Colleghi Marilena Matta e Mario Chiatto al di fuori dalle aule congressuali.

Un precipuo desiderio del Consiglio Direttivo è che le mancate “attese” – scientifiche e organizzative –, gli errori, le incomprensioni, i disservizi possano essere evitati e corretti, pur nella convinzione che occorrerà anche per questo l’impegno e lo slancio di tutti.

I costruttivi commenti pervenuti contribuiranno a migliorare l’organizzazione del XXXV Congresso, per il quale l’intenso “work in progress” è già iniziato.

Ringraziamo per la cortese disponibilità e collaborazione coloro che hanno effettuato i servizi per il nostro giornale.



di **Leonardo De Luca**

e **Rachele Adorisio**



## IL CONGRESSO IN PILLOLE

**Sabato  
31 maggio**

L'apertura ufficiale del Congresso è stata caratterizzata da una trepidante attesa per la presentazione del documento "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia", coordinato per l'ANMCO dal Dott. Gian Luigi Nicolosi con appassionato e competente lavoro da autentico "tessitore". Il documento è stato portato all'attenzione di diverse autorità scientifiche ed amministrative, accompagnato dal saluto del Ministro della Sanità, On. G. Sirchia.

Tale evento si è tenuto nell'Auditorium del Palazzo dei Congressi.

La presentazione è stata preceduta da un interessante Simposio sulla prevenzione primaria delle patologie cerebrovascolari.

## SIMPOSIO DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA. STRUTTURA ED ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA

**U**n anno fa è stata posta la priorità di stilare un documento per la struttura e l'organizzazione funzionale della Cardiologia. Tale necessità è stata particolarmente sentita per rispondere alle sempre nuove esigenze legate al modificarsi del panorama politico e scientifico del nostro Paese.



Da un lato la presenza di 21 assessorati, con diverse esigenze di servizio e con disposizioni normative variabili e contraddittorie, dall'altro un aumento delle tecnologie con un aumento delle subspecialità per settore, hanno fatto maturare sempre più la consapevolezza di organizzare la Cardiologia in modo razionale sull'intero territorio nazionale.

Attualmente, infatti, la Cardiologia Ospedaliera rischia la frammentazione per

l'esistenza di numerose piccole unità ed è quindi necessario razionalizzare le risorse anche a livello politico.

È stato presentato un documento iniziale, frutto della collaborazione di ANMCO e SIC, e quindi della Federazione Italiana di Cardiologia. Il Presidente ANMCO Alessandro Boccanelli ha annunciato che nei prossimi mesi questa prima bozza sarà discussa dalle Commissioni, congiuntamente alle Emodinamiche, ai Servizi di Elettrofisiologia, alle Cardiologie Extraospedaliere ed alle Cardiochirurgie.

Questa, costituisce anche un supporto per gli assessorati, in modo tale da omogeneizzare l'assetto organizzativo sul territorio nazionale e da garantire un intervento più efficace ed efficiente.



È stato ribadito, inoltre, come questo evento rappresenti un momento 'storico' della Cardiologia Italiana, per il tentativo di conciliare diversi aspetti logistici e gestionali e per lo sforzo di armonizzare le competenze tecniche con i noti problemi di economia sanitaria.

Si è fatto quindi ricorso ad esperti del settore economico dell'*Università di Roma Tor Vergata* e del *CNR*, ponendo molta attenzione a tutti i problemi della Cardiologia, anche considerando la prevenzione e la medicina di base. Il Presidente ESC Tendera ha sottolineato che questa opera potrà rappresentare un modello anche per gli altri paesi europei.

Il Presidente FIC Tavazzi ha poi riportato il saluto da parte del Ministro della Sanità, On. G. Sirchia, il quale ha ribadito la necessità di conciliare qualità delle prestazioni con i costi per la Sanità Italiana e come questo documento rappresenti uno strumento utile per evitare dicotomie tra risorse economiche ed organizzazione ospedaliera. Anche l'Assessore alla Sanità Toscana, On. Rossi, ha manifestato il suo consenso perché strumenti come questo siano necessari per superare le frammentazioni dovute non solo alle strutture logistiche ma anche a problemi di interesse locale e professionale.

L'analisi dei bacini di utenza, della prevenzione, dell'educazione e della politica per il coordinamento tra cardiologi, medici di base e pediatri, il 118, il SSN e le corresponsabilità delle Regioni è necessaria per la nuova organizzazione.

Il Dott. Nicolosi ha ribadito un aspetto importante cioè la necessità di integrazione con le altre figure professionali, quali nutrizionisti, nefrologi, psicologi affinché favoriscano la buona riuscita degli approcci terapeutici forniti.

Per stilare il documento sono state costituite sei Commissioni per l'Organizza-

zione della Rete nell'Emergenza Cardiologica, del Paziente Cronico, per l'Epidemiologia Nazionale e Regionale, per l'Appropriatezza Clinica Strumentale e Strutturale, per le Liste D'Attesa e per le Cardiopatie Congenite in Età Pediatrica ed Adulta.

Nell'ambito dell'Organizzazione Della Rete Nell'Emergenza Cardiologica, è stato riportato che la mortalità intraospedaliera per IMA negli anni '60 è stata del 25-30%, mentre nel 2000 è scesa al 5-6%. Tale decremento è da attribuire soprattutto all'istituzione delle UTIC. Purtroppo, però, rimane elevato il numero di morti improvvise, circa 50-60.000/anno.

Secondo i dati del Ministero della Sanità del 1995, la mortalità per IMA in UTIC era del 10,7% mentre la mortalità per IMA fuori dalle UTIC era del 17,4%.

In particolare, analizzando le stime per la morte improvvisa secondo i dati riportati negli USA, queste ammontano a 250-400.000/anno, di cui l'85% per FV, il 10% per asistolia ed il restante 5% per dissociazione elettromeccanica.

La diagnosi di ammissione per IMA è stata per il 37% oltre il tempo utile, il 29% tra 2-6 ore dai sintomi. In considerazione dei dimostrati vantaggi della PTCA sulla trombolisi urge la costituzione della rete di emergenza cardiologica con l'integrazione di 118 DEA ed UTIC

Nell'Organizzazione Della Rete del Paziente Cronico, il cronico è riferito al paziente portatore di una patologia cardiovascolare che è a rischio di persistere nel tempo e di peggiorare in assenza di interventi appropriati, e tale quindi da necessitare di un costante livello di attenzione medica, al fine di ridurre il rischio di riacutizzazioni e recidive. La cronicità esprime anche il concetto di continuità ed il rischio di frammentazione nella gestione del paziente.

L'epidemiologia può anche essere intesa come uno strumento di analisi per valutare l'adeguatezza delle risposte assistenziali. Secondo quanto riportato dal coordinatore del gruppo, Dott. Ganau, la malattia coronarica è al primo posto in Italia, con un tasso crescente pari a 12,9% nel '91, a 12,1% nel '94, a 13,6% nel '98. I dati del '98 di mortalità per malattie cardiovascolari sono pari al 39,4% per i maschi e al 49,1% per le donne.

Dal '91 al '98 si è registrato un lieve incremento del numero assoluto di mortalità per malattie cardiovascolari ma una riduzione dei tassi standardizzati.

Si assiste ad una certa regionalizzazione della mortalità per malattie cardiovascolari: infatti, dall'80 al '98 si registra una tendenza ancora elevata nel sud e soprattutto nelle donne.

**Tabella sui tassi standardizzati di Mortalità per malattie cardiovascolari**

	Maschi		Femmine	
	34-74 aa	65-74 aa	34-74 aa	65-74 aa
IMA	1,6	4	0,4	1,2
Angina Pectoris	3,4	6,6	4	0,8
Ictus	1,1	2,7	0,8	2,1
TIA	0,8	2,4	0,7	2,5



Dal '96 al '98 è anche aumentato il numero di ricoveri ospedalieri per IMA, angina instabile, numero di cateterismi, angioplastiche e by-pass. Oltre ad un lieve incremento anche per scompenso cardiaco e shock.

Si registra anche un aumento della popolazione anziana ricoverata, trend che continua ad essere in aumento.

Le condizioni di non *appropriatezza clinica strumentale e strutturale* si identificano nell'elargire una prestazione non efficace o non resa o una prestazione efficace ma in quantità non adeguata oppure resa ma ad un livello assistenziale sbagliato. Una rete integrata è necessaria al fine di concentrare servizi con adeguata qualità tecnica e di diffondere i servizi per facilitarne l'accesso da parte dell'utente.

All'interno di una rete assistenziale si deve riconoscere la centralità delle UTIC, che dovrebbero gestire il percorso assistenziale e dovrebbero integrarsi a centri con avanzata dotazione tecnologica. Ogni UTIC inoltre dovrebbe avere accesso ad un laboratorio di emodinamica e ad un centro cardiocirurgico di riferimento (Hub and spoke).

L'aumento dei tempi delle *liste d'attesa* è una problematica legata all'aumento delle richieste specialistiche, delle prestazioni erogate, dei carichi di lavoro e quindi dei costi sanitari totali.

Nonostante la denatalità, si assiste ad un incremento delle *patologie congenite* in Italia: 500.000 nati/anno e più di 4.500 cardiopatie congenite/anno. Le cardiopatie congenite sono la principale causa di mortalità neonatale ed una rilevante causa di morbidità infantile. In Italia abbiamo 70.000 adulti con cardiopatie congenite, con un trend che è destinato a crescere.

## **LA NUOVA ERA DELLA PROTEZIONE CARDIOVASCOLARE: IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA**

*Moderatori: M. Chiariello, G.L. Nicolosi*

*Relatori: G. Mancina, P. Terrosu, A. Corsini*

**L**e malattie cerebrovascolari rappresentano la 3<sup>a</sup> causa di morte nei paesi industrializzati, dopo le coronaropatie e le neoplasie. Circa 150.000 pazienti muoiono ogni anno per malattie cerebrovascolari (uno stroke ogni 53 secondi). Negli Stati Uniti i costi diretti e indiretti attribuibili alle malattie cerebrovascolari si stimano intorno a 51.3 bilioni di dollari all'anno. Non significativamente diversa l'epidemiologia in Italia, dove l'ictus rappresenta la principale causa di invalidità. La prevalenza nella popolazione anziana è del 6.5% e, anche se mortalità e disabilità sono attualmente diminuite, l'incidenza di ictus non è ridotta rispetto al passato.

È ormai dimostrato come l'ictus sia legato a malattie cardiovascolari ed aterosclerotiche e a fattori di rischio per malattie cardiovascolari. Di qui l'importanza di una prevenzione primaria soprattutto in pazienti ad alto rischio cardiovascolare.

Importante è sottolineare che, oltre a fattori non modificabili quali l'età, il sesso e la familiarità, esistono fattori modificabili come l'obesità, la sedentarietà, la dieta e l'alcol. L'attività fisica riveste di conseguenza un ruolo fondamentale perché protettiva sui fattori di rischio.

Oltre ad adottare opzioni terapeutiche preventive in caso di note patologie cor-

relate allo stroke (fibrillazione atriale, cardiopatia ischemica e valvulopatie), compito dei Cardiologi è attuare una scrupolosa opera di correzione dei singoli fattori di rischio (come diabete, ipertensione arteriosa e dislipidemia) in pazienti con rischio cardiovascolare medio-elevato.

A tale proposito vari studi, tra cui il CARE ed il LIPID, hanno dimostrato una riduzione del rischio relativo (RR) di stroke in pazienti ad alto rischio trattati

con ipolipemizzanti. L'effetto favorevole delle statine potrebbe essere legato non solo alla diminuzione dei livelli di colesterolo ma anche al miglioramento della funzione endoteliale, alla stabilizzazione della placca, alla modulazione dell'infiammazione e all'attività antiaggregante piastrinica.

È ormai appurato che il calo dei livelli di pressione arteriosa riduce il rischio di stroke. Vi è, infatti, una relazione continua tra stroke ed ipertensione arteriosa. L'hanno dimostrato trial di confronto tra intervento farmacologico e placebo (SHEP, SYST-EUR, HOPE), trial di confronto sull'efficacia della terapia (HOT) e quelli che confrontavano diversi regimi terapeutici antipertensivi tra loro (STOP, NOR-DIL, CAPPP, ed altri).

Nei trial in cui si è utilizzata una terapia antipertensiva convenzionale (diuretici e beta-bloccanti) si è sempre registrato un trend a favore del trattamento in termini di diminuzione del rischio relativo per stroke. Ultimamente si è visto che la prevenzione dell'ictus può essere anche prevenuta con altri farmaci che non siano quelli convenzionali. Infatti, l'uso di

ACE-inibitori e Ca-antagonisti ha apportato una netta riduzione di incidenza di ictus dimostrando che ogni tipo di terapia antipertensiva, indipendentemente dal farmaco utilizzato, risulta protettiva da eventi cerebrovascolari.

La riduzione dei valori di tensivi arteriosi (<130/85 mmHg) è stata chiaramente associata ad una maggiore protezione renale e cerebrovascolare anche in pazienti diabetici e nefropatici. Di contro, valori di 130-150 mmHg di pressione arteriosa sistolica, aumentano notevolmente il rischio di stroke (studio MRFIT). Ampiamente citato è stato lo studio LIFE, multicentrico a doppio cieco, che ha randomizzato 9.193 pazienti, ipertesi con ipertrofia ventricolare sinistra, a Losartan (50 mg) o Atenololo (50 mg) al fine di valutarne gli effetti a lungo termine sulla mortalità cardiovascolare. Al follow-up a quattro anni si è registrato un calo dei valori tensivi simile nei due gruppi, ma nel gruppo Losartan si è ottenuta una riduzione in termini di mortalità, stroke ed infarto miocardico con una riduzione del rischio relativo per stroke del 24%.

Sono stati inoltre evidenziati i risultati dell'*Heart Protection Study* (HPS), trial multicentrico a doppio cieco che ha randomizzato 20.536 pazienti ad alto rischio cardiovascolare a simvastatina (40 mg/die) e placebo. Ne è conseguito che il gruppo trattato con simvastatina ha beneficiato di una riduzione del rischio relativo di mortalità pari al 12%, di morte per cause cardiovascolari del 17% e di morte per altre malattie del 5%, indipendentemente dal sesso, dall'età e dai livelli ematici basali di colesterolo LDL. Importante sottolineare che eventi cerebrovascolari si sono verificati nel 4,3% dei pazienti trattati con simvastatina vs il 5,7% di quelli che assumevano placebo (p <0.0001).

È stato infine affrontato il problema del diverso profilo di sicurezza delle statine e della loro opportuna scelta considerando la differenze per struttura e natura, emivita, l'effetto sul colesterolo LDL e sulle lipoproteine ed effetti pleiotropici.



Il Congresso si è aperto con la discussione di un argomento di grande attualità: la morte cardiaca improvvisa. Dall'epidemiologia alle strategie d'intervento pre-evento – a livello della popolazione generale e di vari sottogruppi – sono state riportate le più recenti considerazioni sulla gestione del paziente resuscitato a rischio di morte improvvisa. Particolare accento è stato poi posto sulla prevenzione della quota extraospedaliera, esigenza particolarmente sentita dall'ANMCO.

Sono iniziati ufficialmente i minimaster ed una serie di interessanti simposi e seminari.

Vi proponiamo un breve resoconto dell'update sulle strategie clinico-diagnostiche a cui ha partecipato il Prof. M. Gheorghiadè della Northwestern University di Chicago e la sessione sull'utilizzo dei beta-bloccanti nello scompenso cardiaco.

## **IMPIEGO DEI BETA-BLOCCANTI NELLO SCOMPENSO CARDIACO: OPINIONI A CONFRONTO**

Moderatore: **L. Gavazzi**

Relatori: **C. Rapezzi, G.F. Sinagra, M. Bobbio, M. Porcu**

**I**l Simposio “**Impiego dei beta-bloccanti nello scompenso cardiaco: opinioni a confronto**”, che ha destato un vivace ed interessante dibattito, si è incentrato sulla seguente domanda: è giusto estendere l'utilizzo dei beta-bloccanti nei pazienti con comorbidità?

Molto è stato detto sulla nota problematica del paziente anziano che solitamente presenta numerose comorbidità da tenere in considerazione prima di utilizzare un beta-bloccante: diabete mellito, fibrillazione atriale, broncopneumopatie croniche ed insufficienza renale.

E proprio queste sono patologie poco rappresentate nei grandi trial sullo scompenso cardiaco, ma molto presenti nella pratica clinica.

Nella seconda parte della sessione è stato discusso se sia prioritario modulare il sistema renina-angiotensina o il sistema adrenergico e se, in quest'ambito, i beta-bloccanti siano tutti uguali.

Alla luce delle Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco, si dovrebbe iniziare con la prescrizione di un ACE-inibitore, per poi proseguire con quella di un beta-bloccante; ma questo non è supportato dall'evidence based medicine. Infatti, in nessun trial è stato confrontato un ACE-inibitore con un beta-bloccante in termini di mortalità e morbidità ed oltre tutto non ci sono evidenze sul fatto che gli ACE-inibitori sortiscano maggiori effetti benefici dei beta-bloccanti quando assunti come primo step terapeutico.



## STRATEGIE CLINICO-DIAGNOSTICHE

Moderatori: **F. Bovenzi, E. Geraci**

Relatori: **M. Galli, M. Gheorghide, F. Magliari, B. Martini**

**N**el seminario How to “**Strategie clinico-diagnostiche**” è stata soprattutto rilevata la prevalenza dello scompenso cardiaco (SC) tra le malattie cardiovascolari ed il sottoutilizzo delle attuali strategie diagnostiche e delle comprovate possibilità terapeutiche nella pratica clinica. Circa 4,8 milioni di persone si ammalano annualmente di SC negli Stati Uniti con 550.000 nuovi casi l'anno. Nel solo 1999 sono stati dimessi 962.000 pazienti con diagnosi di SC, con un incremento del 155% rispetto agli ultimi 20 anni. Nonostante i notevoli progressi in campo diagnostico e terapeutico, la mortalità a cinque anni per SC rimane ancora del 50% circa. I beta-bloccanti fanno ormai parte del trattamento standard dello SC e nel 2001 le Linee Guida dell'ACC/AHA ne hanno raccomandato l'uso, ove non controindicati, in tutti i pazienti con SC e funzione sistolica compromessa, sia esso di grado lieve, moderato o severo. Nonostante ciò, i beta-bloccanti sono utilizzati nel 30% dei pazienti, secondo stime ambulatoriali. Detto ciò, bisogna considerare che esiste un'importante opportunità di iniziare un trattamento che possa impedire la progressione dello SC (ad es. ACE-inibitori e beta-bloccanti) prima della dimissione dall'ospedale. In questo modo è stato dimostrato che vi è un aumento della percentuale di pazienti in trattamento corretto, della compliance a lungo termine e degli outcome clinici. Bisogna inoltre considerare che l'ospedalizzazione, rispetto ad una visita ambulatoriale, offre un momento d'incontro col paziente che è unico per la lunghezza del rapporto e l'integrazione di varie figure professionali e specialistiche. I risultati dell'IMPACT-HF, presentati al Congresso dell'*American Heart Association* a Chicago nel 2002, sono a tal proposito incoraggianti. L'IMPACT aveva l'obiettivo di valutare la sicurezza e l'efficacia di una terapia con carvedilolo iniziata durante l'ospedalizzazione in pazienti con diagnosi di SC e frazione d'eiezione  $\leq 40\%$ , e di osservare quindi gli effetti sull'utilizzo del beta-bloccante a 60 giorni dalla randomizzazione in confronto ad una stessa terapia iniziata a  $\geq$  di due settimane dalla dimissione. Al follow-up, il 91% dei pazienti ( $n=185$ ) in cui era stata iniziata la terapia con carvedilolo in pre-dimissione, continuavano ad assumere il farmaco, contro il 73% dei pazienti ( $n=178$ ) che lo avevano iniziato dopo la dimissione ( $p < 0.0001$ ). Oltre a ciò, il gruppo trattato in pre-dimissione raggiungeva dosaggi più elevati di carvedilolo a 60 giorni senza aumentare il rischio di peggioramento dello SC o di altri eventi cardiovascolari. L'OPTIMIZE-HF, proposto dal Prof. Gheorghide, è un nuovo programma di *Hospital-based* e di *Care improvement* ed allo stesso tempo un registro web per pazienti ospedalizzati con diagnosi di SC. Si propone di arruolare circa 500 ospedali ( $> 5.000$  casi) negli USA prima, ed in tutto il mondo poi, che lavoreranno in collaborazione al fine di migliorare il management dei pazienti con SC. Gli obiettivi saranno: il miglioramento del *medical care* e dell'*education* dei pazienti ospedalizzati con frazione d'eiezione  $\leq 40\%$  o con sintomi ma funzione sistolica preservata e segni di disfunzione diastolica; di accelerare l'inizio di quelle terapie raccomandate dalle linee guida ed identificate come *life-saving*; di superare il gap tra linee guida e *real world* eliminando le barriere che impediscono il corretto ed ampio utilizzo di ACE-inibitori e beta-bloccanti nello SC.

## MAIN SESSION

# MORTE CARDIACA IMPROVVISA

Moderatori: **M. Santini, G. Vergara**

Relatori: **S. Priori, F. Valagussa, A. Raviere, R. Vergassola, P. Delise, M. Zoni Berisso**

**S**i definisce morte cardiaca improvvisa (MCI) la morte naturale, inattesa, preceduta da improvvisa perdita di coscienza, che si verifica entro un'ora dall'inizio dei sintomi, in soggetti con o senza cardiopatia nota preesistente, ed in cui l'epoca e la modalità di morte sono imprevedibili. La MCI rappresenta l'80% di tutte le morti improvvise, il 50% delle morti nei pazienti cardiopatici, è la causa di morte più comune fra i 20 ed i 65 anni, e circa l'80% dei casi avviene a domicilio del paziente. L'incidenza varia da 0.3 a 1.3/1000 per anno e la stima media nei paesi industrializzati è di 1 per 1000/anno. Tale dato è confermato anche negli studi italiani, secondo quanto riportato dal FAPS (Friuli) con 0.95 casi/1000/anno o dal progetto Vita Piacenza (Emilia): 1.10 casi/1000/anno. Secondo i dati ISTAT del 2000 sulle cause di morte in Italia, la MI ha una incidenza pari a 57.000 (10,2%), più frequente ad esempio del tumore della mammella.

All'analisi dei meccanismi aritmogeni alla base della MCI, le aritmie più frequentemente associate sono le tachiaritmie ventricolari (75%) seguite dalle bradiaritmie (20%) e dalle dissociazioni elettromeccaniche (5%).

La cardiopatia ischemica rappresenta la causa più frequente di MCI (70-80%); altre patologie strutturali sono invece importanti substrati di MCI (Cardiomiopatia dilatativa, Ipertrofia e valvulopatie). Viene sempre più riconosciuto il ruolo delle malattie aritmogene ereditarie (LQTS, SdB, CPVT). Nel 5% dei casi vi è assenza di alterazioni strutturali.

Per molti anni ci si è focalizzati sul rapporto ischemia acuta e MCI, e recentemente il ruolo dell'insufficienza ventricolare sinistra è emerso chiaramente, grazie a numerosi studi sulla popolazione con infarto miocardico e disfunzione ventricolare sinistra.

Secondo l'ATLAS, la MCI è preceduta nel 28% dei casi da un ricovero per episodio di scompenso cardiaco, nel 15% da infarto o angina instabile, nel 5% da aritmie sopraventricolari e nel 7% da un episodio di TV. Inoltre, secondo quanto riportato nel MERIT HF i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e alta classe NYHA hanno una maggiore incidenza di MCI.

L'interazione substrato – fattore scatenante delle tachiaritmie ventricolari – e MCI riconosce un ruolo molto importante alla regolazione del sistema nervoso autonomo (squilibrio tra stimolazione adrenergica e vagale).

I rischi legati all'età sono collegati a cause diverse: negli adolescenti e nei giovani adulti sono la miocardite e le patologie genetiche; mentre l'età avanzata riconosce come causa principale la coronaropatia e le cardiomiopatie. La familiarità costituisce comunque un fattore di rischio indipendente anche all'interno della cardiopatia ischemica.

Due studi hanno recentemente valutato la componente genetica nella MCI: Friedlander e coll. hanno dimostrato che il rischio di MCI aumenta di 1,57 volte se vi è storia familiare di MCI o di IMA (fattore indipendente). Jouven et al hanno dimostrato che il rischio di MCI aumenta di 1,8 volte se vi è storia fami-

liare di MCI da un solo lato della famiglia; il rischio aumenta di 9,4 volte se la storia di MCI è presente su entrambi i due rami familiari.

Vista la drammaticità del problema e l'importanza dell'impatto della MI, sono state analizzate *strategie* a diversi livelli: *a livello della popolazione generale, di diversi sottogruppi* e dal punto di vista *organizzativo*.



Dal punto di vista della *popolazione globale* due studi di coorte sono stati particolarmente importanti: il Physicians Health Study e il Nurses Health Study. Il Physicians Health Study ha seguito per oltre 15 anni 20.000 medici sani del Nord America e dimostrato che la mortalità totale diminuisce con l'aumento del consumo di pesce (2-5 volte al mese). Dallo stesso studio, una sottanalisi tipo caso controllo, ha riportato che il livello di acidi grassi omega 3 nel sangue è strettamente correlato con una riduzione di morte improvvisa negli uomini senza evidenza di pregressa patologia cardiovascolare. Lo studio Nurses Health Study, condotto su 84.688 donne in 16 an-

ni di follow up, ha confermato gli stessi dati: un più alto livello di consumo di pesce ed un livello più alto di acidi grassi omega 3 è associato ad un più basso rischio di sviluppo e morte per patologia coronarica. Anche Siscovick e coll. hanno dimostrato che l'introito alimentare di PUFA n3 riduce l'incidenza di arresto cardiaco.

Altro problema delle strategie pre-evento riguarda la tempestività dell'intervento di resuscitazione in caso di arresto cardiaco. In Brianza è stata proposta una campagna di sensibilizzazione sulla comunità, attraverso i medici di medicina generale, gli studenti e gli specializzandi, promuovendo un'azione ribadita e ripetuta periodicamente dai *media* ed un'ISOLA DELLA RIANIMAZIONE CARDIACA che si avvale di dimostrazioni in corso di fiere, grandi eventi e le giornate del cuore.

Oltre il 70% delle morti improvvise cardiache avviene in casa e spesso un bambino o un ragazzo è l'unico testimone, per cui anche i più piccoli devono prendere confidenza con l'emergenza e sapere allertare senza ritardi il 118.

Nella scuola si può proporre un programma di apprendimento per bambini dagli 8 ai 13 anni a portare soccorso.

Le competenze designate nei programmi comprendono, per i bambini, di saper constatare l'assenza di coscienza e del respiro e di chiamare il 118, e di insegnare loro a porre il paziente in posizione di sicurezza. Per i ragazzi di 12 e 13 anni si propone il medesimo percorso educativo con la compressione toracica sul manichino.

Gli aspetti fondamentali della *strategia pre-intervento a livello dei sottogruppi* riguardano l'identificazione dei soggetti a rischio e l'applicazione di misure terapeutiche. Le strategie terapeutiche che riguardano i soggetti affetti da coronaropatia considerano sia delle variabili cliniche/demografiche (pregresso infarto miocardico, storia di angina, scompenso cardiaco, tachicardie sopraventricolari

e difetti di conduzione per blocco di branca) che strumentali.

Tra le variabili strumentali ricordiamo la ridotta frazione d'eiezione, la presenza di aritmie ventricolari (BEV, TVNS) e di potenziali tardivi, la ridotta variabilità della frequenza cardiaca e la ridotta sensibilità barocettiva, l'onda T alternante e l'inducibilità di aritmie ventricolari. Una frazione d'eiezione ventricolare sinistra uguale od inferiore al 35%, secondo quanto riportato in diversi studi (anche nel recente trial BEST ICD), permette di identificare una percentuale compresa tra il 10.6% ed il 25% dei pazienti a rischio di morte improvvisa. Volpi e coll. hanno riportato che il rischio aritmico aumenta in maniera esponenziale in rapporto alla frazione d'eiezione calcolata con ecocardiogramma. Infatti, nel MADIT II questo è stato considerato uno dei criteri cardine per l'impianto di un defibrillatore.

Dallo studio MADIT I e dal MUSTT, si evince che l'inducibilità di aritmie minacciose può essere inclusa come criterio di eleggibilità per l'impianto del defibrillatore. Nel MADIT II invece, tale dato viene smentito: nel gruppo di pazienti con inducibilità di aritmie è stata riscontrata una minore incidenza di scariche dell'ICD. Questi risultati pongono serie questioni riguardo l'utilità dello studio per l'inducibilità delle aritmie nell'indicazione all'impianto di ICD.

Tutti questi parametri hanno un valore predittivo positivo basso ed uno negativo alto se presi singolarmente, pertanto l'approccio migliore è quello integrato. Quando sono considerati in modo integrato si riduce la sensibilità ad aumenta la specificità. Nella cardiomiopatia ipertrofica, i fattori predittivi di mortalità sono: uno spessore del setto interventricolare  $\geq 3$  cm, tachicardia ventricolare non sostenuta, sincope ed un'anomala risposta tensiva allo sforzo. Tali fattori, quando associati, fanno aumentare la mortalità in modo considerevole: infatti, tale dato aumenta al 64% a sei anni. Nella cardiomiopatia dilatativa, l'unico fattore predittivo appare essere la sincope. La frazione d'eiezione ridotta e le tachicardie ventricolari non sostenute non indicano invece l'utilità dello studio elettrofisiologico.

Tra le cardiopatie valvolari, è da ricordare la stenosi aortica dove sincope ed angina sono forti indicatori di rischio di morte improvvisa. Nel prolasso della valvola mitrale potrebbero avere un ruolo la familiarità per morte improvvisa e la presenza di una valvola mixomatosa e ridondante.

Nella displasia aritmogena del ventricolo destro, la dilatazione del ventricolo destro associato alla inducibilità di TV sono le maggiori variabili predittive di MCI. Nella sindrome del QT lungo, la sincope, la sordità e la variante LQT3 rappresentano un fattore di rischio con indicazione di classe I ad effettuare lo studio elettrofisiologico. Nella sindrome di Brugada gli indicatori sono rappresentati dalla familiarità e dalla sincope ma il valore dello studio elettrofisiologico non è ancora sicuro.

A tal proposito esistono dati contrastanti: secondo il gruppo Brugada, è importante eseguire lo studio elettrofisiologico nei pazienti con ECG di base con il tipico pattern della sindrome, mentre per il gruppo della Priori tale studio non ha valore. Nel trattamento di questi sottogruppi esistono diversi presidi terapeutici che comprendono sia terapie farmacologiche che non.

Tra i farmaci ricordiamo l'importante ruolo svolto dai beta-bloccanti che ha dimostrato una riduzione della MCI del 33%, secondo quanto riportato nella metanalisi di Yusuf: tale dato è stato recentemente confermato dal trial CAPRICORN che utilizzava il carvedilolo. Per quanto riguarda l'amiodarone, non è stato riscontrato lo stesso beneficio in quanto nei trial che utilizzavano l'amioda-

rone, la mortalità per MCI appare ridotta ma aumenta quella per altre cause. Tale farmaco appare efficace solo in pazienti con frazione d'eiezione inferiore al 30%, aritmie all'Holter, già in trattamento con beta-bloccanti ed una frequenza iniziale superiore agli 80 bpm.



Inoltre l'impiego di ACE-inibitori, statine, aspirina, PUFA n3 ha dimostrato di ridurre la MCI nel sottogruppo di pazienti con pregresso infarto miocardico. In particolare, si è osservata una riduzione del 20% di MCI nei pazienti che utilizzavano ACE-inibitori, secondo una metanalisi condotta su 15 trial. L'aspirina la riduce del 4% mentre la pravastatina nel LIPID del 17%.

La terapia non farmacologica comprende i defibrillatori impiantabili e la rivascolarizzazione miocardica. I defibrillatori hanno dimostrato di ridurre la mortalità totale e per morte improvvisa.

Nel MADIT I e nel MUSTT i criteri di inclusione sono stati: pregresso infarto miocardico acuto ed una frazione d'eiezione inferiore al 40%, la presenza di una tachicardia ventricolare all'Holter e di un test elettrofisiologico positivo per indicibilità di TV. Nel

MADIT I è stata dimostrata una riduzione della mortalità totale del 50% e del 64% nel MUSTT.

Nel MADIT II la riduzione di mortalità è stata del 31% per i pazienti con un pregresso IMA ed una frazione d'eiezione inferiore al 30%, senza necessariamente avere uno studio elettrofisiologico positivo. Nel CABG PATCH è stata dimostrata invece una scarsa importanza dell'impianto di un defibrillatore perché tutti sottoposti a rivascolarizzazione chirurgica.

Nella cardiomiopatia ipertrofica l'ICD è consigliato prima dell'assunzione di cordarone secondo quanto dimostrato da uno studio non randomizzato multicentrico coordinato da Barry Maron sul numero di scariche appropriate del defibrillatore impiantabile in prevenzione primaria. Nella cardiomiopatia dilatativa il trattamento da preferire riguarda l'impiego dei beta-bloccanti e degli ACE-inibitori, mentre l'ICD non sembra avere alcun valore protettivo come espresso dallo studio CAT. Gli stessi risultati sono stati riportati nello studio AMIOVIRT all'AHA 2000 che però non è mai stato pubblicato.

Nelle cardiopatie valvolari, la cardiocirurgia permette di prevenire efficacemente la morte improvvisa in caso di stenosi aortica. Nelle sindromi aritmogene ereditarie, non esistono delle indicazioni chiare per quanto riguarda la prevenzione primaria mentre per la sindrome del QT lungo è importante non somministrare farmaci che allungano il QT, evitare lo sport e si possono somministrare i beta-bloccanti.

Nel Brugada l'utilizzo dell'ICD è consigliabile nei pazienti che hanno avuto un episodio sincopale mentre è controverso in prevenzione primaria. Dall'analisi costo-efficacia sull'ICD bisogna considerare il costo per anno di vita salvato. Secondo quanto riportato nel MADIT II, tale device appare essere efficace negli anni ma secondo questo studio aumenta il numero di pazienti da trattare rispetto a MADIT e al MUSTT.

Nella *strategia post-evento* esiste una sensibilizzazione alla defibrillazione precoce ma c'è anche molta confusione, e le normative nazionali e regionali si modi-

ficheranno per dare indirizzi più chiari. Nel sistema di potenziamento del 118 di Firenze si è partiti potenziando le autoambulanze BLS, e formando operatori BLS, cominciando dalla polizia.

Nel 2002 è aumentato il numero del personale laico in grado di effettuare un BLS tra la polizia municipale ed anche tra i dipendenti del Comune di Firenze con il supporto anche dei Vigili del Fuoco.

Nel 2003 è in progetto la formazione di personale laico come istruttore, che già esiste per il BLS ma non per il BLS. Il progetto SAFE FLORENCE riguarda il public access defibrillation (PAD) e coinvolge l'area di Firenze con i suoi comuni e le associazioni di volontariato ed è sotto il coordinamento tecnico del 118. Il PAD ha bisogno di almeno un paio di anni per formare operatori ed organizzarsi sul territorio, considerando che almeno un anno è necessario per formare personale addestrato. I costi dei PAD sono stati presentati secondo un modello di potenziamento del personale e di riduzione dei tempi di intervento dagli attuali 6,5 min. a 4,5 min. (secondo le Linee Guida dell'AHA tale tempo dovrebbe essere entro i 3 min., ma risulta poco attuabile).

Secondo tale proiezione, si salirebbe ad una percentuale dei soccorsi dal 21 al 27% con una percentuale dei dimessi vivi pari al 13%. In questo primo anno di formazione dei PAD vengono reclutati 3.000 volontari, 500 VVE, 600 VVUU e 626 comuni, 1000 distretti ASL e 1000 tra strutture come banche e centri commerciali. Il costo attuale di Firenze Soccorso è di circa 98.000 euro ed il costo aggiuntivo nel primo anno sarebbe di 91.000 euro e negli anni successivi di circa 63.500. Nelle aree rurali, i costi diventano molto più alti e bisogna scegliere in campo politico ed etico se intraprendere tale scelta.

Per quanto riguarda gli ospedali, a Firenze è stato approvato il progetto ACRO che è tipo il 118 ma all'interno degli ospedali. Tale progetto si compone di due livelli: il primo che coinvolge i testimoni dell'arresto cardiaco con formazione al BLS, ed un secondo livello che invece riguarda l'area critica ovvero un livello di soccorso avanzato rapido, ACLS. La valutazione dell'arresto cardiaco è stata fatta con la scheda di UTSTEIN style e dal 1999 al 2002 sono aumentati i tentativi di resuscitazione.

L'ACRO intervento interviene ad arresto già avvenuto ma è importante sottolineare che l'arresto cardiaco va prevenuto poiché la squadra è relativamente inefficace e costosa. Inoltre, la mortalità tra i sopravvissuti è piuttosto alta. La maggior parte delle morti all'interno degli ospedali è dovuta ad asistolia o a PEA. Solo 1/3 degli arresti sono imprevisti e nelle 8 ore precedenti esistono importanti segni di deterioramento: la mancanza di rilevazione di tali segni è in parte responsabile della prognosi infausta di questi pazienti.

Esistono diverse strategie come il MET (Medical Emergency Team) che riesce ad intervenire sull'arresto e sulla gestione dei pazienti critici. In Inghilterra ha fornito ottimi risultati con una riduzione della mortalità dal 77% al 55%. Il MEWS consiste nella misura di uno score che analizza diversi parametri molto semplici quali la pressione sistolica, la temperatura, la frequenza cardiaca e quella respiratoria, la valutazione neurologica, la diuresi oraria.

Tale sistema è stato applicato in alcuni ospedali di Firenze per cui veniva allertato il sistema dell'area critica nei pazienti con score uguale o maggiore di 5 o con incrementi di 2 punti. L'Intensive Care Society ha proposto l'istituzione di un OUTREACH team che continua a seguire i pazienti anche dopo che escono dall'area critica. Probabilmente l'approccio integrato di questi metodi permette di migliorare la qualità della prevenzione della morte cardiaca improvvisa.



Per quanto riguarda invece la *gestione del paziente resuscitato* bisogna ricordare che la rimozione della causa dell'ischemia è sufficiente a garantire la riduzione del rischio di MCI. Nei pazienti con pregresso IMA invece la rivascolarizzazione non può porre rimedio su lesioni irreversibili.

Di per sé, la prognosi può migliorare forse perché aumentando la frazione d'eiezione migliora la stabilità elettrica. Un sottostudio dell'AVID ha dimostrato che i pazienti rivascolarizzati hanno un rischio di recidive inferiore. Tale dato appare essere in contrasto con uno studio non randomizzato di Lessmeier et al., condotto su 300 pazienti, in cui è stato riportato che le recidive co-

munque non venivano evitate dal by-pass.

Lo studio elettrofisiologico ad oggi ci permette di identificare diversi quadri: le tachicardie ventricolari monomorfe che indicano la presenza di un substrato stabile e che nel 70-80% dei casi non possono essere modificate dalla rivascolarizzazione, a differenza della FV che si riduce significativamente dopo PTCA o CABG. Ad oggi, però, si ritiene che lo studio elettrofisiologico non rivesta una grossa utilità in questo tipo di pazienti. Nei trial di prevenzione secondaria (DUTCH, AVID, CASH, CIDS) è stata confrontata la terapia medica (prevalentemente amiodarone) con ICD. L'ICD ha dimostrato di essere superiore, riportando una riduzione della mortalità che va dal 31 al 20% a seconda degli studi, soprattutto nei pazienti più gravi (frazione d'eiezione <40%). Secondo le linee guida europee, l'indicazione all'impianto di ICD è di tipo IA nei pazienti post IMA con TVS/FV resuscitata o mal tollerata. Per quanto riguarda le altre cardiopatie, l'ICD ha una indicazione di tipo I ma con una evidenza di tipo B o C. Anche nelle linee guida americane, l'ICD ha un'indicazione di tipo I nei pazienti che hanno avuto un arresto cardiaco (classe A) o con tachicardie ventricolari sostenute in pazienti con cardiopatie strutturali (tipo B).

Quindi, l'algoritmo di gestione dei pazienti resuscitati comprende l'identificazione di cardiopatie strutturali e l'intervento sulle patologie correggibili (ad esempio di PTCA o CABG su coronaropatia o sostituzione valvolare in caso di stenosi aortica). La terapia conservativa è proponibile nei pazienti con frazione d'eiezione conservata e con TV/FV da causa intercorrente o rimosibile.

## LA STRATEGIA DELL'ANMCO PER LA GESTIONE DEL PROBLEMA DELLA MORTE IMPROVVISA

**L**a strategia dell'ANMCO per la gestione della morte improvvisa, evento così drammatico sul piano sociale, si basa su tre punti: la conoscenza del problema, la formazione degli operatori e la programmazione degli interventi. È importante allora conoscere le dimensioni, le cause ed i meccanismi alla base della morte improvvisa, e verificare i risultati dei provvedimenti di cui disponiamo per contrastarla. Ad oggi le informazioni epidemiologiche sono incomplete e poco aggiornate, con dati su popolazioni relativamente piccole e con la maggior

parte dei dati si riferiscono ad una realtà non italiana.

Pertanto l'ANMCO in collaborazione con l'ISS e con l'AIAC, si è proposta di condurre uno 'Studio Epidemiologico sulla Morte Cardiaca Improvvisa'. Anche sui risultati del sistema dell'Emergenza medica non abbiamo ancora delle conclusioni attendibili per quanto riguarda il sistema del 118, il costo per vita salvata, la distribuzione ed il contributo del PAD. L'ANMCO ha proposto un 'Registro Italiano della Morte Improvvisa fuori dall'Ospedale e monitoraggio delle PAD (ANMCO SIS 118 IRC, AIAC SIARTI SIMEU) e l'AICARE 3, studio osservazionale regionale sull'arresto cardiaco extraospedaliero (ANMCO Emilia Romagna SIS 118, AIAC, IRC, SIMEU, SIARTI). Dal punto di vista della formazione, l'attività didattica si basa su un progetto educativo per cardiologi e medici di base in collaborazione con SIC, AIAC ed ASSOBIO MEDICA, con eventi accreditati ECM; sull'istituzione di un centro formazione ed un progetto educativo HCF sul ritardo evitabile nonché la stampa di un manuale BLS, ACLS su base ILCOR. I corsi educazionali e le campagne di formazione trattano di tre importanti argomenti: la stratificazione del rischio, la prevenzione ed il trattamento dell'arresto cardiaco. La stratificazione del rischio, pur essendo un aspetto ancora poco sviluppato, si basa sull'allargamento quanto più possibile dei mezzi e dei metodi di stratificazione disponibili e sul contributo alla sensibilizzazione della popolazione generale.

Il problema della morte improvvisa si correla bene con la prevalenza della cardiopatia ischemica e con i noti fattori di rischio, quali l'ipertrofia ventricolare sinistra, il fumo, la dislipidemia ed il diabete. Pertanto, la campagna educazionale riguarda la rete di prevenzione cardiovascolare con un'iniziativa HCF Salvacuore: la prevenzione del rischio cardiovascolare nel paziente diabetico. Anche nella prevenzione secondaria nei sottogruppi, l'ANMCO ha affermato l'importanza delle Linee Guida nell'impianto d'ICD, contribuendo ad estendere le indicazioni terapeutiche in associazione con SIC ed AIAC.

Nella prevenzione primaria esistono ancora incertezze per alcune condizioni cliniche come ad esempio quelle contemplate nel MADIT II i cui risultati vanno analizzati nei vari sottogruppi. L'ANMCO pertanto consiglia di analizzare caso per caso il rapporto costo/beneficio, di implementare le strategie operative MADIT e MUSTT e propone di attivare dei registri di survey per l'impianto d'ICD. La terapia dell'arresto cardiaco richiede inoltre operatori esperti ed aggiornati. L'ANMCO si preoccupa di formare operatori medici paramedici e laici, attraverso i Corsi BLS, ACLS e PLS riconosciuti dall'AHA, e propone un corso di eccellenza ANMCO-AIAC per la competenza clinica in elettrofisiologia clinica ed elettrostimolazione cardiaca.

La programmazione riguarda la formazione di un sistema d'emergenza medica con un approccio multidisciplinare integrato, cioè la prevenzione e la stratificazione del soccorso d'emergenza intra ed extraospedaliera, ed un sistema di gestione del paziente dopo la rianimazione a valle. Il ruolo del cardiologo si esplica con un'adeguata stratificazione del rischio e prevenzione, la gestione terapeutica dei pazienti resuscitati con un contributo per l'ottimizzazione e l'omogeneizzazione dei protocolli diagnostico-terapeutici concordati e condivisi con le altre professionalità. L'organizzazione riguarda il coinvolgimento del servizio dei 118 e la regolamentazione del PAD.

Si segnalano alcuni problemi aggiuntivi con gli apparati regolatori come la remuneratività del DRG e le gare d'appalto unificate, che penalizzano la qualità del servizio erogato.

*In un'atmosfera densa di entusiasmo e di vibrante senso d'appartenenza si è celebrato il ventennale del GISSI Prevenzione e si è aperta la Convention sulle 394 UTIC italiane, con la presentazione dei dati preliminari del BLITZ 2. Molto interessanti inoltre le sessioni sui Problemi e gestione del paziente con sindrome coronarica acuta, Il clinico incontra il ricercatore di base: terapia cellulare dell'infarto miocardico acuto e Come valutare il successo della riperfusione nell'IMA di cui si propone un breve riassunto insieme al Minimaster sulle sindromi coronariche acute.*

**I**n una gremmitissima aula della Fortezza da Basso si è svolto il Simposio **'Problemi e gestione del paziente con sindrome coronarica acuta'**. Sono state riportate le più recenti considerazioni sul trattamento delle sindromi coronariche acute NSTEMI, partendo dai risultati preliminari del BLITZ e passando in rassegna le nuove linee guida europee per la gestione di questo tipo di pazienti. In particolar modo, sono stati considerati gli aspetti della stratificazione del rischio, della terapia antiaggregante ed anticoagulante. Sono stati inoltre citati i risultati del trial CREDO che ha utilizzato il clopidogrel nel trattamento a lungo termine nei pazienti sottoposti ad angioplastica. Infine, la riflessione critica sull'applica-

bilità delle nuove linee guida alla realtà italiana. Durante la discussione, molte le domande dal taglio pratico: sul dosaggio del clopidogrel, in confronto alla ticlopidina, e su quando somministrarlo, se prima o dopo l'arrivo in emodinamica. (**Moderatori:** A. Boccanelli, L. Tavazzi; **Relatori:** F. Chiarella, G. Di Pasquale, D. Ardissino, M. Scherillo).

Successivamente, un importante dibattito si è svolto nella sala Brunelleschi che sicuramente segnerà l'inizio di un nuovo percorso culturale: **Il clinico incontra il ricercatore di base: terapia cellulare dell'infarto miocardico acuto**. Lo straordinario processo di sviluppo della biologia molecolare e della

genetica è infatti giunto ad un punto d'incontro con il mondo clinico. Le evidenze sperimentali e quelle cliniche sono state affrontate di fronte ad un nutrito panel discussants.

La rigenerazione rappresenta un importante processo omeostatico dei tessuti adulti ed oggi si discute molto su questa capacità del cuore e su come stimolarla. La terapia cellulare in campo cardiologico si basa sull'utilizzo di cellule che provengono dall'apparato ematopoietico oppure che si troverebbero nel cuore



stesso. Le cellule staminali possono essere d'origine embrionale o adulte (cioè che non hanno completato il differenziamento verso il miocardiocita), possono essere circolanti o residenti in alcune zone del cuore. Tali cellule in circolo possono essere mobilitate attraverso alcuni fattori di reclutamento o chemiotattici. Nella presentazione della componente sperimentale sono stati riportati diversi esperimenti tra cui l'impianto *in vitro* di mesangioblasti e l'impiego di una proteina (HMGB1) utilizzata per attrarre cellule nella sede dell'infarto. Sono state inoltre riportate le sperimentazioni *in vitro* sulle cellule residenti, secondo quanto dimostrato nei celebri esperimenti del Dott. Anversa. Tali cellule sembrerebbero essere localizzate in corrispondenza delle zone di minor stress parietale quali l'atrio e l'apice ventricolare. Il Dott. Maggioni ha invece commentato diversi studi clinici sulle cellule staminali utilizzate in tre gruppi di pazienti: end stage (cellule staminali midollari, mioblasti), angina non rivascolarizzabile (cellule staminali midollari e stimolazione con GM-CSF), e pochi giorni dopo infarto miocardico acuto (cellule staminali midollari). Nel TOPCARE-AMI è stato valutato il beneficio di una rivascolarizzazione miocardica associato o meno all'impianto di cellule staminali in 20 pazienti con infarto miocardico acuto. Dai risultati si evince un miglioramento del rimodellamento ma non si comprende se il beneficio è legato al bypass aorto coronarico o alle cellule staminali.

Nei casi di angina grave non rivascolarizzabile, è stato effettuato un impianto di cellule trans-endomiocardiche e secondo quanto riportato si osserva un dato interessante: la regressione della sintomatologia dolorosa.

Dalla discussione si è evinto che non si conosce ancora né che tipo di cellule impiantare, né in che quantità. I dati di cui si dispone appaiono contraddittori (per migliorare la frazione d'eiezione si varia dallo 0,02% al 67%). È inoltre necessario identificare una popolazione target e per questo è stata proposta la creazione di un registro. (**evidenze cliniche:** A.P. Maggioni, **evidenze sperimentali:** R. Latini; **panel discussant:** E. Arbustini, M. Capogrossi Colognesi, R. Ferrari, M. Introna, F. Mauri, F. Quaini, L. Tavazzi, G. Tognoni).

Nel seminario *How to Come valutare il successo della riperfusione nell'IMA* sono state presentate tre diverse modalità di valutazione dell'efficacia riperfusiva: l'analisi del tratto ST, il Myocardial blush e l'ecocontrastografia.

La risoluzione del tratto ST indica la riduzione di area a rischio ischemico. Secondo quanto riportato nel gruppo in cui non si assiste alla risoluzione del ST, si verifica una maggiore incidenza di morte per shock. Nell'ASSENT 3 è stata valutata l'efficacia della riperfusione proprio tramite questo parametro, dimostrando i benefici del trattamento proposto grazie ad un'alta percentuale di risoluzione del tratto ST. Per effettuarla in modo accurato, è importante verificarne l'andamento in modo continuo nel tempo e facendo ricorso a tutte le 12 derivazioni. Esistono 5 pattern di risoluzione del tratto ST:

Pattern 1: ST sopraslivellato in modo persistente, cioè in cui non è avvenuta la ricanalizzazione

Pattern 2: risoluzione del tratto ST senza rialzo, cioè ricanalizzazione avvenuta

Pattern 3: il picco di risoluzione è ritardato ma la risoluzione del tratto ST avviene stabilmente

Pattern 4: recupero del tratto ST seguito da diversi episodi di rialzo del tratto ST

Pattern 5: recupero tardivo.

Si segnala che la comparsa di riuclusione è legata ad un maggior numero di aritmie. Quindi il tratto ST permette di identificare una riperfusione efficace e sta-



bile e l'ischemia residua.

Il myocardial blush (MBG) utilizza un metodo semiquantitativo tramite l'interpretazione visiva della distribuzione del mezzo contrasto durante coronarografia, dopo il riempimento del circolo epicardico. Secondo Gibson, si considera il tempo di insorgenza (fine della circolazione arteriosa epicardica) e di lavaggio (fase venosa) cioè la latenza del transito del mezzo di contrasto nel microcircolo. È utilizzata questa scala:

- 0- non si verifica
- 1- si opacizza il ventricolo ed il contrasto rimane per più di tre cicli
- 2- si opacizza il ventricolo ed il contrasto va attenuandosi entro 3 cicli
- 3- si opacizza e rimane attenuandosi.

Secondo un'altra classificazione di Van't Hof:

- 0- non c'è contrasto
- 1- minimo residuo di contrasto
- 2- contrasto in circa tre cicli ma meno dell'altra arteria
- 3- contrasto in tre cicli ma come nell'altra arteria.

Secondo quanto riportato da Henriquez, un MBG di 0-1 è associato ad un'aumentata mortalità. Esiste un modello semiquantitativo basato sulla sottrazione d'immagine. La proiezione migliore è l'obliqua anteriore destra, registrata per 5-6 cicli cardiaci senza far respirare il paziente con un'acquisizione quando il catetere è vuoto.

La metodica ecocontrastografica permette di valutare il livello di perfusione miocardica ed è attualmente affetta dai seguenti limiti: l'attenuazione, la variabilità e gli artefatti dell'immagine legati al ciclo cardiaco tra sistole e diastole. Lo studio del fenomeno del *no reflow* con questo metodo ha permesso di valutare più dettagliatamente l'implicazione prognostica di una non avvenuta riperfusione. Tale applicazione, associata alla valutazione dell'estensione dell'asinergia, può fornire importanti indizi su una riperfusione fallita od efficace ed indicare la presenza di un parziale no-reflow.

(Moderatore: G. Rosato, Relatori: A. Di Chiara, F. Prati, D. Rovai).

## MINIMASTER

### OPTIMAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES

Coordinator: **C. Cavallini**

Faculty: **D. Ardissino, A. Betriu, S. Savonitto, R. Violini, F. Van De Werf, A.W. Van't Hof**

**A**rgomenti d'alto profilo scientifico ed impatto clinico sono stati affrontati durante questo seguito Minimaster. Le sindromi coronariche acute (SCA) con e senza soprasslivellamento del tratto ST sono state discusse dalla stratificazione del rischio alla terapia ottimale.

La stratificazione del rischio delle SCA senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTE), dalla cui corretta esecuzione dipendono l'efficacia dei trattamenti nonché vantaggi in termini di rischi/benefici e costi/benefici, prevede la suddivisione dei pazienti in classi a basso, intermedio ed alto rischio sulla base di variabili cliniche, elettrocardiografiche e bioumorali.

È fondamentale ottenere una stratificazione del rischio in tempi brevi (entro un'ora dall'arrivo in Pronto Soccorso) poiché un trattamento precoce è associato a migliori risultati in termini prognostici, sia a breve che a lungo termine. La stratificazione del rischio secondo le linee guida europee prende in considerazione: l'anamnesi e l'esame clinico; l'ECG a riposo ed il monitoraggio continuo del tratto ST (o frequenti ECG ove il monitoraggio non sia possibile); la determinazione dei livelli ematici di Troponina T o I al momento dell'accettazione e poi a 6 e a 12 ore. Inoltre, prevede la determinazione dei livelli di CK-MB in pazienti con recente insorgenza (6 ore) dei sintomi o con ischemia ricorrente dopo un IMA recente (< 2 settimane).

Secondo le linee guida europee, i pazienti con un alto rischio di sviluppare un IMA o di andare incontro a morte sono quelli con elevati livelli di Troponina, con ischemia ricorrente, angina ricorrente, variazioni dinamiche dell'ST (sottoslivellamento o sopraslivellamento transitorio), con angina precoce postinfartuale, diabetici, con instabilità emodinamica o con aritmie maggiori (FV o TV). Differentemente, nelle linee guida americane sono esclusi dal gruppo ad alto rischio i pazienti con angina precoce postinfartuale e diabetici e sono compresi quelli identificati ad alto rischio allo stress test, con funzione ventricolare sinistra depressa, con precedente CABG o con PCI entro sei mesi.

In questo gruppo di pazienti, diversi trial hanno dimostrato il vantaggio (in termini di riduzione di morte, IMA, regressione dei sintomi) della terapia interventistica vs una strategia conservativa. I vari tipi di strategia invasiva in caso di SCA NSTE sono: il fast track (su cui ci sono ancora pochi dati in letteratura); il trattamento invasivo precoce, cioè entro le 24-48 ore (per i pazienti a rischio alto o intermedio); il trattamento differito (più di 48 ore) e quello elettivo riservato a pazienti a basso rischio con angina o ischemia inducibile.

Per gli ospedali periferici che non sono provvisti di una sala d'emodinamica, è inoltre importante selezionare quale paziente con SCA NSTE debba essere trasferito presso un altro ospedale per essere sottoposto ad un intervento di rivascolarizzazione miocardica, e soprattutto individuare un corretto timing ed impostare un adeguato trattamento. Tutto ciò deve essere eseguito in tempi brevi, con attenzione al controllo dell'ischemia, a prevenire re-infarti, ed in modo tale da facilitare l'eventuale rivascolarizzazione meccanica.

In caso di SCA NSTE, tre trial randomizzati a doppio cieco di confronto con placebo hanno dimostrato l'efficacia dei beta-bloccanti in termini di mortalità ed eventi cardiovascolari (evidenza di tipo B). I nitrati, hanno confermato il loro beneficio con un'evidenza di tipo C: non ci sono trial randomizzati placebo-controlled. Per quanto riguarda i calcio-antagonisti varie metanalisi hanno chiarito che non apportano vantaggi in termini di morte o incidenza di infarto miocardico (evidenza B/C). Le linee guida europee enfatizzano l'utilizzo della terapia antitrombotica.

La terapia antitrombotica si avvale di aspirina, inibitori del recettore piastrinico IIb/IIIa, Clopidogrel (da soli o in associazione) e poi eparina non frazionata (UFH) ed eparine a basso peso molecolare (EBPM). Evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'aspirina, nel setting delle SCA NSTE, riduce l'angina refrat-

taria, l'incidenza di IMA e gli eventi cardiovascolari.

Diversi trial hanno ormai confermato i vantaggi degli inibitori IIb/IIIa in termini di riduzione di morte/infarto a 30 giorni. Il trattamento con IIb/IIIa deve essere considerato in tutti i pazienti con SCA e troponine elevate o nei pazienti programmati per una coronarografia con eventuale PTCA, soprattutto se diabetici. In caso di by-pass coronarico, gli inibitori IIb/IIIa devono essere sospesi entro 4 ore o al momento dell'intervento, con un buon profilo di sicurezza.

Secondo le recenti linee guida europee, il Clopidogrel deve essere somministrato a tutti i pazienti programmati per una PCI, per quelli in cui viene impiantato uno stent (CURE e PCI-CURE) o a quelli che non tollerano l'aspirina (CAPRIE). Tali trattamenti antitrombotici devono essere iniziati il prima possibile e continuati sino all'eventuale PCI.

Non esistono dati di evidenza scientifica sull'utilizzo dell'eparina in aggiunta all'

l'aspirina nel trattamento delle SCA NSTEMI ed il suo utilizzo è solo un'estrapolazione dei dati disponibili dai grandi trial clinici. L'UFH è inoltre legata a note limitazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche: essa è infatti inattivata da inibitori plasmatici; il legame alle proteine plasmatiche, alla vitronectina e fibronectina ne limita la quota ematica disponibile ed inoltre la marcata variabilità individuale nella risposta anticoagulante impone un intensivo monitoraggio laboratoristico.

Le limitazioni farmacodinamiche sono invece dovute al fatto che l'azione antitrombotica dipende da cofattori (antitrombina III,

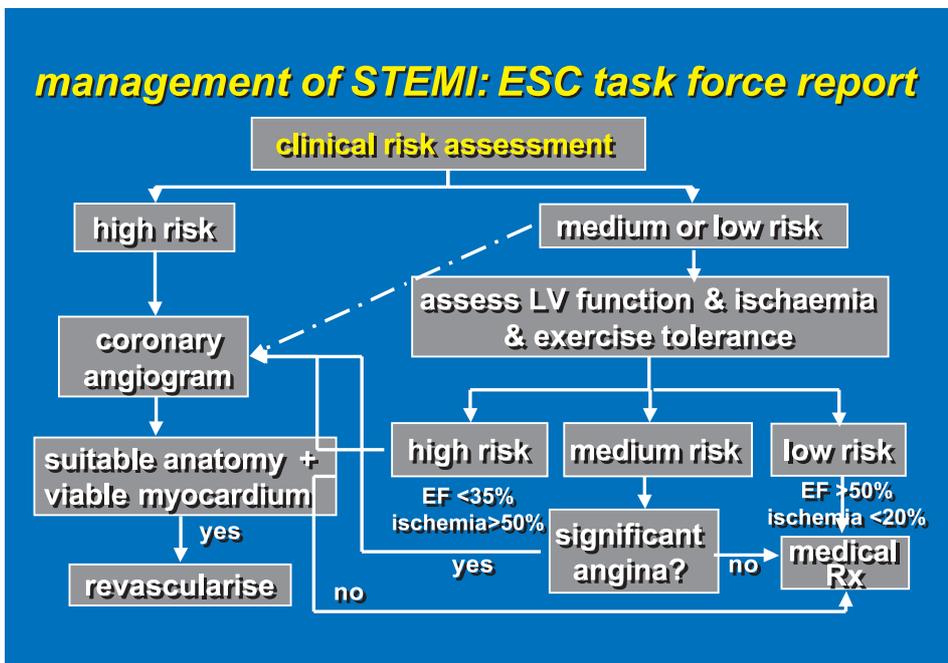
cofattore II); che l'attività sulla trombina è antagonizzata dai monomeri di fibrina ed inoltre non inibisce la trombina legata al trombo.

Le EBPM sono efficaci quanto l'UFH nel trattamento acuto delle SCA (ESSENCE E TIMI 11B), con un'evidente superiorità dell'Enoxaparina sulle altre EBPM. Sono stati inoltre presentati gli incoraggianti dati dell'A to Z trial, che ha randomizzato pazienti con SCA NSTEMI in trattamento con ASA e Tirofiban ad Enoxaparina e UFH al fine di valutare un end-point combinato di morte, infarto miocardico ed ischemia refrattaria.

I risultati hanno dimostrato un trend a favore dell'Enoxaparina in tutti gli end-point considerati, soprattutto nei pazienti ad alto rischio.

Anche in caso di SCA con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) la stratificazione del rischio è fondamentale per l'identificazione dei pazienti ad alto rischio di sviluppare eventi, rischio che aumenta col passare del tempo, al fine di prevenire la morte o il reinfarto ed è inoltre alla base del corretto management clinico-diagnostico del paziente (figura).

I pazienti ad alto rischio sono quelli con angina precoce o persistente, ipotensione, scompenso cardiaco persistente, aritmie maligne.



Langioplastica primaria non è un singolo intervento, ma è una catena di procedure che iniziano con la diagnosi di IMA e terminano con la dimissione del paziente. Essa è stata considerata nelle Linee Guida dell'ACC/AHA (1999) come un'alternativa alla trombolisi.

Da allora il numero di trial e di pazienti randomizzati è incredibilmente aumentato dimostrando i chiari benefici della PCI. Ad oggi, essa è il trattamento di scelta se eseguita da un team esperto, entro 90 minuti dal primo contatto medico (evidenza A); è indicata nei pazienti in shock ed in quelli con controindicazioni alla trombolisi (evidenza C). Langioplastica primaria è risultata più efficace della trombolisi anche quando il paziente viene trasferito da un ospedale periferico ad uno provvisto di emodinamica (PRAGUE 1 e 2, AIR-PAMI, MAASTRICHT, DANAMI 2).

Sono stati infine riportati i vantaggi del *cocktail* farmacologico di fibrinolitico, antitrombotici e antiplastrinici (TNK + aspirina + UFH per 48 ore, con frequente monitoraggio del PTT) che risulta essere il miglior regime litico attualmente disponibile per tutti i pazienti con STEMI, inclusi gli anziani.

Sono state evidenziate le attuali indicazioni alla terapia trombolitica da sola (quando non è possibile eseguire una PCI entro 90 minuti, o in caso di presentazione molto precoce); in associazione alla PCI (PTCA facilitata, su cui sono necessari ulteriori dati e studi randomizzati); in dose ridotta in associazione ad inibitori IIb/IIIa e PCI (FINESSE, ADVANCE-MI, CARESS); con IIb/IIIa in monoterapia (ON-TIME, TIGER, FINESSE, ADVANCE-MI).

## MAIN SESSION

### CONVENTION DELLE 394 UNITÀ CORONARICHE.

### LE UTIC NEGLI ANNI 2000: LE RISPOSTE CHE CERCHIAMO

*Moderatori: A. Boccanelli, L. Bolognese*

*Relatori: F. Rovelli, G. Rognoni, A. Mafri, G.L. Nicolosi, G. Di Pasquale, L. Sabbadin, C. Greco, C. Cavallini, M. Scherillo, F. Chiarella*

**C**on il documento FIC sulla *struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia* si è sancito un importante passo evolutivo, sia in termini culturali che organizzativi, nel considerare le unità coronariche (UCC) come unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC). L'UTIC è, infatti, l'elemento centrale per la risoluzione di problemi cardiologici complessi e l'interfaccia con le altre strutture del territorio. Questo cambiamento si basa sull'osservazione che l'epidemiologia della popolazione italiana – dei pazienti cardiopatici in particolare –, è cambiata: sono aumentate le richieste di prolungare e/o migliorare la vita ed è incrementato il numero di utenti sempre più informati e consapevoli.

Inoltre, l'ottimizzazione delle risorse permette di evitarne la dispersione facendo perdere autonomia e spazi alla Cardiologia. Oggi il Cardiologo deve saper affrontare in modi diversi i problemi relativi ad inusuali presentazioni delle sindromi acute, assumendo un ruolo di leadership in caso di pazienti multidisciplinari e nella gestione di sempre nuovi devices. Questo si esplica attraverso la modificazione della preparazione teorica, che considera l'impiego di nuove terapie, e attraverso la pianificazione di un nuovo network di organizzazione col-



laborativa interna e l'utilizzo di attrezzature *ad hoc*. I vantaggi risiedono nell'ampliamento delle conoscenze dei Cardiologi (upgrade strutturale, organizzativo e di tutto il personale) e nel consolidamento della leadership per il trattamento delle emergenze cardiovascolari, anche in pazienti multidisciplinari, confermando così il ruolo insostituibile del Cardiologo e della struttura cardiologica nel suo insieme.

Secondo quanto riportato dalle realtà di Emilia Romagna e del Lazio, i dati sul trattamento dell'infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST dimostrano che il 30% di questi pazienti non viene ancora oggi ricoverato in UTIC e che la mortalità in questo gruppo di pazienti è più che raddoppiata.

I progressi auspicati coinvolgono con forza anche l'interazione dell'UTIC/118/territorio e rafforzano e delinano meglio le competenze appropriate di tutti gli operatori delle UTIC (sia dell'Area medica sia dell'Area Nursing).

Il problema di un'organizzazione adeguata su tutto il territorio prescinde dalle risorse attualmente disponibili. In questo momento storico, tali risorse appaiono ridotte. È necessario pertanto un sistema organizzativo nuovo che riconosca la centralità gestionale delle UTIC per la rete dell'emergenza cardiologica, evitando la periferizzazione delle UTIC senza emodinamica e cardiochirurgia e facendo ricorso anche ad altre competenze professionali. Si è quindi sottolineato l'importanza di chiedere al 118 un atteggiamento chiaro (funzione di taxi e/o di assistenza?) con necessità di istituzionalizzarsi.

Anche le competenze mediche ed infermieristiche vanno progressivamente evolvendosi con una richiesta di maggiore professionalità da parte di tutte le figure operanti nelle UTIC. Infatti, se fino ad oggi si è lavorato sull'accreditamento delle strutture sanitarie, il passo successivo sarà quello di considerare la certificazione di eccellenza per i Cardiologi.

Sono state poi analizzate le problematiche relative alla gestione e al tipo di trat-

tamento da attuare nei pazienti con infarto miocardico acuto, con un confronto tra strategia farmacologica e meccanica. In base a quanto riportato, la terapia riperfusiva dell'IMA predominante nel 2000 rimane la terapia trombolitica. Secondo i dati del ministero della Sanità gli infarti in Italia sono circa 90.000, di cui 65.000 si presentano con ST sopraslivellato e di questi 26.000 sono trattati con trombolisi (dati Boehringer), mentre 6.600 con angioplastica primaria (dati del GISE). Soltanto il 65% degli infarti con sopraslivellamento del tratto ST viene riperfuso.

Appare quindi chiaro che il problema della riperfusione è ancora oggi sottostimato, rispetto alle reali esigenze sanitarie. Ci si pone inoltre il quesito su quale strategia terapeutica considerare: la trombolisi o la rivascolarizzazione meccanica? Lo studio CAPTIM ha sì dimostrato che l'angioplastica primaria rimane il trattamento migliore per la riduzione dell'end point primario composito di morte, infarto e stroke disabilitante ma, per quanto riguarda la mortalità, questa è maggiore nel gruppo di pazienti trattati con angioplastica primaria entro le due ore dal ricovero in ospedale.

Sulla base di questi dati, il documento FIC ha evidenziato come il trattamento interventistico di rivascolarizzazione nei pazienti con IMA con sopraslivellamento sia più indicato nei casi ad alto rischio quali i pazienti in shock, con controindicazioni alla trombolisi od in caso di trombolisi fallita. Inoltre l'efficacia è comprovata in pazienti con maggiore estensione dell'infarto, con predittori di shock (estensione del danno, tempo dall'esordio, rischio della lisi, tempo di trasporto) e con età maggiore di 75 anni (studio in corso Senior AMI).

Come già è stato dimostrato in diversi studi (GISSI 1, BLITZ) si può ancora migliorare sul ritardo evitabile, sia potenziando la rete organizzativa sia facendo ricorso ad una campagna di sensibilizzazione sulla popolazione generale.

La trombolisi preospedaliera potrà ridurre nei prossimi anni ulteriormente il problema del ritardo (Campagna ritardo evitabile).

Per quanto riguarda l'ottimizzazione della terapia farmacologica si è confrontata la sola fibrinolisi con la cosiddetta *combothrapy*. Secondo quanto riportato nello studio GUSTO V, i risultati della *combothrapy* non sembrano essere particolarmente migliori. I nuovi trombolitici (TIMI 31) potranno portare a nuovi benefici.

Il ricorso all'angioplastica è particolarmente indicato quando la fibrinolisi risulta inefficace o se vi sia il rischio di riocclusione. Per monitorizzarne l'efficacia si possono analizzare diversi parametri quali l'analisi della regressione del sopraslivellamento del tratto ST e del rapporto tra i biomarker tra T0/T60 min.

In sintesi per quanto riguarda la riperfusione farmacologica: l'efficacia può essere ottimizzata aumentando il numero dei pazienti trattati, riducendo i ritardi, praticando la lisi preospedaliera. Non vi sono ad oggi trattamenti farmacologici associati che modifichino i risultati, ma bisogna utilizzare al meglio quelli disponibili. Il monitoraggio della terapia riperfusiva è parte integrante della terapia farmacologica e la rende sinergica con quella interventistica.

Anche l'angioplastica primaria ha dimostrato importanti vantaggi e soprattutto di essere uno strumento valido nel trattamento dei pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST. Essa rimane la strategia riperfusiva di scelta per i centri con caratteristiche strutturali e organizzative adeguate. Per tutti gli altri centri, la decisione sull'eventuale trasferimento è basata sulla stratificazione del rischio di morte del paziente, sulla latenza dei sintomi e sul grado di efficienza del sistema. Ai pazienti a rischio elevato dovrebbe comunque essere ga-

rantita la possibilità di avere una rivascularizzazione meccanica. Si sottolinea come il ricorso all'angioplastica rescue va incoraggiato e come i risultati sull'esecuzione di un'angioplastica precoce dopo trombolisi efficace sembrino essere promettenti, ma manchino dati su larga scala per validarli. È necessario quindi essere pronti ed efficaci nell'effettuare l'intervento di riperfusione nei pazienti con

sopraslivellamento del tratto ST ed è anche importante cercare di organizzare adeguatamente il collegamento della rete UTIC-Emodinamica.

In base a quanto riportato in un documento della FIC la situazione del network emodinamica ed UTIC nel 2000 è così rappresentata: il 71% delle UTIC non ha un'emodinamica *on site*, mentre il 15% delle emodinamiche che possono effettuare interventistica non hanno UTIC *on site*. Le UTIC sul territorio che possono far riferimento ad un'emodinamica *on site* sono solo 111, in particolare sono così distribuite sul territorio: al Nord 1 UTIC-EMO/387.000 abitanti, al centro 1/563.000 mentre al sud arrivano a 1/781.000.

I bisogni organizzativi pertanto riguardano lo sfruttamento delle evidenze scientifiche, promuovendo la connessione UTIC-EMO e garantendo l'accesso appropriato alle UTIC-EMO ai pazienti con sindromi coronariche acute. L'organizzazione adeguata di quelle strutture in cui l'emodinamica abbia un'UTIC di riferimento prevede oltre ad un esperto staff di emodinamisti, anche un rianimatore reperibile h24 7 giorni/7, con la possibilità di richiedere una consulenza nefrologica, vascolare, neurologica ed ematologica.

Lo staff deve essere disponibile e tecnicamente adeguato con una cardiocirurgia di back up (secondo i recenti trial, la necessità di ricorso alla cardiocirurgia è stata pari a 0.31%). In base a quanto espresso dalle linee guida americane, europee e dal documento ANMCO-SIC, il volume di lavoro adeguato parte da un requisito minimo di 500 coronarografie/anno ad un ottimale di mille annue, di 300 PCI annue (ottimale 600/annue) e di primarie pari a 36/anno (ottimale secondo la FIC pari a 60/anno). Secondo il censimento annuale del GISE, la percentuale di PCI per IMA è pari al 15%. Pertanto, per realizzare un adeguato network UTIC-EMO bisogna ricorrere ad una commissione territoriale che organizzi, stipulando un documento, un adeguato percorso di gestione nelle comunità dei pazienti con sindromi coronariche acute.

La prima innovazione ha appunto riguardato il ricorso al mondo dell'informatica con un ottimo risultato: durante l'arruolamento dei 2.100 pazienti il data base ha funzionato per oltre 5.000 ore ed è stato interrotto solo per una piccola modifica di 8 min. Al 28/05/03, al momento dell'elaborazione per la presenta-



## BLITZ 2

Nonostante le perplessità iniziali sull'utilizzo di una raccolta dati informatizzata e derivante dalle numerose domande poste dai ricercatori sui risultati che si sarebbero ottenuti, nonché dal poco tempo intercorso tra l'approvazione del comitato ANMCO e l'inizio dell'osservazione, questo studio multicentrico ed osservazionale ha permesso di identificare l'epidemiologia delle sindromi coronariche acute NSTEMI in Italia. I centri coinvolti sono stati 92, in larga misura ospedaliera e con la partecipazione attiva anche di centri universitari.

La prima innovazione ha appunto riguardato il ricorso al mondo dell'informatica con un ottimo risultato: durante l'arruolamento dei 2.100 pazienti il data base ha funzionato per oltre 5.000 ore ed è stato interrotto solo per una piccola modifica di 8 min. Al 28/05/03, al momento dell'elaborazione per la presenta-

zione in anteprima al congresso ANMCO, i dati presentati sono parziali. I pazienti analizzati sono stati 1.023 in cui la descrizione è stata completa con un'età media di 68 anni con il 68% dei maschi.

Rispetto al Blitz 1 si è segnalato un aumento dei pazienti di età superiore ai 70 anni. Tra i fattori di rischio spiccano il fumo (58%) e l'ipertensione arteriosa (65%). Questa popolazione si presenta in situazione di compenso (Killip I-II). Un paziente su quattro ha un'importante anamnesi cardiologica: pregresso infarto (28%), angina cronica (19%) e pregressa PCI (14%). Il 42% dei pazienti che si presentano all'osservazione non riferisce dolore toracico: forse è per questo che questa patologia viene nella maggior parte dei casi sottostimata e mal interpretata. Inoltre nel 32% dei casi l'ECG appare muto oppure presenta alterazioni minime.

La sede dell'ischemia è prevalentemente anteriore ed 1/4 dei pazienti non approda alla cardiologia ma rimane in osservazione o viene trasferito in medicina. La coronarografia è effettuata solo nel 55% dei casi ed il 30% dei pazienti ha fatto una PCI mentre 3% CABG. Nello stesso ospedale si effettua la maggior parte delle procedure.

Esistono diversi significati di questo studio. Innanzitutto quello clinico: il BLITZ 2 getta luce su un mix di popolazione a diverso rischio identificando delle insidie costituite da sintomi e segni strumentali poco evidenti. Inoltre dal punto di vista metodologico internet non rappresenta un tabù per i cardiologi. Pertanto sempre più si lavorerà in rete con collegamento on line e paperless.

Tale risultato segna un importante successo per la cardiologia italiana in quanto la straordinaria risposta partecipativa e la confidenza informatica segnano il passo per la prontezza di sfide e per la raccolta delle informazioni.

## Martedì 3 giugno

*Particolare interesse ha destato la Sessione Plenaria di questa giornata in cui sono stati esaminati i seguenti punti: basi biologiche e molecolari dell'ipertensione arteriosa, relazione tra la pressione arteriosa e lo sviluppo di scompenso cardiaco; identificazione delle probabili cause; valutazione dei numerosi trial che hanno dimostrato come il trattamento dell'ipertensione possa prevenire lo sviluppo di scompenso cardiaco. La giornata è stata inoltre accentrata sul simposio che ha analizzato il rischio di infarto miocardico acuto in Italia. Sono anche riportate alcune delle relazioni più seguite del Congresso.*

**D**urante questo Simposio, sono state affrontate le più attuali problematiche legate alle **“Opzioni terapeutiche nelle sindromi coronariche acute (SCA) senza soprallivellamento del tratto ST (NSTE)”**.

Innanzitutto si è focalizzato il problema se le eparine a basso peso molecolare (EBPM) debbano essere utilizzate in ogni caso di SCA NSTE. In prima istanza, sono state riepilogate le basi molecolari ed il meccanismo d'azione delle EBPM evidenziando che, a differenza dell'eparina non frazionata (UFH), le EBPM sti-



molano molto meno l'aggregazione piastrinica (circa la metà). In conclusione, le EBPM hanno un effetto antitrombotico più potente e stabile nel tempo rispetto alla UFH, una maggiore facilità di somministrazione e sono più maneggevoli da assumere. Successivamente sono state considerate le differenze tra le varie molecole di EBPM, riportando i noti studi che dimostrano la superiorità dell'Enoxaparina.

Interessanti i dati clinici di confronto tra EBPM e UFH in caso di SCA NSTEMI che hanno rilevato una riduzione del rischio relativo (RR) di morte ed infarto non fatale del 33% nel gruppo di confronto UFH vs placebo, una riduzione dell'RR pari al 47% nel confronto EBPM vs placebo ed infine una riduzione del 12% tra EBPM ed UFH (differenza non significativa).

Altra stimolante tematica affrontata è stata l'opportunità di somministrare Clopidogrel ed aspirina a tutti i pazienti con SCA NSTEMI. Oltre a spiegare il razionale dell'uso in associazione di Clopidogrel ed ASA, sono stati citati i risultati dello studio CURE, in cui questo trattamento combinato ha ridotto significativamente, dopo un anno, l'end-point combinato di IMA ed ictus in tutti i pazienti con SCA (sia a basso che ad alto rischio).

In particolare, nel sottogruppo di pazienti sottoposti a PCI (sottostudio PCI CURE) si è registrata una riduzione del 31% degli eventi cardiovascolari ad un anno. Alla luce di questi risultati, l'ESC ha inserito il Clopidogrel nelle Linee Guida sul trattamento dei pazienti con SCA NSTEMI, escludendo i pazienti sottoposti a bypass aorto-coronarico entro cinque giorni.

È stata proposta una flow chart sul management dei pazienti ammessi con diagnosi di SCA NSTEMI: se devono sottoporsi ad una coronarografia entro le 24 ore, ci si astiene dalla somministrazione di Clopidogrel (che al massimo va dato dopo la coronarografia) in modo tale da non interferire con l'eventuale operazione cardiocirurgica; i pazienti che invece non devono sottoporsi ad una coronarografia entro le 24 ore possono subito assumere l'associazione di Clopidogrel ed ASA.

Sono stati infine presentati i risultati sulle metanalisi sugli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa.

proteine piastriniche IIb/IIIa. Mentre nell'ottica interventistica delle SCA NSTEMI l'utilizzo di inibitori dà risultati inequivocabilmente favorevoli secondo la recente metanalisi di Braunwald, nell'approccio conservativo il loro ruolo è molto discusso.

Nella metanalisi di Boersma, che ha confrontato 6 studi con più di 30.000 pazienti arruolati (età media: 64 anni), di cui il 56% con NSTEMI, a 30 giorni la riduzione della mortalità era del 6,2%, di morte e re-IMA dell'11,2%, l'incidenza di emorragie cerebrali dello 0,09% con aumento del rischio relativo per sanguinamenti maggiori del 62%. Secondo i dati del PRISM PLUS, l'efficacia degli inibitori è tanto maggiore quanto è più alto il TIMI risk score.

Quindi sicuramente gli inibitori devono essere somministrati nei pazienti con NSTEMI a rischio elevato, cioè quelli con troponine positive (studio CAPTURE), nei diabetici e nei pazienti con sottoslivellamento del tratto ST (studio PRISM PLUS), soprattutto nei pazienti candidati ad una rivascularizzazione miocardica mediante PTCA. (**Moderatore:** A. Branzi; **Relatori:** F. Ottani, G. Melandri, L. Oltrona Visconti).

Nella sessione **“Statine e prevenzione degli eventi cardio-cerebrovascolari: di quali conferme abbiamo bisogno?”** è stato discusso il controverso ruolo che l'ipercolesterolemia gioca come fattore di rischio per la coronaropatia e lo stroke. Se nell'ormai datato trial sui fattori multipli di rischio pubblicato su *New England Journal of Medicine* nel 1989 condotto su oltre 350.000 uomini bianchi di età compresa tra 25 e 57 anni (il Multiple risk factor intervention trial - MRFIT) emergeva una relazione ad U tra colesterolo e stroke, nella maggior parte dei principali studi prospettici epidemiologici la relazione tra qualsiasi misura di colesterolo e il rischio di stroke è minima (Framingham, metanalisi, ecc.) ed il ruolo del colesterolo come fattore di rischio per stroke rimane dubbio.

Nella metanalisi pubblicata su *Lancet* nel 1995 condotta su 450.000 soggetti che erano stati seguiti per una durata media di 16 anni, lo stroke è stato rilevato in oltre 13.000 partecipanti, ma un'associazione statisticamente significativa tra livelli basali di colesterolo e stroke non fu dimostrata dopo correzione dei dati per sesso, etnia e valori di pressione arteriosa diastolica.

Ciononostante, come ormai dimostrato dai grandi trial di prevenzione secondaria dello scorso decennio (4S, LIPID, CARE), la terapia a lungo termine con gli inibitori dell'alfa metil glutaril coA riduttasi (statine) riduce il rischio di stroke di circa il 25%, una riduzione simile a quella per l'IMA e la morte cardiovascolare.

Il riconoscimento precoce di quello che da più voci è stato chiamato *il paradosso dell'ipotesi colesterolo-stroke* ha dato il via ad intense ricerche su possibili meccanismi non lipidici della terapia con statine e alla ricerca di biomarker infiammatori che potrebbero essere forti determinanti dello stroke.

Molti degli effetti pleiotropici delle statine sono colesterolo indipendenti e causati dalla deplezione cellulare degli isoprenoidi, derivati dai prodotti intermedi della sintesi di colesterolo, che servono come molecole lipidiche di attacco per le modifiche posttraslazionali di molte proteine, come Ras e Rho, le quali giocano un ruolo fondamentale nella crescita cellulare, nella trasmissione dei segnali e nelle vie mitogeniche.

Molto importanti sono anche gli effetti delle statine sulla funzione endoteliale, che, considerati nel loro insieme, possono essere decisivi nella protezione del



cervello durante gli stati di compromissione del flusso cerebrale. Questi dati hanno condotto a una lettura alternativa del paradosso dello stroke. Il concetto della stabilizzazione di placca attraverso meccanismi antinfiammatori potrebbe essere lo strumento tramite il quale le statine riducono il rischio cerebrovascolare anche in assenza di elevati livelli di colesterolo LDL, in accordo all'evidenza crescente del ruolo della rottura di placca nella patogenesi dello stroke tromboembolico.

Alle evidenze cliniche già citate (4S, LIPID, CARE) sulla efficacia delle statine nella prevenzione dello stroke si sono recentemente aggiunte quelle del GREACE con atorvastatina (10-80 mg) in prevenzione secondaria e del HPS con sinvastatina 40 mg in pazienti con e senza coronaropatia.

Contrariamente allo studio ALLHAT che non ha mostrato nessun beneficio apparente dall'uso di statine in termini di riduzione di eventi cardiocerebrovascolari, probabilmente per il diffuso uso delle statine anche nel gruppo di controllo, lo studio Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT), multicentrico, internazionale di confronto tra 2 trattamenti, ha dimostrato una significativa riduzione di stroke fatale e non fatale in circa 20.000 pazienti ipertesi non dislipidemici trattati con statine in prevenzione primaria. Lo studio ASCOT, da un lato, si avvaleva di un disegno prospettico, randomizzato, in aperto, con endpoint di confronto tra 2 regimi antipertensivi.

Dall'altro, di un disegno in doppio cieco, controllato con placebo, di un agente ipocolesterolemizzante (Atorvastatina 10 mg) in un sottocampione di pazienti ipertesi, al fine di valutare se la terapia ipocolesterolemizzante nei pazienti ipertesi con livelli di colesterolo da normali a leggermente elevati (6.5 mmol/L [250 mg/dL]) potesse produrre un vantaggio aggiuntivo.

Dopo 3, 5 anni, il trattamento con Atorvastatina, pur non producendo differenze tra i 2 gruppi per la riduzione della pressione arteriosa, ha ridotto del 36% l'end-point primario (IM non fatale e CHD fatale). Inoltre ha ridotto gli endpoint secondari di ictus fatale e non fatale (27%), di eventi cardiovascolari e di procedure di rivascularizzazione (21%) e di eventi coronarici totali (29%).

In conclusione, il braccio lipidi dello studio ASCOT, interrotto precocemente dopo 39 mesi (18 mesi prima di quanto previsto), ha dimostrato che, in pazienti in trattamento antipertensivo e con livelli di colesterolo da normali a moderatamente elevati, l'Atorvastatina, già al più basso dosaggio, induce precoci e significativi benefici cardiovascolari in aggiunta alla terapia antipertensiva.

Sono stati in seguito analizzati i vantaggi delle statine nelle procedure di rivascolarizzazione miocardica. È ormai noto che le statine riducono l'incidenza di eventi clinici dopo procedure di PTCA o By-pass. In quest'ultimo caso, l'obiettivo terapeutico è il raggiungimento di livelli di LDL < 100 mg/dl.

Infatti, pazienti con tali livelli di colesterolo godevano di una riduzione di incidenza di progressione della coronaropatia, occlusione e nuove lesioni su by-pass venosi.

Le statine invece non sembrerebbero avere effetti sulla riduzione della percentuale di restenosi dopo PTCA (secondo studi condotti in epoca pre-stent). Di contro, è stato dimostrato che il trattamento con statine (Fluvastatina) vs placebo dopo 4 ore dalla procedura di PTCA, riduce significativamente l'incidenza di eventi cardiovascolari avversi, con un ipotizzabile effetto sulla progressione dell'aterosclerosi.

Infine sono state apportate considerazioni pratiche, tra razionale ed applicabilità territoriale, sulle attuali Linee Guida, con considerazione sulla delimitazione del profilo del rischio e sui livelli ottimali di colesterolo da ottenere, con nuove proposte sulle carte del rischio globale italiane. (**Moderatori:** A. Boccanelli, F. Crea; **Relatori:** B. Dahlof, I. de Luca, A. Gaspardone, A. Poli).

## IL RISCHIO DI INFARTO DEL MIOCARDIO NEGLI ITALIANI

*Moderatori:* A. Boccanelli, C. Schweiger

*Relatori:* D. Vanuzzo, M. Ferrario, S. Panico, S. Giampaoli

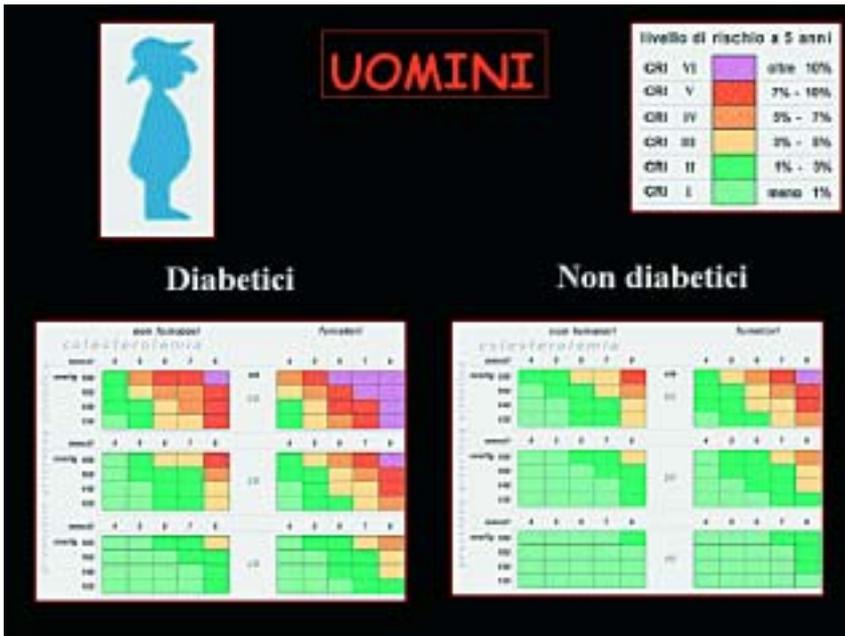
**L**a Carta del Rischio rappresenta un importante risultato raggiunto nell'ambito del Progetto Cuore, realizzato grazie alla collaborazione tra l'ANMCO e l'Istituto Superiore di Sanità. Negli ultimi anni sono stati intrapresi diversi studi longitudinali di vasta portata che hanno permesso la fruizione dei dati relativi a numerose popolazioni e soprattutto hanno permesso di realizzare le stime del rischio a livello nazionale, considerando le differenze tra età, sesso, periodo di osservazione e posizione socioeconomica.

Tutti i soggetti considerati sono stati seguiti in un periodo di follow up al fine di valutare la mortalità e la morbosità cardiovascolare, e di stimare quindi il rischio cardiovascolare e di infarto miocardico.

Per *rischio cardiovascolare assoluto* s'intende la probabilità di subire un evento cardiovascolare in un certo numero di anni.

Deriva storicamente dal rischio coronarico su gruppi di popolazione clinicamente sane che possono sviluppare il detto rischio. Il rischio assoluto osservato è dato dall'incidenza e dipende dalla popolazione osservata mentre il rischio relativo corrisponde al confronto tra il rischio degli esposti rispetto ai non esposti.

I *fattori di rischio* sono quelle condizioni che predicano un futuro evento nei



sani; alcuni sono non modificabili, come l'età, il sesso e la familiarità ed altri sono modificabili quali il tabacco, la pressione arteriosa sistemica, il colesterolo, il diabete mellito e i livelli di HDL.

Potendo intervenire sulle abitudini della popolazione, l'informazione gioca un ruolo importante sul rischio globale nel tentativo di modificare i fattori di rischio legati ad abitudini ed all'alimentazione.

La metodologia adottata deriva dal progetto MONICA-MONItoring for Cardiovascular disease. Essa è basata sull'identificazione degli eventi coronarici e cerebrovascolari attraverso l'appaiamento di informazioni ricavabili da due fonti di informazione: i certificati di morte (ISTAT) e le diagnosi di dimissione ospedaliera.

In questo studio il follow up ha riguardato 17 coorti, arruolate tra la metà degli anni 80 e 90, e seguite longitudinalmente fino al dicembre del 1998.

Sono state valutate le abitudini (tabagismo, sedentarietà), le caratteristiche demografiche (scolarità, stato civile, occupazione) ed i fattori biologici (colesterolemia, HDL-colesterolemia, glicemia, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, altezza). I fattori di rischio più sensibili appaiono essere l'età, la pressione sistolica, il fumo, il colesterolo totale, il dosaggio delle HDL, il diabete, ma non l'indice di massa corporea.

Il *modello cuore*, che presenta una maggiore sensibilità rispetto al PHS ed al PROCAM, ha permesso di individuare il BEST CUORE MODEL utile per predire l'infarto miocardico negli italiani.

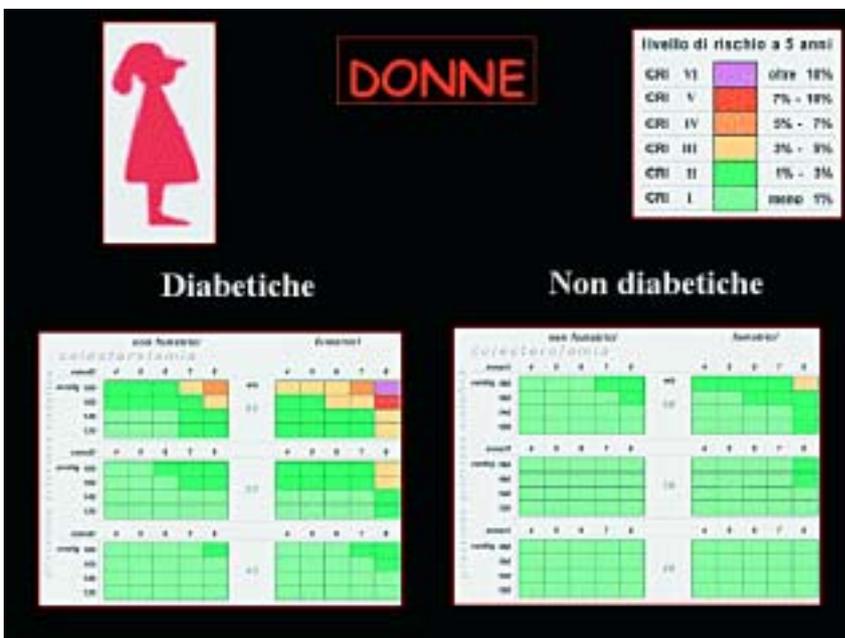
Tale modello stima la probabilità di ammalare per uomini e donne rispettivamente a 10 e a 5 anni (vedi figure).

La fascia più a rischio per gli uomini appare essere quella tra i 40 ed i 69 anni senza storia di patologia coronarica. Il plotting è stato eseguito considerando diabete/non diabete, fumatori/non fumatori.

Nelle donne, il rischio appare essere più basso ma rispetto al modello maschile il follow up è stato minore (cinque anni e non dieci). Tra i ricoveri ordinari per IMA nelle donne l'incidenza è stata molto

minore (nella fascia d'età compresa tra i 45 ed i 64 anni, il numero di ricoveri nelle donne è stato di 4.675 casi contro i 25.357 negli uomini).

Questo riflette l'importante problema della sottovalutazione dell'infarto miocardico acuto nella popolazione femminile.



## MAIN SESSION

# DALL'IPERTENSIONE ARTERIOSA ALLO SCOMPENSO CARDIACO

Moderatori: **E. Ambrosioni, P. Verdecchia**

Relatori: **D. Levy, E. Arbustini, G. de Simone, I. de Luca, J. Staessen, F. Clemenza**

**L**ipertensione arteriosa è presente nei paesi industrializzati con un'elevata prevalenza. Essa è direttamente correlata a morbilità e mortalità per stroke, scompenso cardiaco (SC), cardiopatia ischemica ed insufficienza renale.

La pressione arteriosa (PA) è un tratto complesso ovvero influenzato da diversi fattori, sia genetici sia non geneticamente determinati. Dall'insieme di dati ottenuti da modelli animali e da popolazioni umane, si stima che i fattori genetici pesino per il 50% sulle variazioni di PA. Il numero di geni contributori noti non è però ancora ben delimitato.

È importante l'identificazione dei geni che influenzano l'ipertensione: essi possono essere legati a disordini con trasmissione mendeliana che hanno una scarsa prevalenza nella popolazione generale, oppure geni candidati, alcuni dei quali in linkage con l'ipertensione essenziale. A tal proposito, sono stati identifica-

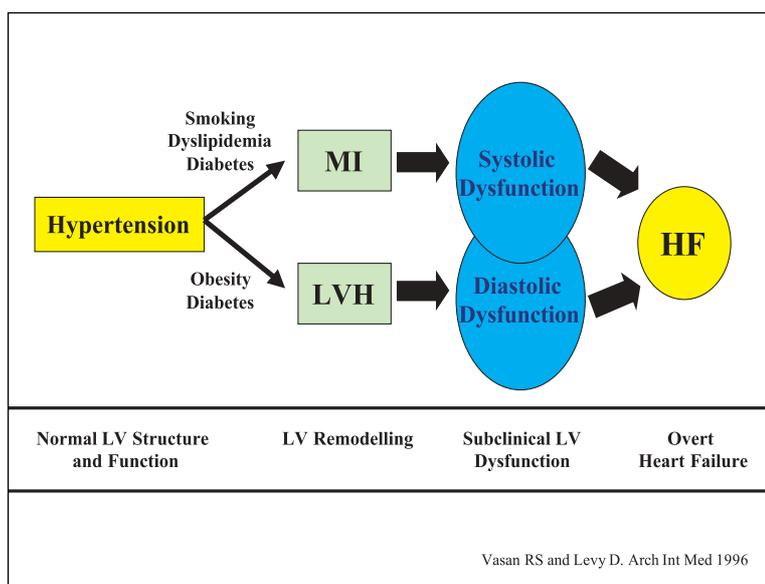
ti oltre 100 geni proposti come contributori dei valori di PA, con risultati molto limitati nella popolazione generale (AGTR1, AGTR1A, AT2R1, ADD1, GNB3, NOS2, NOS2A, HYT1, PNMT, ecc.).

Trial clinici e studi sperimentali hanno dimostrato che lo scompenso cardiaco rappresenta lo stadio finale di una serie di eventi che dai fattori ad alto rischio (stadio A delle Linee Guida ACC/AHA sullo SC) evolve verso la disfunzione ventricolare sinistra asintomatica (stadio B), a quella sintomatica (stadio C) fino allo SC refrattario ai trattamenti (stadio D). Il Framingham Heart Study è un vasto studio epidemiologico che ha incluso 5.143 soggetti senza iniziale scompenso cardiaco con un follow-up di 14,1 anni. Durante il periodo di follow-up, 392 soggetti hanno sviluppato un SC (di cui il 54% erano donne; età media di 73 anni). Tra i 392 pazienti con SC, 357 (91%) erano ipertesi (> 140/90 mmHg; il 79%

con ipertensione arteriosa allo stadio 2), e 35 non lo erano. Il rischio relativo calcolato di sviluppare SC per i pazienti ipertesi era 2,1 per gli uomini e 3,4 per le donne. Il rischio di sviluppare uno SC era attribuibile all'ipertensione per il 39% dei maschi ed il 59% delle donne.

Esiste quindi una netta relazione tra ipertensione arteriosa e sviluppo di SC la cui progressione postulata è la seguente (vedi figura): da un lato, con l'aggiunta di fattori di rischio quali fumo, dislipidemia ed diabete, può svilupparsi un infarto miocardico con conseguente rimodellamento ventricolare sinistro che porta a disfunzione sistolica; dall'altro, l'ipertensione e l'associazione di obesità o diabete può portare ad ipertrofia ventricolare sinistra, rimodellamento ventricolare e quindi disfunzione diastolica.

Bisogna considerare che in presenza di SC con frazione d'eiezione conservata



spesso si assiste ad una severa compromissione della meccanica parietale non diagnosticata (disfunzione sistolica medioparietale): essa sembrerebbe legata ad un *disarray* della matrice extracellulare che porta i cardiomiociti a lavorare su un pavimento di matrice che non favorisce più la loro contrazione e rilasciamento, con conseguente caduta di contrattilità miocardica indipendentemente dallo stato inotropo.

Con strumenti diagnostici non invasivi possiamo identificare il momento di passaggio tra una fase di compenso e scompenso individuando quegli step che conducono, attraverso l'ipertrofia parietale, la necrosi e la fibrosi interstiziale, alla disfunzione sistolica (medioparietale e diastolica) prima, ed alla franca disfunzione sisto/diastolica poi.

Quindi due devono essere gli obiettivi nel trattamento e nella prevenzione dello SC nel paziente iperteso: il riconoscimento precoce dell'ipertensione arteriosa, dell'ipertrofia ventricolare e della disfunzione ventricolare sinistra in fase asintomatica; ed il trattamento precoce ed aggressivo dell'ipertensione e della disfunzione ventricolare asintomatica.

Molti studi hanno valutato l'accuratezza di tecniche diagnostiche per il riconoscimento precoce della disfunzione ventricolare asintomatica. L'ECG ha una scarsa sensibilità con un valore predittivo negativo elevato; per il riconoscimento dell'ipertrofia parietale il criterio Perugia ha una sensibilità del 34% ed una specificità superiore al 90% in ipertesi non complicati.

Di contro, la metodica ecocardiografica è ideale per il riconoscimento precoce della disfunzione ventricolare asintomatica, e oltre a note caratteristiche di ampia disponibilità e di relativo basso costo, permette di ottenere informazioni complete sull'ipertrofia parietale, sulla diagnosi eziologica e sugli indici di funzione ventricolare sistolici e diastolici. Il calcolo della massa ventricolare sinistra ottenuta mediante M-Mode costituisce il parametro ecocardiografico di riferimento per lo studio dell'ipertrofia parietale, importante fattore predittivo per lo sviluppo di SC.

L'ecocardiografia consente di ottenere una valutazione completa del paziente con disfunzione ventricolare asintomatica poiché permette il riconoscimento di pattern normali o di alterata funzione diastolica mediante varie tecniche come il Doppler TDI, il Color-Doppler e monodimensionale. Per lo screening dei pazienti da sottoporre ad esame ecocardiografico è stato proposto l'uso del BNP e del suo precursore inattivo, markers sensibili di disfunzione ventricolare e che mostrano anche un'elevata accuratezza diagnostica.

In conclusione, è stato ampiamente dimostrato da vari trial clinici di confronto che il trattamento dell'ipertensione arteriosa riduce di circa il 50% il numero di ospedalizzazioni per SC rispetto al placebo.

I trial STOP-1 e Syst.China hanno dimostrato che la riduzione della pressione arteriosa sistolica riduce il rischio di SC rispettivamente del 51 e 58%. Tutto ciò è indipendente dal trattamento antipertensivo utilizzato. Nei trial in cui si è confrontata la strategia farmacologica convenzionale (diuretici o beta-bloccanti) con ACE-I (HOPE o PROGRESS trial) o ARBs si è dimostrata un'efficacia simile.

Tuttavia, sebbene le evidenze sperimentali abbiano dimostrato che il controllo della pressione arteriosa possa prevenire lo sviluppo di SC, sfortunatamente solo il 28% degli ipertesi in Italia ha una pressione controllata (< 140/90 mmHg). È necessario quindi un miglioramento del controllo della pressione arteriosa per prevenire ulteriormente lo sviluppo di SC nella popolazione.

## LE INIZIATIVE DELL'ANMCO

**S**ecundo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare italiano, la prevalenza complessiva di ipertensione arteriosa (IA) negli uomini è del 33% e del 30% nelle donne. Le percentuali di soggetti efficacemente trattati sono inaccettabili: solo il 43% dei soggetti ha valori inferiori a 160/90 mmHg, valori pressori oltretutto molto generosi secondo le correnti Linee Guida.

Lo studio PRATIK è un registro francese che ha coinvolto circa 3.000 medici di base ed ha incluso circa 15.000 pazienti ipertesi, suddivisi in 3 gruppi in base alla distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolare. La percentuale di soggetti trattati efficacemente era minore nel gruppo ad alto rischio, in cui non era in uso la terapia antipertensiva d'associazione.

Ciò può essere dovuto al fatto che questi sono pazienti più difficili da trattare o che sviluppano una resistenza alla terapia. È da notare che i medici non sono sufficientemente aggressivi nella prescrizione dei farmaci (soprattutto nelle terapie d'associazione). Vi è quindi un potenziale miglioramento ancora da raggiungere modificando la cultura e di conseguenza la pratica clinica reale.

Finora gli sforzi maggiori delle comunità scientifiche si sono concentrati sulla ricerca di nuovi trattamenti per lo SC già manifesto ma poco si è fatto per prevenirlo, soprattutto nei soggetti ad alto rischio.

I modelli d'integrazione organizzativa proposti dall'ANMCO partono dalla considerazione che in Italia esistono 724 ospedali dotati di degenza cardiologica (di cui il 51% dotati d'UTIC). Esistono inoltre ambulatori dedicati all'ipertensione nel 37% delle strutture ospedaliere e nel 50% delle universitarie; ambulatori di cardiologia preventiva nel 10% delle strutture ospedaliere e nel 22% delle universitarie.

I possibili modelli operativi di prevenzione proposti dall'ANMCO sono: uno più complesso, di unità di epidemiologia e cardiologia preventiva; l'altro è basato sulla realizzazione di strutture più semplici e di minor costo (ambulatori cardiologici per la prevenzione cardiovascolare). Qualunque sia il tipo di struttura che si occuperà di questi problemi avrà una connessione telematica (già esiste un software prevenzione che è in fase di distribuzione).

I requisiti che deve avere un ambulatorio cardiologico per l'ipertensione arteriosa sono:

- 1) possibilità di soddisfare l'utenza (risorse umane e materiali sufficienti per l'ampia richiesta);
- 2) strumentazione idonea:
  - autonoma (sfigmo, bracciali, ecg, eco)
  - in consulenza: esami di laboratorio di routine e specifici, eco renale e surrenale, TC, angiografia;
- 3) orientamento al rischio cardiovascolare totale (grande importanza alla diagnosi ed al trattamento degli altri fattori di rischio come dislipidemia e fumo);
- 4) orientamento epidemiologico (follow-up): archivio pazienti, periodiche visite di controllo, rilevamento eventi cardiovascolari, ricerca clinica.

Oltre agli aspetti organizzativi, l'ANMCO ha proposto un progetto di ricerca: il *CHF-Prevenzione*. Esso parte da 3 priorità clinico-epidemiologiche: 1- l'identificazione precoce dei pazienti ipertesi a rischio di SC; 2- il riconoscimento della disfunzione contrattile ventricolare sinistra in fase a/paucisintomatica; 3- il trat-



tamento precoce e aggressivo dell'ipertensione arteriosa, in particolare nei pazienti ad alto rischio di SC.

Il CHF-Prevenzione è un registro nazionale di soggetti affetti da ipertensione arteriosa non controllata dal trattamento farmacologico (terapia individualizzata), che si propone di arruolare 1700 pazienti circa in 70 Centri e prevede un follow-up di 2 anni. Saranno effettuate indagini cliniche e strumentali (basali e ad 1 anno) come esami laboratoristici di routine, dosaggio del BNP, ECG, Ecocardiogramma, monitoraggio ambulatoriale della PA e automisurazione domiciliare della PA, allo scopo di identificare i parametri predittivi di evoluzione verso la disfunzione ventricolare sinistra e lo SC.

I criteri di inclusione sono i seguenti: consenso informato; età > 60 aa; ipertensione arteriosa scarsamente controllata dal trattamento farmacologico. Il cut-off pressorio per pazienti ad alto rischio (diabetici o BMI > 27 Kg/mq) è 150/100 mmHg; per pazienti a rischio inferiore (non diabetici o BMI < 27 Kg/mq) è 160/105 mmHg.

Gli end-point primari saranno: 1. Scompenso cardiaco; 2. Disfunzione ventricolare sinistra sistolica (FE < 45%); 3. Disfunzione ventricolare sinistra diastolica (pattern di riempimento restrittivo; rapporto E/A < 0.5).

**Mercoledì  
4 giugno**

*Il Congresso si è tradizionalmente concluso con la presentazione degli studi clinici dell'ANMCO. Di seguito riportiamo un breve riassunto sui principali temi affrontati nel minimaster sullo scompenso cardiaco avanzato.*

## MAIN SESSION

### GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO

*Moderatori: A. Boccanelli, A.P. Maggioni*

*Relatori: C. Opasich, P.A. Ravazzi, C. Schweiger, P. Giannuzzi, L. Tavazzi*

#### **BetablockeRs IN patients with congestive heart failure. Guided Use in clinical Practice (BRING-UP-2 Study)**

Nonostante numerosi studi controllati abbiano dimostrato che la terapia beta-bloccante sia in grado di ridurre la mortalità e la necessità di riospedalizzazioni in pazienti con scompenso cardiaco (SC) cronico sintomatico, questi farmaci sono notoriamente sottoutilizzati nella realtà clinica.

Il precedente studio osservazionale BRING-UP era stato pianificato per diffondere il trattamento beta-bloccante nella pratica clinica italiana, con un approccio controllato per garantirne la massima sicurezza.

Lo studio ha dimostrato che il 25% dei pazienti arruolati tra il gennaio ed il feb-

braio 1998 era già in trattamento con beta-bloccante ed un altro 27% ha iniziato il trattamento dopo la visita d'arruolamento. Dopo un anno di follow-up, il 50% dei pazienti con SC era in trattamento beta-bloccante.

Tuttavia, se nella popolazione totale dei pazienti con scompenso cardiaco i beta-bloccanti possono essere utilizzati su larga scala, poche informazioni sono disponibili sul profilo d'applicabilità, sicurezza ed efficacia nei sottogruppi di pazienti sottorappresentati nei grandi trial ma così frequenti nello scenario clinico quotidiano.



Gli obiettivi dello studio BRING-UP 2 sono stati la valutazione dell'applicabilità, della sicurezza e dell'outcome valutato in termini di morte e reospedalizzazione, della terapia beta-bloccante in specifici sottogruppi quali gli anziani e quelli con scompenso cardiaco severo (FE <0.25 e sintomi a riposo o da minimo sforzo). Lo studio aveva anche lo scopo di valutare le caratteristiche cliniche ed epidemiologiche e l'utilizzo di risorse in questi sottogruppi con SC ad alto rischio di morte e reospedalizzazione con follow-up a 6 e 12 mesi. Criteri d'esclusione erano la presenza di controindicazioni al trattamento beta-bloccante.

Lo studio, multicentrico e osservazionale, ha incluso 2.019 pazienti, arruolati in 96 Centri (1.594 pazienti in 76 Cardiologie e 425 pazienti in 20 Medicine). L'età media è risultata

di 72±10 anni, 34% di sesso femminile, 63% in classe NYHA III-IV.

Tra i 2.019 pazienti totali, 1.518 appartenevano al gruppo dei pazienti anziani (età ≥ 70 anni) mentre 709 a quello dei pazienti con SC severo.

Il 40% dei pazienti era già in trattamento con beta-bloccanti, mentre è stato iniziato al momento dell'arruolamento in 574 casi (28,4%).

Al follow-up dopo 6 mesi, la mortalità totale del gruppo anziani era del 7% (10,4%, 5% e 4,6% rispettivamente tra i pazienti senza beta-bloccante, con beta-bloccante iniziato all'arruolamento e tra quelli già in trattamento con beta-bloccante). Ad 1 anno la mortalità totale scendeva al 6,7% (7,6%, 6,1% e 6,2% rispettivamente tra i pazienti senza beta-bloccante, con beta-bloccante iniziato all'arruolamento e tra quelli già in trattamento con beta-bloccante). Nel gruppo con SC severo invece la mortalità totale era del 10,9% a 6 mesi e del 6,4% ad 1 anno.

### **GISSI-HF**

Negli ultimi 30 anni, sono stati apportati notevoli progressi nella prevenzione e nel trattamento delle patologie cardiovascolari, come dimostrato da una marcata riduzione della mortalità per infarto miocardico acuto ed ictus. Nonostante ciò, l'incidenza e la prevalenza dell'insufficienza cardiaca sono in aumento, soprattutto in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, e la mortalità e la morbilità rimangono significative (50% a 5 anni). Mentre le terapie mirate specificamente al sistema cardiovascolare sono state ampiamente sperimentate nel trattamento dei pazienti con insufficienza cardiaca, poco si sa sul ruolo potenziale d'interventi nutrizionali o metabolici.

L'idea del gruppo GISSI è stata quella di verificare un'ipotesi di tipo metabolico che è assolutamente originale nel panorama di ricerca in questo settore. Lo studio GISSI-HF ha l'obiettivo di valutare il profilo di rischio/beneficio degli n-3 PUFA e delle statine in pazienti con scompenso cardiaco (SC) sintomatico, d'ogni età e con o senza segni di compromissione della funzione ventricolare sinistra.

L'ipotesi n-3 PUFA deriva dai risultati dello studio GISSI-Prevenzione che han-

no indicato che un trattamento di 3 anni con n-3 PUFA è in grado di ridurre significativamente (21%) la mortalità totale nel post-infarto dopo 3 mesi di trattamento dall'inizio dei sintomi. Un'analisi a posteriori ha mostrato che la causa di decesso che era maggiormente ridotta dagli n-3 PUFA era la morte improvvisa (circa la metà dei decessi dei pazienti con SC sono classificati come morte improvvisa) e che l'efficacia degli n-3 PUFA sulla mortalità totale e improvvisa in un sottogruppo di circa 2.000 pazienti con disfunzione del ventricolo sinistro o SC è simile a quella osservata nella popolazione generale. Studi sperimentali hanno inoltre dimostrato che gli n-3 PUFA hanno effetti antiaritmici e anti-fibrillatori.

L'ipotesi dell'utilizzo delle statine deriva invece dal fatto che, poiché la causa principale di

SC è la cardiopatia ischemica, la sua prevenzione potrebbe essere un modo per rallentare la progressione dello SC. Un'analisi a posteriori dello studio 4S ha mostrato che l'uso di statine, in pazienti con cardiopatia ischemica senza segni di SC, può prevenirne l'insorgenza.

Inoltre, studi più recenti suggeriscono che una terapia con statine può avere effetti benefici diversi da quelli diretti sulla sintesi del colesterolo. Questi dati incoraggiano a verificare se i pazienti con SC possano beneficiare di una terapia con statine.

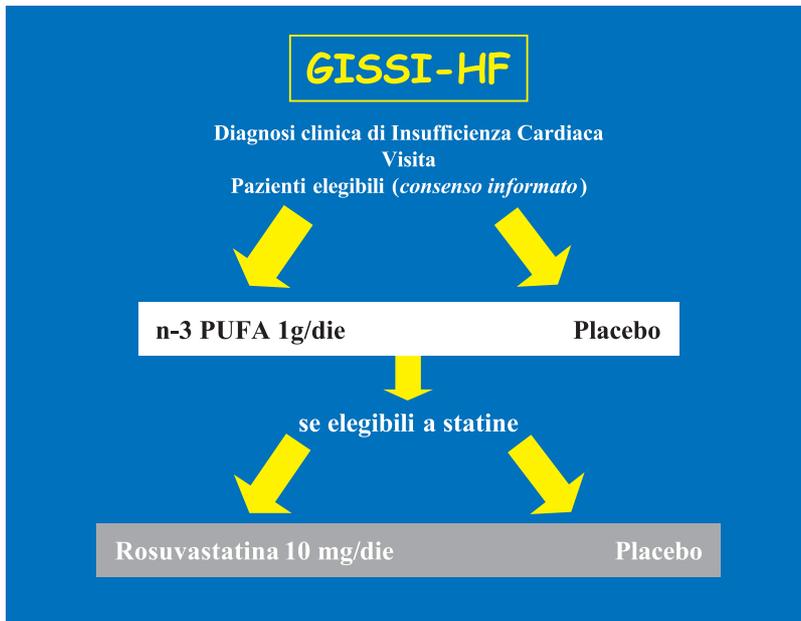
Il trial GISSI-HF è uno studio prospettico, multicentrico, in doppio cieco, controllato con placebo, che prevede l'arruolamento di più di 7.000 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco (NYHA II-IV) randomizzati, in un disegno fattoriale 2 x 2 (vedi figura), a n-3 PUFA vs placebo (Randomizzazione 1) e a Rosuvastatina vs placebo (Randomizzazione 2) e seguiti per 3 anni.

Il paziente deve essere trattato al meglio delle terapie oggi raccomandate per lo SC (in particolare, ACE-inibitori, beta-bloccanti, diuretici, digitale, spironolattone, quando indicati).

La superiorità rispetto al placebo di una terapia a lungo termine con n-3 PUFA e/o rosuvastatina sarà valutata sulla base di una riduzione della mortalità cardiovascolare, mortalità cardiovascolare o ricovero per insufficienza cardiaca, mortalità improvvisa, ricovero per ogni causa e per cause cardiovascolari.

### CARDIOSCREEN

È un registro nazionale a cui hanno aderito più di 50 Centri di Cardiologia e che ha arruolato 35.518 pazienti dimessi, con lo scopo di fornire ai Centri parteci-



panti un software che consenta di elaborare direttamente i propri DRG (Diagnosis Related Groups). Tra i pazienti arruolati, 12.565 sono stati dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco (31%), infarto miocardico acuto (43%) ed angina instabile (26%). Sono stati ottenuti dati osservazionali sulle caratteristiche cliniche dei pazienti affetti da tali patologie cardiovascolari e sulla prescrizione dei farmaci più o meno appropriati. È stato possibile, inoltre, monitorare sul campo il reale percorso diagnostico/terapeutico dei diversi Centri cardiologici italiani correlandolo ad alcuni indicatori di gravità ed alle tipologie delle strutture partecipanti, suddivise in ospedali con letti di cardiologie (tipo I), con UTIC (tipo II), con emodinamica (tipo III) e con cardiocirurgia (tipo IV).

### **PROGETTO REGISTRO SINDROMI CORONARICHE ACUTE ANMCO-HEART CARE FOUNDATION-ISS**

È un registro per lo studio degli outcome delle sindromi coronariche acute (SCA) con l'obiettivo di definire le caratteristiche demografiche ed i principali indicatori prognostici delle SCA, col progetto di creare un registro permanente. Questo studio multicentrico, prospettico, osservazionale della durata di 18 mesi, prevede la partecipazione di 70 centri di Cardiologia con posti letto e 45 centri di Medicina Interna.

Saranno inclusi nello studio pazienti consecutivi dimessi (vivi, morti o terminali) con diagnosi di IMA ST-sopra o con nuova insorgenza di BBS e pazienti con SCA senza soprasslivellamento del tratto ST.

È previsto l'invio dei dati alla dimissione e a 6 mesi con un follow-up che si avvale di una visita ambulatoriale.

### **GOSPEL**

Malgrado esistano evidenze sull'efficacia di diverse strategie nella prevenzione secondaria dell'infarto, il management riabilitativo del post-infarto rimane ancora controverso.

Lo scopo del GOSPEL, studio clinico e multicentrico, è di verificare a lungo termine l'efficacia di 2 diverse strategie di prevenzione secondaria in termini di morbilità e mortalità. Le 2 strategie sono state confrontate in termini di: modificazione degli stili di vita, compliance al trattamento, profilo metabolico, profilo pressorio, morbilità/mortalità, costo/efficacia.

A questo studio hanno partecipato 78 servizi di riabilitazione cardiologica che, al momento hanno randomizzato 3.241 pazienti con IMA recente (entro 3 mesi dall'insorgenza dei sintomi), escludendo quelli con gravi patologie concomitanti e con età maggiore di 75 anni.

I pazienti sono andati incontro ad un periodo di riabilitazione di 3-6 settimane e poi randomizzati a 2 strategie:

- 1- Trattamento intensivo che si avvale di un programma educativo multifattoriale di stile di vita (dieta, esercizio, fumo, gestione dello stress) e trattamento farmacologico ottimizzato per ridurre il rischio.
- 2- Trattamento "usual care" (gruppo controllo) con indicazioni generali e non strutturate.

Il follow-up del gruppo "intensivo" si avvale di una valutazione clinica, di un test ergometrico e di un prelievo ematico a 6, 12 mesi ed ogni anno (sino a 3 anni).

Il gruppo controllo andrà incontro ad un follow-up libero secondo le abitudini del centro di riabilitazione.

# MINIMASTER. LE APPROPRIATE STRATEGIE DI TRATTAMENTO NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO

Coordinatori: **G. Cacciatore, F. Clemenza**

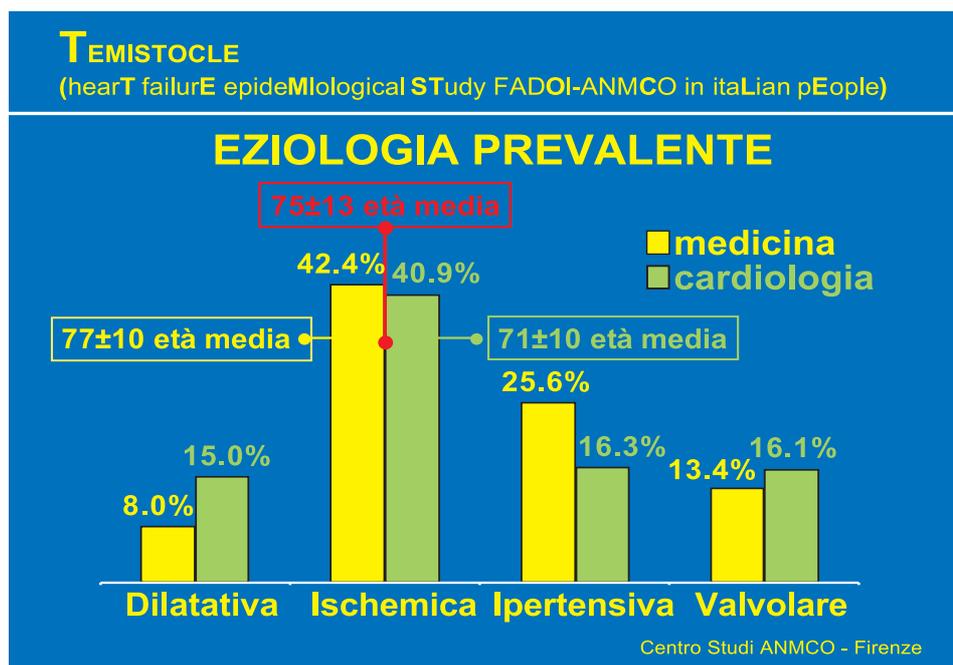
Faculty: **O. Alfieri, A. Auricchio, A. Di Learda, F. Oliva, M. Porcu, A. Schieppati, G. Sinagra, P.L. Temporelli**

**L**o studio TEMISTOCLE (vedi figura), già presentato nel 2001, ha fotografato l'epidemiologia dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco (SC) in Italia. Gli obiettivi dello studio erano di identificare le differenze tra i pazienti ricoverati per SC in Cardiologia e Medicina in termini di caratteristiche cliniche, utilizzo di risorse, trattamento e prognosi in una larga popolazione rappresentativa dello scenario clinico reale. Questo studio prospettico è stato condotto su 2.127 pazienti consecutivi con SC acuto ricoverati nel corso di dieci giorni d'osservazione (tra il 14 ed il 25 febbraio 2000) in 417 strutture italiane, 167 cardiologie o 250 reparti internistici.

I pazienti arruolati nelle cardiologie, rispetto a quelli trattati dagli internisti, erano più giovani (56.3% >70 anni vs 76.2%,  $p < 0.0001$ ), lamentavano sintomi più severi (NYHA IV 35% vs 28.9%,  $p=0.0009$ ), erano sottoposti più frequentemente alla valutazione ecocardiografica della funzione ventricolare sinistra (89.3% vs 54.8%,  $p < 0.0001$ ) e ad altre valutazioni strumentali come la coronarografia (7.5% vs 0.9%,  $p < 0.0001$ ) e la ricerca di ischemia con test da sforzo (8.5% vs 1.4%,  $p < 0.0001$ ).

Inoltre, mentre per pazienti dimessi dalle cardiologie era più frequente la prescrizione di beta-bloccanti, l'indicazione al trattamento con ACE-inibitori ed inibitori dell'Angiotensina II (78.7% vs 81.5%,  $p=NS$ ) non era significativamente diversa. Tuttavia, malgrado una degenza media piuttosto lunga (circa 11-12 giorni), la frequenza delle valutazioni strumentali (ad eccezione dell'eco), così

come la frequenza dei pazienti trattati con beta-bloccanti (17.8% vs 8.7%,  $p < 0.0001$ ), è stata piuttosto bassa. La mortalità intraospedaliera (5.2% vs 5.9%,  $p=NS$ ) è stata simile nei due gruppi. Dopo 6 mesi di follow-up, la mortalità (13.9% vs 16.7%,  $p=NS$ ) e la frequenza di riammissioni ospedaliere (43.7% vs 45.4%,  $p=NS$ ) erano simili. Lo scompenso cardiaco avanzato è risultato avere una prevalenza del 4-5% dei casi totali di SC, un'incidenza del 0.2/1000 (1.5/1000 in età 70-80 aa) con una maggiore prevalenza nel sesso maschile rispetto al femminile (3:1).



Ha un'attesa di vita simile a quella di altre malattie "maligne" (mortalità ad 1 anno pari al 35%; morte + ospedalizzazione: 81%; a 5 anni: mortalità 69%). I pazienti con SC cosiddetto refrattario hanno invece una mortalità più elevata, sebbene minore rispetto a neoplasie gravi e AIDS (a 1 anno: mortalità 50-75%; a 2 anni: > 90%). Sono questi, i pazienti spesso non dimissibili o con necessità di supporto inotropo domiciliare e che presuppongono costi elevatissimi a carico del SSN.

I criteri diagnostici maggiori di SC avanzato sono una FE < 30% ed una valutazione della classe funzionale NYHA III e IV o peak VO<sub>2</sub> < 14 ml/kg/min. Criteri minori sono invece i seguenti:

- 1) terapia standard da 3 mesi
- 2) norepinefrina plasmatica > 900 pg/ml
- 3) ipertensione polmonare (V<sub>max</sub> > 2.5 m/sec)
- 4) iponatriemia (Na < 130 mmol/L)

Questi pazienti sono soggetti a frequenti ospedalizzazioni per SC o non possono essere dimessi con sicurezza; sono in attesa di trapianto cardiaco; hanno bisogno di continui supporti e.v. per migliorare i sintomi o hanno necessità di *mechanical assist device*.

I goal emodinamici auspicabili in questi pazienti sono: una PCWP < 15 mmHg; delle SVR < 1.200 dynes.sec.cm<sup>-5</sup>; il raggiungimento di una RAP < 8 mmHg e di una pressione sistolica > 80 mmHg.

Il raggiungimento di questi obiettivi, con terapia *tailored*, per la cui guida sempre più importanza assume un monitoraggio non invasivo, identifica un gruppo addirittura a prognosi migliore, in cui l'indicazione al trapianto può essere rinviata o annullata.

I presidi farmacologici attualmente in uso in caso di SC avanzato sono i seguenti:

- Morfina
- Diuretici e.v.
- Vasodilatatori:
  - Nitrati per os/e.v.
  - Nesiritide, che agisce sul recettore per il BNP (vedi VMAC trial)
  - Tezosentan (Antagonista del recettore ET)
- Conivaptan (Antagonista del recettore V<sub>1A</sub> e V<sub>2</sub>)
- Farmaci inotropi:
  - Dobutamina, Inibitori delle fosfodiesterasi
  - Levosimendan, sensibilizzante del Ca (come stabilito dal LIDO trial).

Una terapia diuretica "aggressiva" nello scompenso refrattario deve essere praticata, secondo le Linee Guida ACC/AHA, in pazienti con una malattia strutturale cardiaca avanzata e sintomi di SC a riposo nonostante una terapia massimale.

Bisogna però considerare che esiste un adattamento cronico alla terapia diuretica nel paziente con SC avanzato, il cosiddetto *Braking Phenomenon* che si manifesta con una progressiva riduzione della risposta natriuretica ad ogni successiva dose; una riduzione del volume circolante effettivo, con un aumento del riassorbimento prossimale; un aumento del riassorbimento distale dovuto all'aumentata disponibilità di sodio; con adattamenti strutturali e funzionali delle cellule tubulari (come l'ipertrofia ed iperplasia cellule epiteliali tubulari e la necrosi, apoptosi e fibrosi interstiziale a livello del sito d'azione).

A causa di un'alterata compliance del paziente o per cause iatrogene, si può, col



tempo, sviluppare una resistenza ai diuretici, cioè un'impossibilità ad ottenere un bilancio sodico negativo e ad incrementare la diuresi nonostante elevate dosi di furosemide o la restrizione adeguata dell'apporto di sodio.

Il trattamento non farmacologico dei pazienti con SC instabile/refrattario si avvale di terapie collaterali quali la fisioterapia, l'ossigenazione e la nutrizione e di provvedimenti maggiori come la contropulsazione aortica/assistenza meccanica, l'assistenza ventilatoria e l'ultrafiltrazione. Quest'ultimo è un provvedimento terapeutico supplementare a disposizione nel paziente con SC severo, che ha innalzato il limite della refrattarietà, ma a cui sono legati problemi di ordine tecnico-esecutivo ed economici.

Esso inoltre apporta un miglioramento clinico ed emodinamico (senza sostanziali interferenze su funzione contrattile), una correzione degli squilibri neuroendocrinali, una riattivazione della diuresi e la possibile ripresa dell'efficacia della terapia diuretica.

È stato poi discusso il ruolo dei device di assistenza ventricolare (IVAD). Sono pompe meccaniche, normalmente composte da pompe, cannule di prelievo ed immissione, progettate per sostituire la funzione di ventricoli insufficienti e ripristinare una normale emodinamica ed un'adeguata perfusione degli organi bersaglio.

Tutto ciò fa comprendere come il ruolo di una moderna UTIC in caso di SC avanzato passa attraverso giuste dotazioni tecniche e professionali.

Sono stati infine proposti modelli gestionali di integrazione tra ospedale e territorio poiché gli Ospedali sono destinati ad occuparsi sempre di più dei pazienti acuti e gli ambulatori specialistici e dello SC cronico non possono farsi carico della gestione di tutti i pazienti con SC. Il miglioramento delle cure passa quindi attraverso un progetto integrato ospedale-territorio in continuità assistenziale tra le diverse figure coinvolte (team multidisciplinari).

I pazienti più "fragili" necessitano di un programma intensivo di assistenza domiciliare multidisciplinare (MMG + infermiere, con la consulenza del cardiologo/internista) eventualmente con l'ausilio della tecnologia telematica.

## CARDIONURSING 2003: UNA SODDISFAZIONE... AL DI LÀ DEI NUMERI!!

Il Congresso Cardionursing di quest'anno ha definitivamente segnato il trend di una presenza sempre più importante degli infermieri a questo appuntamento. Gli infermieri iscritti al Congresso erano ben 2.777 (!), e mai Firenze, fuorché durante i momenti congressuali, è stata città più sicura dal punto di vista sanitario: in quei giorni infatti era più elevata la probabilità di imbattersi, nei bar, per strada e nei ristoranti, con un cardiologo o un infermiere di Cardiologia che non in un fiorentino.

Si potrebbe ipotizzare che il numero di iscritti dipenda dall'effetto crediti ECM, ma, di fatto, il numero è cresciuto negli anni a prescindere da questo: infatti nel

2001, quando i crediti non erano ancora "operativi", c'erano già 667 partecipanti.

"Cardiologia negli Ospedali" propone, in questo numero, una carrellata di impressioni e osservazioni sulle tre giornate congressuali così intensamente vissute.

Insieme con i contributi di alcuni componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing, sono stati raccolti qua e là alcuni giudizi "volanti", richiesti "a caldo", al di fuori dalle aule congressuali.

### I "numeri" del Cardionursing 2003

2.777	Infermieri iscritti
11	Seminari
4	Simposi
1	Focus on
9	Sessioni di comunicazioni
1	Sessione poster
3	Minimaster
1	Convention UTIC
60	Moderatori
80	Infermieri Relatori
26	Medici Relatori
20	Docenti Minimaster

### I TEMI DEL CONGRESSO

**Il Congresso ha affrontato diversi temi, sia clinici che organizzativi, con un'attenzione, forse più forte rispetto agli altri anni, all'assistenza al paziente:** la rassegna che segue ne riprende solo alcuni.

Uno dei temi affrontati, di grossa attualità data la carenza di infermieri e che, molto verosimilmente, non troverà soluzioni nell'immediato, è il problema della delega o affidamento delle attività assistenziali alle figure di supporto con pre-

parazione inferiore rispetto a quella dell'infermiere. È stato affrontato il concetto di delega sia dal punto di vista teorico (per arrivare alla conclusione che non si può parlare di delega ma di affidamento di un'attività a personale che abbia le competenze per svolgerla) per passare ad esempi concreti. Anche se questo dibattito è meno presente nei reparti di unità coronarica, è utile tenere un occhio vigile in modo che

questi cambiamenti siano governati dagli infermieri e non da spinte amministrative che spesso non tengono conto dei problemi dei pazienti,

I pazienti anziani sono sempre più presenti nei reparti sia per acuti che per cronici e ai problemi specifici legati alla patologia si aggiungono quelli legati all'età anziana: il disorientamento, la confusione, il delirio. Spesso in Sanità manca una

*Il Congresso ha affrontato diversi temi, sia clinici che organizzativi, con un'attenzione, forse più forte rispetto agli altri anni, all'assistenza al paziente*



comunicazione tra settori diversi che hanno sviluppato esperienze e risposte ai problemi: la Cardiologia deve dialogare con la geriatria e scambiare esperienze e risposte.

I 20 anni degli studi GISSI che hanno visto un ruolo importante dell'ANMCO nella ricerca cardiologica a livello internazionale hanno dato l'avvio ad una sessione di riflessioni sullo scenario futuro delle unità coronariche.

Per la prima volta è stata organizzata una sessione congiunta con medici ed infermieri per riflettere sulle competenze minime che chi lavora in Cardiologia deve avere. Lucia Sabbadin nel suo intervento ha sottolineato l'importanza dell'autoformazione e sottolineato il ruolo fondamentale dell'integrazione tra medici ed infermieri.

Le telecomunicazioni dominano incontrastate, oggi, nella nostra vita: la Cardiologia, nella sua grossa parte di diagnostica strumentale, è pronta ad utilizzare al meglio questi strumenti, che non intendono, ovviamente, allontanare o, peggio, rinnegare il significato del rapporto umano con il paziente, ma piuttosto rappresentare una forma di "strategia organizzativa" soprattutto nei confronti della continuità assistenziale: avere la possibilità di realizzare un monitoraggio domiciliare dei parametri basali (elettrocardiogramma, pressione arteriosa, frequenza cardiaca) di alcune categorie di pazienti dimessi dall'ospedale, ad esempio, si traduce in un miglioramento della qualità dell'assistenza con un considerevole risparmio di costi e minori disagi al paziente. In questa sessione sono state presentate esperienze pratiche di collegamento ospedale-territorio e si è discusso sul contributo del personale infermieristico all'organizzazione e alla gestione di questi servizi.

Una delle sessioni che ha suscitato maggiore discussione è stata quella sui *protocolli di assistenza*: gli infermieri di 3 centri diversi hanno illustrato i principali interventi assistenziali che vengono garantiti nei loro centri dopo PTCA, ablazione, impianto di pacemaker definitivo ed ICD. Non è una novità per nessuno scoprire come, pur nell'epoca dell'Evidence Based Medicine e Nursing esista ancora una grossa diversità di metodi, pratiche e materiali tra i centri. Il confronto ha consentito di analizzare le differenze, discutere le motivazioni, analizzare le basi scientifiche dei comportamenti.

Il *Risk Management* ha suscitato grande interesse anche se funestato dall'assenza improvvisa, per cause di forza maggiore, del relatore principale e da grandi difficoltà tecniche di un altro relatore. Gli aspetti emersi dimostrano la realtà della problematica associata alla difficoltà culturale, metodologica e medico legale ad applicare, nel nostro Paese, modelli più efficaci di gestione del rischio. Ma anche l'importanza di studiare organizzazioni e contesti per tutelare maggiormente sia gli operatori che i pazienti e del fare dell'errore un'occasione di apprendimento.

Le *Cure palliative in Cardiologia* stanno diventando uno dei temi di attualità: infatti la gestione del paziente cronico nella sua fase terminale è sempre più frequente. È un'area nella quale mancano risposte e dove occorre fare ricerca. L'esperienza più importante di gestione dei sintomi si ha per i pazienti oncologici: ma la dispnea di un paziente con scompenso va gestita diversamente (per strategie assistenziali e farmacologiche) da quella di un paziente oncologico, e lo

stesso vale anche per altri sintomi. È diverso anche il percorso, caratterizzato da momenti di riaccutizzazione e ripresa. Nella sessione sono emersi i problemi che gli infermieri incontrano nell'assistenza, e la necessità di una maggiore cultura delle cure palliative anche in cardiologia.

*La competenza degli infermieri nelle cardiologie.* Quali competenze debba avere un infermiere che lavora in cardiologia è una delle domande a cui ha cercato di rispondere Lucia Sabbadin nella sua relazione alla Convention delle UTIC in comune con i cardiologi. Cosa fanno effettivamente gli infermieri che lavorano in cardiologia ed unità coronarica, quali pazienti assistono, quali farmaci somministrano, quali tecniche eseguono, è una delle domande a cui ha cercato di dare risposta uno studio dell'Area Nursing dell'ANMCO con un'indagine pilota che ha coinvolto un campione di cardiologie ed unità coronariche di 4 regioni. In effetti quello che viene richiesto agli infermieri varia da sede a sede. È utile descrivere quali sono le attività frequenti e quali quelle eseguite più raramente non solo per identificare le attività "core" ma anche per accreditare i corsi di formazione e di perfezionamento.

*I trial clinici e le implicazioni per l'assistenza infermieristica.* Cosa significa per un infermiere partecipare ad un trial clinico e quali sono le opportunità e problemi è stato l'argomento di una sessione che ha visto confrontarsi 4 punti di vista sullo stesso tema: i problemi del trasferimento delle conoscenze dalla sperimentazione clinica ai propri pazienti; la partecipazione degli infermieri ad una sperimentazione clinica e l'interazione con la componente clinica, in un ruolo di raccolta dati ed informazione al paziente; cosa si può e si deve fare quando si organizza una sperimentazione clinica in reparto: dalle riunioni informative, alla valutazione del carico di lavoro, alle modifiche all'organizzazione dell'assistenza.

Ed infine, le sperimentazioni cliniche sui farmaci possono anche essere l'occasione per attivare uno studio e raccogliere risultati complementari a quelli del trial. L'esempio del GISSI-QDF (valutazione della qualità di vita, funzioni cognitive e stato funzionale nei pazienti del trial GISSI-HF ha fatto vedere nel concreto come è possibile rendere complementari la ricerca clinica con quella assistenziale.

Assistenza in DH. In questo ambito viene messa in particolare evidenza il ruolo di grande autonomia organizzativa dell'infermiere responsabile anche in questo caso esponendo vari modelli organizzativi ed esperienziali: in questo contesto grande importanza potrebbero avere le attività mediche delegate.

## **I MINIMASTER**

I Minimaster sono stati caratterizzati da una forte domanda (tanto che si è dovuto aumentare, ove possibile data la capienza delle aule previste, il numero dei partecipanti da accettare) e da una partecipazione attiva, nonostante i partecipanti siano stati costretti ad un *tour de force*, dato che le lezioni si svolgevano prima dei lavori congressuali o durante gli intervalli.

Minimaster SCA: ha avuto grande successo e si è dovuto estendere le iscrizioni da 25 a 40 persone; è stata adottata una didattica attiva partendo da un breve aggiornamento sull'argomento, focalizzandosi su esperienze ritenute di riferimento, e successivamente dando spazio ad un'ampia discussione in cui sono stati affrontati collegialmente gli aspetti più salienti dell'argomento e soprattutto focalizzandosi nei vari modi possibili per consentire di adottare, nel proprio contesto operativo, le esperienze esposte dai relatori.

Minimaster sullo scompenso cardiaco: è il terreno su cui più vaste sono le espe-



rienze di gestione infermieristica, non soltanto nei paesi anglosassoni ma già anche in diverse realtà italiane. Il Corso ha pertanto sviluppato le problematiche assistenziali del paziente con scompenso cardiaco acuto e refrattario ed anche cronico. La conduzione delle lezioni è stata affidata al *team* del Niguarda (Frigerio, Oliva, Gilardi), un gruppo con specifica e indiscutibile esperienza sul tema. Minimaster sul ruolo dell'infermiere in prevenzione cardiovascolare: sono stati riproposti, con aggiornamenti e sia pure in forma necessariamente più sintetica, i temi del Corso Learning che, nell'ultimo anno, ha riscosso grande successo tanto da richiederne la replica in diverse regioni d'Italia. Nel campo della prevenzione, primaria e secondaria, c'è grande spazio per la figura dell'infermiere,

ed il Corso ha sviluppato anche gli aspetti relativi alla comunicazione interpersonale infermiere/paziente come elemento utile a rafforzare il messaggio a scopo preventivo.

### LE 10 MIGLIORI COMUNICAZIONI

I gruppi premiati:

- **UTIC S. Filippo Neri, Roma**
- **Cardiologia AO Careggi, Firenze**
- **Cardiologia Ospedali S. Camillo e INRCA, Roma**
- **Dipartimento Cardiologia ASL3, Torino**
- **Cardiologia AO Maggiore della Carità, Novara**
- **Cardiologia UTIC Ospedale S.M. delle Grazie, Pozzuoli (NA)**
- **Cardiologia UTIC Ospedale Torre Annunziata, Napoli**
- **Cardiologia Morgagni Fondazione Sacco e Villa Maria, Milano**

Come è ormai tradizione, anche quest'anno sono stati premiati i 10 migliori abstract. Gli abstract pervenuti (100) sono stati valutati dai componenti dell'Area

Nursing che hanno espresso un punteggio in base all'interesse ed all'originalità del lavoro presentato (14 sono stati esclusi) dal quale è stato ricavato un voto di media. La valutazione "in cieco" ormai non è più una novità, tanto che, quest'anno, due centri hanno ottenuto un doppio premio, ed il fatto di aver ricevuto molti abstract ha reso la selezione non sempre facile.

Le problematiche affrontate sono state diverse, ad indicare lo sviluppo di esperienze variegata nella realtà di lavoro, e hanno dimostrato che le tematiche di interesse del Congresso nascono "da sole", sulla scia degli argomenti toccati dalle esperienze descritte negli abstract pervenuti:

- il case management (per il paziente con sindrome coronarica acuta, per ridurre i tempi *door to needle*, o in terapia intensiva cardiologica per applicare nel concreto i percorsi diagnostico terapeutici ai pazienti acuti);
- gli ambulatori infermieristici per il paziente con scompenso, che nelle modalità di realizzazione vedono sempre più una via "italiana" alla gestione ambulatoriale di questa patologia, con una forte integrazione del ruolo medico ed infermieristico; ma anche i programmi di assistenza domiciliare integrata, con visite settimanali da parte degli infermieri e disponibilità telefonica diurno.

*Le tematiche di interesse del Congresso nascono "da sole", sulla scia degli argomenti toccati dalle esperienze descritte negli abstract pervenuti*

na nei quali, anche se, per ora, soltanto con un disegno osservazionale è stato registrato un considerevole miglioramento della qualità di vita e delle degenze. Le esperienze pubblicate in letteratura sono quindi facilmente trasferibili anche nei nostri contesti e con un rilevante e significativo ruolo da parte degli infermieri;

- la valutazione degli effetti dei trattamenti, sia dei programmi di prevenzione secondaria per la cardiopatia ischemica (che risulta migliorata), sia dei programmi di prevenzione secondaria post infarto;
- la prevenzione del rischio cardiovascolare, che vede l'infermiere con un ruolo di educatore sanitario, con risultati di efficacia. Sono stati messi a confronto 2 gruppi: il gruppo che riceve raccomandazioni di routine e quello sottoposto ad un programma attivo di educazione e nonostante il campione limitato sono state rilevate differenze di comportamento;
- la valutazione del paziente, non solo dal punto di vista clinico, ma anche più globale (Valutazione multidimensionale), per identificare i pazienti più a rischio di eventi avversi, ha identificato come l'uso delle scale di valutazione sia fattibile in pratica e possa consentire di identificare i pazienti più a rischio e che hanno quindi bisogno di interventi mirati. La valutazione infermieristica, come sottolineato anche in un altro dei 10 lavori premiati, non si deve limitare alla valutazione fisica del paziente ma deve prendere in esame anche variabili che possono incidere sia sulla qualità di vita che sugli esiti, ad esempio la depressione, riscontrata in 19 dei 60 pazienti ricoverati nell'UTIC del S. Filippo Neri e valutati con la Beck Depression Inventory Scale.
- Infine, l'esperienza di terapia non farmacologica dell'ipertensione, che prevede incontri settimanali di gruppo, aperti sia ai pazienti che ai loro familiari, con la partecipazione di infermieri e fisioterapisti, e lezioni frontali, lavori di gruppo ed esperienze di attività fisica programmata, fa intravedere interessanti prospettive di sviluppo per la professione infermieristica.

### **ALCUNE RIFLESSIONI SUL PERCHÉ DI QUESTO SUCCESSO**

La partecipazione ad un evento di settore di un numero così importante di infermieri (non si tratta di un convegno sulle politiche della professione, dove solitamente la partecipazione è elevatissima) può avere molti significati:

- è possibile, ma noi non ci illudiamo che sia solo per questo, che il programma del congresso sia stato particolarmente stimolante. Per quanto si cerchi di predisporre un programma originale, che vorrebbe privilegiare il confronto tra esperienze, anche se non necessariamente strettamente cardiologiche (ma questa è una delle scelte che ha fatto quest'anno il comitato di coordinamento per fare dialogare tra loro settori diversi, e che forse è stata poco notata) questo non può essere l'unico motivo. Il Congresso Nazionale dell'ANMCO sta diventando, per gli infermieri, uno degli appuntamenti più rappresentativi nel panorama nazionale, ed un'occasione tra le più importanti di aggiornamento.
- Il programma predisposto quest'anno è risultato particolarmente variegato, ed affrontava temi diversi, ed in più sono stati proposti, ad un numero limitato di infermieri, i *Minimaster sulla Gestione infermieristica: del paziente con scompenso cardiaco; con sindrome coronarica acuta e sul Ruolo dell'infermiere nella prevenzione cardiovascolare.*
- In tutte le sessioni si è cercato di mantenere come minimo comune denominatore, la centralità del paziente, aspetto non sempre scontato soprattutto in

*Il Congresso Nazionale dell'ANMCO sta diventando, per gli infermieri, uno degli appuntamenti più rappresentativi nel panorama nazionale, ed un'occasione tra le più importanti di aggiornamento*

contesti ad alta componente tecnologica.

- Un Congresso in contemporanea e nella stessa sede di medici ed infermieri, al di là della piacevole novità della sessione comune, ha dato l'opportunità a molti infermieri di poter scegliere di seguire anche le sessioni cliniche (ed in qualche caso questo è stato vero anche per i medici).
- L'Area Nursing ha, nel tempo, aggregato consensi e acquisito una sempre maggiore credibilità ed autonomia (anche se è ancora molto forte la presenza dei medici, mentre è quasi assente la presenza degli infermieri nelle aree mediche): una presenza sempre più massiccia di infermieri al Congresso è testimonianza di questa crescita.
- Gli infermieri hanno la voglia ma anche la necessità di incontrarsi, confrontarsi, scambiare esperienze: il Congresso ANMCO offre l'opportunità di un confronto a livello nazionale.
- Gli infermieri dell'ANMCO vogliono partecipare attivamente all'evoluzione della professione, aggiornarsi, presentare i propri dati, confrontarsi con i colleghi e con i clinici.
- Infine, ovvero *ultimo ma non ultimo*, un Congresso che "riesce" si realizza tale per il concorso dei contributi di più persone: se il Cardionursing 2003 ha ottenuto il gradimento della maggioranza dei partecipanti, questo è, sicuramente soprattutto, merito della segreteria ANMCO, ed in particolare di Simona, Letizia e Simonetta, con le quali innumerevoli fino a diventare febbrili nelle ultime settimane sono stati i contatti telefonici fin dai primi giorni del 2003, ma anche dell'OIC, e particolarmente della Sig.ra Pasquinelli e di quegli "angeli" con la maglietta verde che avete visto nelle varie sale congressuali. A tutti va il ringraziamento più sentito ed affettuoso per averci fatto vivere una splendida emozione che, ci auguriamo, possa realizzarsi ancora più intensamente, fra un anno, in occasione del prossimo appuntamento congressuale.

*Gli infermieri hanno la voglia ma anche la necessità di incontrarsi, confrontarsi, scambiare esperienze: il Congresso ANMCO offre l'opportunità di un confronto a livello nazionale*

Arrivederci, dunque, al Cardionursing 2004.





## RIFLESSIONI SUL CARDIONURSING 2003

**C**ardionursing 2003: un evento che ha raccolto e coinvolto 2.500 Infermieri. Emozionante vedere così tanti colleghi che per tre giorni si sono incontrati, confrontati, portando esperienze, dubbi, controversie, attraverso una partecipazione attiva ed ordinata.

Interessanti i confronti, tante le esperienze portate, molti i modelli proposti, il tutto all'insegna di un unico comune denominatore: la centralità e la globalità del paziente in un'ottica di scientificità, evidenza e qualità.

Tutto è andato per il meglio, ma adesso, come per ogni grande esperienza, s'impone l'obbligo di fare alcune riflessioni per fare tesoro degli aspetti positivi ma soprattutto per cogliere elementi di miglioramento.

Negli ultimi anni la partecipazione alle iniziative formative si rivela molto forte, ma questo, e dobbiamo dircelo, è in qualche modo condizionato dalla necessità di conseguire crediti formativi indotta dal sistema ECM determinando alcune criticità: la formazione deve tenere presente questi elementi e adottare strategie per rispondere a bisogni reali e concreti della professione.

L'Area Nursing dell'ANMCO ci vuole provare e, per essere effettivo servizio alla formazione, chiede ai colleghi di essere parte attiva, di dare il proprio contributo segnalando eventuali fabbisogni formativi, problemi, idee, proposte ecc., concorrendo a far sì che le prossime iniziative possano veramente essere espressione della professione infermieristica.

L'altro elemento di riflessione si concentra sul costante processo di crescita professionale e culturale che interessa la nostra professione che si è concretizzato nella grande rappresentanza di relatori infermieri, associata al sempre maggiore rigore scientifico caratterizzante le relazioni stesse.

Stiamo crescendo, e siamo cresciuti anche all'interno dell'ANMCO; molti elementi esprimono questa evoluzione e tra questi va senz'altro sottolineato il coinvolgimento degli infermieri nella sessione comune dedicata alla convention delle UTIC che portava all'interno del Congresso stesso la medesima necessità di ricerca di integrazione medico-infermiere caratteristica delle realtà operative.

Il dibattito che ha messo a confronto queste due professionalità poneva l'accento sul rispettivo profilo professionale, sulle competenze acquisite e da acquisire in coerenza con i cambiamenti organizzativi; in parole semplici finalmente Infermieri e Medici si sono interrogati insieme su "chi siamo e chi dovremo essere".

Infine una parola sull'Assemblea dell'Area Nursing, incontro ricco di stimoli e di proposte e soprattutto molto partecipato che fa scaturire la voglia di dire "collegli lavoriamo insieme!"

## CARDIONURSING 2003: IMPRESSIONI RACCOLTE QUA E LÀ

**LUNEDÌ 2 GIUGNO**, ore 17,30, il caldo è opprimente, è un giorno di festa, Firenze è deserta, le spiagge italiane sono piene di bagnanti in cerca di un po' di refrigerio: eppure alla Fortezza Da Basso sono presenti 2.817 Cardiologi e 2.777 Infermieri di Cardiologia: pazzi, stakanovisti? No, si tratta solo del XXXIV Congresso di Cardiologia dell'ANMCO, un appuntamento annuale divenuto irrinunciabile per molti di noi e che, dal 1996, raduna un numero sempre crescente di Infermieri che lavorano nei reparti ospedalieri di Cardiologia.



Il Cardionursing è, dunque, un Congresso... nel Congresso. Siamo andati in giro a raccogliere gli umori, le impressioni, i giudizi, fuori dalle aule dove si svolgono i lavori: sono dichiarazioni prese a caso e, sicuramente... a caldo!

**Il Dott. Bernardi, della Cardiologia di Castelnuovo (Toscana)**, ci dice: “Il Congresso mi sembra ben organizzato. Le varie sessioni sono di buon livello scientifico e ben articolate e gli argomenti hanno considerato le problematiche correnti della professione infermieristica: in particolare, le 5 infermiere del mio reparto rilevano con soddisfazione la possibilità di verificare l'attività di tutti i giorni mediante il confronto con altre realtà infermieristiche”.

Si avvicina **Antonio Manica, Caposala della Cardiologia di Crotone**: “Volevo congratularmi con l'organizzazione dell'Area Nursing ANMCO per la novità che è stata portata al Congresso 2003, e cioè la nomina dei referenti infermieristici regionali, che, a mio avviso, hanno contribuito al successo registrato di oltre 2.500 partecipanti. Per quanto concerne gli eventi congressuali a cui ho finora partecipato, sono stati molto stimolanti per tutti noi Infermieri di Cardiologia e UTIC, ma una nota a tutto questo è che, essendo gli argomenti troppo vasti, suggerirei di svilupparli con maggiore approfondimento in incontri regionali in modo da aumentare il grado di apprendimento del personale infermieristico interessato. Inoltre, per quanto riguarda le sessioni di comunicazioni, avrebbero avuto più successo, a mio parere, se fossero state organizzate in un orario più favorevole per i congressisti”.

### **MARTEDÌ 3 GIUGNO**

Girando fra gli stand della Fortezza ci imbattiamo in **Patrizia Di Fabrizio, referente per l'Area Nursing della Regione Abruzzo**, alla quale chiediamo se è soddisfatta e le sue impressioni sul Cardionursing 2003.

“Parto dal concetto che la libera partecipazione ad un congresso è sempre un evento positivo, sia per la spinta motivazionale che porta alla partecipazione, sia

per la possibilità che si ha, in questi luoghi, di incontrare persone portatrici di esperienze diverse. Certo, ultimamente l'evento 'punti', ha tolto il mordente alla motivazione e, spesso, si partecipa più per accumularli che non per vero interesse, ma personalmente continuo a pensare che ogni professionista deve fare delle scelte per l'esercizio della propria professione, anche in campo formativo. In questo sono d'accordo con Loredana Gamberoni, che ha relazionato sul tema 'Come orientarsi fra le opportunità di formazione per gli Infermieri', soprattutto quando parla di 'portfolio', ovvero sapere spendibile nel proprio ambito lavorativo che abbia il compito di ampliare conoscenze e tecniche nell'ottica della migliore offerta possibile al cliente/utente.

Proprio in virtù di queste premesse, ritengo che il Congresso Nazionale ANMCO, abbia dato una vasta gamma di approfondimenti, che non sono solo di natura cardiologica, ma hanno abbracciato argomenti, oltre alla formazione infermieristica, come la ricerca, le modificazioni normative, gli ambiti delle nostre competenze”.

### **Quali altri interventi hanno maggiormente stimolato il suo interesse?**

“Ci sono stati interventi che hanno saputo dare spunti innovativi alla professione, per esempio l'assistenza domiciliare, la gestione farmacologica, da parte degli infermieri, dei pazienti con scompenso cardiaco. Quest'ultimo argomento è stato motivo di approfondimento per un forum di aggiornamento che abbiamo svolto a Penne, grazie all'interessamento del nostro Presidente Regionale, il Dott. Angelo Vacri, Direttore della U.O. di Cardiologia di Penne, e che ha avuto una più che buona partecipazione, a dimostrazione che l'interesse c'è e la voglia di apprendere anche.

Ho anche raccolto con piacere l'invito, che ci è stato rivolto, di farci portavoce e stimolatori di argomenti da proporre per il prossimo anno, questo mi darà la possibilità di mettermi in contatto con tutti i colleghi della mia regione nell'ottica della compartecipazione e della condivisione”.

### **Un bilancio più che positivo, dunque...**

“Certamente: un Congresso come questo è anche una preziosa possibilità di incontro, capacità di condividere e di confrontarsi, voglia di allargare i propri orizzonti e di rimettersi in discussione.

Anche in virtù di questo, penso che ciò che potrebbe sembrare un handicap, cioè la 'commistione' medico-infermieristica, costituisca invece un momento di crescita nella condivisione, per arrivare ad un obiettivo comune: l'offerta di un servizio qualificato per il paziente”.

In una pausa dei lavori, ecco **Monica Civalleri, in rappresentanza degli Infermieri di Cardiologia della Liguria.**

### **Come sta andando questo Congresso?**

“Dal punto di vista scientifico trovo ottimi gli argomenti trattati e gli oratori sempre in grado di mantenere alto il livello dei discendenti. Trovo che questo Congresso annuale abbia l'importante ed irrinunciabile funzione di consentire il confronto fra tutti gli operatori del mondo cardiologico italiano”.

### **Tutto bene, dunque?**

“Ho raccolto, in verità, qualche lamentela sulla sistemazione logistica di alcuni infermieri: in qualche caso l'ospitalità alberghiera non è stata soddisfacente anche nei livelli minimi, ma forse ciò è dovuto alla massiccia presenza, comunque

andrà tenuto presente anche questo aspetto nei prossimi anni”.

Blocchiamo al volo, mentre si affretta ad entrare in un'aula congressuale, **Francesco Longo, referente Nursing delle Marche:**

**Un suo giudizio sull'organizzazione del Cardionursing 2003.**

“Secondo me il livello dell'organizzazione è cresciuto in modo sensibile rispetto agli altri anni, seppure con alcune piccole lacune, ma la cosa che più ha colpito

è stata la perfetta procedura d'accoglienza senza intoppi ed estenuanti code, tenuto conto che il numero dei partecipanti è considerevolmente aumentato rispetto agli altri anni. Inoltre, la scelta di inviare a casa i crediti formativi, ha evitato le difficoltà che invece si sono verificate l'anno scorso.

Inoltre, ha suscitato piacere nei partecipanti il fatto che, finalmente, le case farmaceutiche e le ditte fornitrici di apparecchi tecnologici hanno cominciato ad interessarsi di noi infermieri, considerandoci professionisti seri, preparati e desiderosi di approfondire le nostre conoscenze.

Per quanto riguarda le giornate di Cardionursing, è piaciuto molto l'utilizzo di numerosi maxischermi che hanno permesso un'agevole visione di tutti i lavori presentati”.



**Come giudica il livello delle presentazioni?**

“Il livello generale dei lavori è stato buono; mi sono stati segnalati con piacere i lavori sullo ‘Scompensamento Cardiaco’ e sulla ‘Cartella clinica infermieristica integrata informatizzata’. Quest'ultima, è stata particolarmente apprezzata in quanto è sicuramente un primo importantissimo passo verso quell'integrazione medico-infermiere di cui si sente tanto bisogno, sia per un discorso assistenziale mirato, sia per il bisogno di crescita del ruolo dell'infermiere nei percorsi diagnostico-terapeutici.

Meritano un discorso a parte le presentazioni degli studi di ricerca, che, a livello infermieristico sono molto carenti, in quanto la maggior parte degli stessi sono condotti da medici e lasciano all'infermiere dei ruoli marginali; sarebbe opportuno magari incentivare quest'aspetto, poiché grazie alla ricerca si può avere l'opportunità di un maggiore scambio d'informazioni e di esperienze”.

**Qualche osservazione per migliorare l'organizzazione?**

“Sarebbe opportuno incrementare il numero dei minimaster, che sono sicuramente uno strumento più diretto ed efficace di apprendimento: molti colleghi ne sono rimasti ingiustamente fuori, ed è un vero peccato”.

**Il Dott. Claudio Coletta, componente del Comitato Editoriale dell'Area Nursing, ci commenta a caldo i risultati del focus on dal titolo “Diagnostica strumentale avanzata in Cardiologia: l'infermiere diventa tecnico?” moderato insieme alla Sig.ra Adriana Miniello.**

“L'attuale normativa nazionale dà la possibilità di accedere alla professione di tecnico di cardiologia attraverso 5 corsi di laurea breve situati in 4 città (Roma,

Milano, Pavia e Verona) con numero di posti molto limitati e certamente inferiori ai bisogni della realtà ospedaliera nazionale. Non è prevista invece alcuna possibilità istituzionale per l'Infermiere di acquisire un titolo che riconosca l'effettivo ruolo tecnico svolto in molte strutture cardiologiche di II e III livello. A tutto ciò si aggiunge la difficoltà di integrare la professionalità infermieristica con il nuovo ruolo di tecnico, generalmente acquisito sul campo in conseguenza delle necessità organizzative della struttura di appartenenza.

Tali problematiche, per la prima volta discusse in una sede istituzionalmente appropriata come il Congresso Nazionale ANMCO, dovranno essere necessariamente affrontate e risolte negli anni a venire essendo facile prevedere un incremento esponenziale dell'utilizzo di infermieri come tecnici specializzati di cardiologia nell'ambito dei laboratori di diagnostica strumentale".

**IL PROSSIMO CONGRESSO ANMCO SI SVOLGERÀ DAL 22 AL 26 MAGGIO 2004. GRAZIE A TUTTI E... ARRIVEDERCI AL PROSSIMO CARDIONURSING!!!**

*di Marilena Matta e Mario Chiatto*

## RIFLESSIONI DOPO IL CONGRESSO NAZIONALE

**D**al 31 maggio al 4 giugno 2003 si è svolto a Firenze il XXXIV Congresso Nazionale; è stato un anno importante per due commemorazioni. Come ci ha ribadito nel discorso inaugurale il nostro Presidente Dott. Alessandro Boccanelli, sono passati 40 anni dal lontano 1963, anno in cui il 2 giugno si riuniva a Bologna la prima Assemblea generale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri con Presidente il Prof. Vincenzo Puddu, fondatore della Cardiologia Ospedaliera Italiana. Sono sottintesi i progressi e la crescita di 40 anni di Cardiologia Italiana!!! Il secondo anniversario importante è stato da tutti i Cardiologi celebrato con commozione e soddisfazione: 20 anni di GISSI; da allora in Italia è veramente iniziato un nuovo modo di fare ricerca.

Questa ricorrenza è stata ampiamente commemorata in sede congressuale: ricordi e commozione si leggevano nei volti dei pionieri del GISSI presenti in sala il 31 maggio alla cerimonia inaugurale nell'auditorium del Palazzo dei Congressi. Una novità questo anno al Congresso c'è stata: ci siamo improvvisati "giornalisti", siamo "scesi in campo" (termine adottato da Carla Massi: "Cardiologia negli Ospedali" maggio-giugno n. 133) e abbiamo intervistato, da dilettanti, un campione di partecipanti al Congresso: lo scopo era quello di fare un sondaggio sul XXXIV Congresso Nazionale.

Ai congressisti sono state rivolte cinque domande scelte dallo staff editoriale del Giornale "Cardiologia negli Ospedali": le interviste sono state rivolte a 180 Medici e Infermieri, e a Professori di fama nazionale e internazionale nonché a semplici Cardiologi Ospedalieri di periferia o di grossi centri urbani, a giovani e a meno giovani, qualcuno alle soglie del pensionamento, a donne-medico di età matura e a donne in età più giovane, a donne universitarie e a specializzande.

A tutti è stato formulato lo stesso questionario, in assoluta libertà di rispondere e senza alcun preavviso. In quasi tutti abbiamo notato una ampia collaborazione, alcuni hanno chiesto l'anonimato, altri hanno rifiutato l'intervista o per mancanza di tempo o perché hanno ritenuto inutile il sondaggio, altri non hanno collabora-

to per riservatezza. I dati sono stati esaminati con cura e interesse, non ci sono commenti alle risposte. Le domande sono state le seguenti:

- 1) Pensi che il Congresso sta soddisfacendo le tue aspettative di partecipazione?
- 2) Se ti chiedessi di esprimere un Augurio, una Conferma, un Disappunto al Presidente ANMCO cosa descriveresti?
- 3) Quanto l'attività formativa e di ricerca dell'ANMCO incide sul tuo lavoro?
- 4) In che modo l'ANMCO potrebbe aumentare il tuo coinvolgimento nell'attività associativa?
- 5) Ti senti coinvolto e in che misura nel sostenere le attività dell'HCF (Heart Care Foundation) verso i cittadini?
- 6) Le tue impressioni sul XXXIV Congresso ANMCO.

Alla prima domanda:

### **1) PENSI CHE IL CONGRESSO STA SODDISFACENDO LE TUE ASPETTATIVE DI PARTECIPAZIONE?**

Le risposte sono state varie: il 59% risponde SI, il Congresso ha soddisfatto in pieno le aspettative di partecipazione; il 41% ha invece dato risposte differenti: alcuni definiscono il Congresso troppo dispersivo, troppo "intasato"; gli Infermieri si dichiarano soddisfatti al 90%, il restante 10% lo considera troppo costoso.

Alcuni hanno contestato il questionario per l'ECM: le domande del questionario relative ai simposi si sovrapponevano negli orari pertanto era impossibile seguire più simposi contemporaneamente e rispondere quindi correttamente ai quiz.

Molti non sono stati interessati all'Inaugurazione del Congresso e hanno considerato inutile e perdetempo il trasferimento all'Auditorium del Palazzo dei Congressi.

Tra i pochi non soddisfatti del Congresso, qualcuno ha lamentato una mancanza di interattività e un mancato rigore nella presentazione delle Linee Guida, altri hanno lamentato il costo esoso dell'iscrizione e la mancanza di sponsor.

### **2) SE TI CHIEDESSI DI ESPRIMERE UN AUGURIO, UNA CONFERMA E UN DISAPPUNTO AL PRESIDENTE ANMCO COSA DESCRIVERESTI?**

Alla seconda domanda le risposte sono state queste:

**AUGURIO:** circa il 100% ha augurato di mantenere sempre così alto il livello culturale di questo Congresso; a questo augurio si aggiunge anche un sempre più forte consenso di conferma a svolgere il lavoro che si sta proponendo l'ANMCO da circa un anno a questa parte; tanti sono gli apprezzamenti sull'espansività con cui si diffonde la cultura cardiologica.

**CONFERMA** è stata sostenuta oltre che per l'alto profilo delle relazioni, anche per i temi trattati; conferme si sono avute soprattutto per la collaborazione e la gestione dei simposi con le altre Società Scientifiche. Molti consensi per la Federazione Cardiologica e l'unificazione delle attività cardiologiche italiane, è stato apprezzato molto il Simposio della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" tenuta all'Auditorium del Palazzo dei Congressi.

Una discreta percentuale, circa l'80% degli intervistati, alla domanda di conferma hanno rimarcato il concetto che la formula vincente per l'ANMCO



è di realizzare il progetto della Federazione che viene ritenuto lo standard di visibilità in campo medico e cardiologico.

Interessanti sono le **CONFERME** che vengono dall'Area Nursing: gli intervistati sono stati circa 80 e le conferme ci sono state da parte di tutti gli infermieri; alcuni chiedono più visibilità e più spazio culturale per la categoria tanto da proporre che la sigla ANMCO si modifichi in ANMCIO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi e Infermieri Ospedalieri). Alla richiesta di esporre il **DISAPPUNTO**, le risposte sono state varie: circa il 50% ha ritenuto il Congresso troppo affollato e dispersivo con seminari e minimaster interessanti ma a costi elevati.

Ancora come disappunto è stato rimarcato che la compilazione dei questionari per ECM sono stati ritenuti disorientanti perché le domande comprendevano temi trattati in contemporanea nei simposi.

I Cardiologi più giovani iscritti all'ANMCO da meno di due anni, hanno lamentato scarsa partecipazione ai seminari e ai minimaster che hanno ritenuto ricchi di contenuti per le tematiche svolte, ma troppi costosi. Il disappunto più frequente è stato esternato dai Soci ANMCO che lavorano non nei grossi centri urbani ma in periferia, hanno tutti lamentato un mancato coinvolgimento della base.

Molti chiedono maggiore integrazione tra territorio e ospedale e si sono mostrati soddisfatti per il Simposio del primo giorno che ha affrontato ampiamente questo tema. Tanti sono stati quelli che hanno esternato come disappunto i pochi controlli che si sono fatti nelle sale dei seminari: anche chi non aveva il pass era ammesso a seguire il seminario rioccupando il posto del simposio precedente.

Gli Infermieri Professionali hanno lamentato pochi stand e sale espositive dedicate esclusivamente alla loro professione: molti stand per medici, pochi o nessuno per gli infermieri. I rappresentanti dell'Area Nursing del Sud e delle isole hanno chiesto un Congresso di queste dimensioni nell'area geografica del Centro Sud o Insulare per poter ridurre i costi del viaggio per poter essere presenti in gran numero ritenendo le tematiche del Congresso "eccellenti".

### **3) QUANTO L'ATTIVITÀ FORMATIVA E DI RICERCA DELL'ANMCO INCIDE NEL TUO LAVORO?**

A questa terza domanda gli 80 intervistati hanno risposto in modo molto omogeneo: circa l'80% degli intervistati sono coinvolti in iniziative coordinate dal centro-studi e hanno partecipato e partecipano ai vari studi in corso nelle rispettive Aree. La restante parte non è coinvolta o per la mancata iscrizione all'Associazione (es. gli universitari) o perché svolgono lavoro in strutture non Ospedaliere esempio negli Ambulatori del territorio con cui l'ANMCO ha poca integrazione.

Per i giovani Cardiologi Ospedalieri intervistati (meno di tre anni di iscrizione all'ANMCO) l'attività di ricerca e di formazione è legata all'impegno dei medici cardiologi ANMCO più anziani che sono coinvolti in studi e in attività di ricerca; infatti chiedono più coinvolgimento con l'ANMCO Regionale e più autonomia di ricerca. In alcune Regioni del Sud d'Italia gli iscritti non conoscono i loro Delegati Regionali.

L'istituzione dei Corsi di Learning e i Forum questo anno sono stati molto apprezzati e sono stati seguiti con grande interesse anche se i giovani Cardiologi lamentano costi elevati di iscrizione. Il territorio chiede più coinvolgimento nell'attività scientifica e rete Ospedale-Territorio.

### **4) IN CHE MODO L'ANMCO POTREBBE AUMENTARE IL TUO COINVOLGIMENTO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATIVA?**

A questa domanda gli intervistati nella gran parte (60%) hanno risposto che sono

coinvolti in studi coordinati dalla Associazione ma poco vivono l'attività associativa. Chi non è coinvolto lamenta mancanza di dialogo tra periferia e direttivi regionali e pochi coinvolgimenti anche di politica organizzativa aziendale.

Tutti chiedono il recupero della dialettica interna e un aumento di dialogo che



porterebbe a migliore impegno nell'organizzazione e stimolo quindi all'aggregazione. Il plauso di aggregazione va anche ai learning e ai forum che si organizzano nelle varie Regioni in cui si assiste a un maggiore coinvolgimento tra centro e periferia.

Gran parte degli intervistati chiedono di riproporre temi e ricerche in ambito ospedaliero per ripristinare il clima entusiasmante del GISSI 1, infatti si chiede più coinvolgimento con l'affido di compiti e responsabilità personali riconosciute dall'Associazione.

Circa il 40% degli iscritti ANMCO critica la gestione e il decentramento dell'Associazione a livello regionale e viene ribadito il concetto degli scarsi contatti con la periferia e mancato coinvolgimento della base. Alcuni non conoscono le attività regionali e la loro vita associativa si esprime solo con la lettura del giornale.

Non pochi sono quelli che chiedono attività culturali oltre che scientifiche per stimolare l'attività associativa. Sono sempre più richieste attività scientifiche con certificati di competenza e la promozione di eventi formativi sempre più vicine alla realtà in cui si vive.

#### **5) TI SENTI COINVOLTO E IN CHE MISURA NEL SOSTENERE LE ATTIVITÀ DELL'HCF (HEART CARE FOUNDATION) VERSO I CITTADINI?**

A questa domanda le risposte sono state evasive ma tutte uniformi. Il 70% conosce la Fondazione, ha pagato la quota di iscrizione ma non ne conosce i programmi e i progetti verso i cittadini. Quasi tutti gli intervistati fanno prevenzione o in maniera autonoma o con altre Associazioni tipo "Amici del Cuore".

Chi conosce la Fondazione vorrebbe essere più coinvolto nella vita associativa e partecipare attivamente, ma si lamenta della scarsa divulgazione di programmi.

Tutti gli intervistati sono comunque convinti che l'arma vincente per le cardiopatie è la prevenzione primaria e secondaria per ridurre mortalità e morbilità, è pertanto necessario fornire ai cittadini gli strumenti culturali per modificare gli stili di vita. Tutti chiedono maggiore informazione e conoscenza della Fondazione specie ai Presidenti Regionali.

#### **6) LE TUE IMPRESSIONI DEL XXXIV CONGRESSO ANMCO**

A questa domanda l'80% degli intervistati ha considerato il Congresso di eccellente livello per le tematiche affrontate e per l'organizzazione. Solo il 20% ha considerato il Congresso dispersivo, poco pratico e affollato di programmi.

Tutti gli intervistati hanno considerato il Congresso un appuntamento importante per la crescita dei Cardiologi italiani con buon livello culturale per l'eccellenza dei temi.

Alcuni lamentano troppi giorni di Congresso. Anche positivo è stato il giudizio dell'Area Nursing che si augura di avere più occasioni (anche 2-3 all'anno) per confrontarsi con tematiche tanto importanti che vedono uniti in campo professionale medici e infermieri che lavorano in Cardiologia.

## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

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

### Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina a fianco ed invialo al Presidente Regionale ANMCO della tua Regione per il preliminare visto di approvazione.

Se la richiesta sarà definitivamente accolta dal Consiglio Direttivo, potrai regolarizzare l'iscrizione utilizzando anche la tua **Carta di Credito**.

L'iscrizione prevede il pagamento di € 10,33 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

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

La quota sociale è comprensiva dell'abbonamento alla rivista "Italian Heart Journal".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Autorizzo a prelevare € \_\_\_\_\_

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

#### Socio Ordinario

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

#### Socio Aggregato

- € 30,99

a mezzo carta credito:

Carta Si  Carta Visa  Eurocard  Master Card

numero carta:

\_\_\_\_\_

data di scadenza:

\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

## PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2002 - 2004

### ABRUZZO

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

### BASILICATA

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

### CALABRIA

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

### CAMPANIA

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

### EMILIA ROMAGNA

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

### FRIULI VENEZIA GIULIA

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

### LAZIO

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

### LIGURIA

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

### LOMBARDIA

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

### MARCHE

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

### MOLISE

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

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

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

### P.A. BOLZANO

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

### P.A. TRENTO

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

### PUGLIA

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

### SARDEGNA

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

### SICILIA

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

### TOSCANA

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

### UMBRIA

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

### VENETO

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

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)



# Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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



**Non compilare**

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

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Non compilare**

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

### DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

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

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

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

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

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

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

### COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

**Ruolo:**  Cardiologo  Cardiocirurgo  Medico

**Struttura:**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  Privata  
 Altro \_\_\_\_\_

### Tipologia:

- Divisione di Cardiologia \*
- Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto \*
- Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto \*
- Divisione Medicina \*
- Divisione di Cardiocirurgia \*
- Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto \*
- Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto \*
- Altro \* \_\_\_\_\_

\* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**):  SI  NO

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

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

### Presidio:

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

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

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

### Qualifica:

- Dirigente II livello  Dirigente I livello  Prof. Ordinario  Prof. Associato
- Ricercatore - Borsista - Medico in formazione  Medico di base  Altro \_\_\_\_\_

In quiescenza:

Non di ruolo:

**Non compilare**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)

## CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

### Generale (non più di due):

- Cardiologia clinica - CCL
- Cardiologia pediatrica - CPD
- Cardiologia preventiva e sociale - CPR
- Cardiologia dello sport e/o del lavoro - CSP
- Riabilitazione cardiologica - RBL
- Terapia intensiva cardiologica - TI
- Epidemiologia clinica - EPC
- Cardiologia sperimentale - CS
- Ipertensione - IPR
- Cardiocirurgia - CCH

### Specifico (non più di due):

- Elettrocardiografia - ECG
- Ecocardiografia - ECO
- Emodinamica - EMO
- Ergometria e valutazione funzionale - ERG
- Informatica - INF
- Risonanza Magnetica Nucleare - RMN
- Elettrofisiologia ed Aritmologia - EFS
- Elettrostimolazione - EST
- Ecografia vascolare - ECV
- Cardiologia nucleare - CNC
- Aterosclerosi, emostasi trombotici - AET

- Angiologia - ANG
- Biologia cellulare del cuore - BCC
- Cardiopatie valvolari - CAV
- Circ. Polmonare e funz. ventr. Destra - CPF
- Farmacologia in cardiologia - FCA
- Insufficienza cardiaca - INC
- Malattie miocardio e pericardio - MMP

### Altro (non più di due):

- Attività sindacale - ATS
- Pianif. ed organizz. Strutture sanit. - OSS
- Organizz. Manifestaz. Culturali - OMC

### Sono interessato alla seguente Area:

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

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

### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

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

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, ECO s.r.l., Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Presidente Regionale ANMCO \_\_\_\_\_ della Regione

\_\_\_\_\_ dichiara che il suddetto collega, in base allo Statuto ed ai Regolamenti dell'Associazione, può essere iscritto nell'Albo dei Soci dell'ANMCO con la qualifica di:

- Socio Ordinario
- Socio Aggregato

Data \_\_\_\_\_

Il Delegato \_\_\_\_\_

La presente domanda d'iscrizione è stata accolta dal Consiglio Direttivo ANMCO in data \_\_\_\_\_

Il Segretario \_\_\_\_\_

## COMITATI DI COORDINAMENTO AREE ANMCO 2003-2004

### AREA ARITMIE

*Chairman:* Pietro Delise (Conegliano Veneto - TV)  
*Co-Chairman:* Maurizio Lunati (Milano)  
*Comitato di Coordinamento:* Fabrizio Ammirati (Roma),  
 Domenico Catanzariti (Rovereto - TN),  
 Michele Gulizia (Catania), Marco Scaglione (Asti)

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

### AREA CHIRURGICA

*Chairman:* Ettore Vitali (Milano)  
*Co-Chairman:* Claudio Zussa (Venezia - Mestre)  
*Comitato di Coordinamento:* Claudio Grossi (Cuneo),  
 Alessandro Mazzola (Teramo),  
 Lorenzo Menicanti (S. Donato Milanese - MI),  
 Alessandro Pardini (Terni)  
*Consulente Editoriale:* Felice Achilli (Merate - LC)

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

### AREA EMERGENZA-URGENZA

*Chairman:* Leonardo Bolognese (Arezzo)  
*Co-Chairman:* Cesare Greco (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:* Gianni Casella (Bologna),  
 Claudio Cuccia (Brescia), Claudio Fresco (Udine),  
 Filippo Ottani (Vicenza)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Cesare Baldi (Salerno),  
 Irene Bossi (Milano), Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV),  
 Stefano De Servi (Legnano - MI), Francesco Liistro (Arezzo),  
 Patrizia Maras (Trieste)  
*Referenti per le problematiche relative alle reti di  
 emergenza - urgenza:*  
 Alessandro Capucci (Piacenza), Maurizio Marzegalli (Milano)  
*Consulente Scientifico:* Stefano Savonitto (Milano)

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

### AREA INFORMATICA

*Chairman:* Gianfranco Mazzotta (Genova)  
*Co-Chairman:* Antonio Di Chiara (Udine)  
*Comitato di Coordinamento:* Fabio Fonda (Trieste),  
 Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma),  
 Augusto Ruggeri (Bologna)

### Comitato G8 - Cardio ANMCO

*Coordinatori:* Gianfranco Mazzotta (Genova),  
 Antonio Di Chiara (Udine), Giancarlo Carini (Bologna)  
*Per l'ecocardiografia:* Luigi Badano (Udine)  
*Per l'ergometria:* Stefano Urbinati (Bologna)  
*Per l'emodinamica:* Leonardo Paloscia (Pescara)  
*Per l'aritmologia:* Massimo Zoni Berisso (Genova)  
*Per la prevenzione:* Sergio Pedè (San Pietro Vernotico - BR)  
*Per la cardiologia nucleare:* Claudio Marcassa (Veruno - NO)  
*Per le SCA:* Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV), per il  
 Gruppo di Lavoro apposito

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

### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

*Chairman:* Pietro Zonzin (Rovigo)  
*Co-Chairman:* Giuseppe Favretto (Treviso)  
*Comitato di Coordinamento:* Franco Casazza (Milano),  
 Stefano Ghio (Pavia), Francesco Greco (Cosenza),  
 Andrea Perkan (Trieste)

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

### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

*Chairman:* Pier Antonio Ravazzi (Alessandria)  
*Co-Chairman:* Vincenzo Cirrincione (Palermo)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Giovanni D'Angelo (Oliveto Citra - SA),  
 Francesco De Vito (Veruno - NO),  
 Roberto Lorenzoni (Lucca), Giuseppe Tricoli (Palermo)  
*Consulenti:* Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente),  
 Franco Ingrassia (Palermo), Francesco Mazzuoli (Firenze)

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

### AREA NURSING

*Chairman:* Domenico Miceli (Napoli)  
*Co-Chairman:* Quinto Tozzi (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Giulietta Ferranti (Bentivoglio - BO),  
 Rossella Gilardi (Milano), Pasquale Monea (Reggio Calabria),  
 Lucia Sabbadin (Trento)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Claudio Coletta (Roma),  
 Tiziana Maietta (Roma), Angelo Palatella (Benevento)  
*Consulenti:* Paola Di Giulio (Torino)  
*Referente Area Chirurgica:* Antonio Vicentini (Milano)

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

### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

*Chairman:* Massimo Uguccioni (Roma)  
*Co-Chairman:* Carmine Riccio (Caserta)  
*Comitato di Coordinamento:* Maurizio Abrignani (Trapani),  
 Cristina M. Castello (Verona), Furio Colivicchi (Roma),  
 Maria Grazia Sclavo (Aosta)  
*Consulente Editoriale:* Pompilio Faggiano (Brescia)

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

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

*Chairman:* Giuseppe Cacciatore (Roma)  
*Co-Chairman:* Andrea Di Lenarda (Trieste)  
*Comitato di Coordinamento:* Gerardo Ansalone (Roma),  
 Gianfranco Misuraca (Cosenza), Fabrizio Oliva (Milano),  
 Gianfranco Alunni (Perugia)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Giovanni Pulignano (Roma),  
 Luigi Tarantini (Belluno), Guido Gigli (Rapallo - GE)  
*Medical Writer:* Renata De Maria (Milano)

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

## IL PROGRAMMA DELL'AREA PER IL BIENNIO 2003-2004

**Comitato di Coordinamento Area Malattie del Circolo Polmonare 2003/2004**

Chairman:  
Pietro Zonzin

Co-Chairman:  
Giuseppe Favretto

Comitato di Coordinamento:  
Franco Casazza,  
Stefano Ghio,  
Francesco Greco,  
Andrea Perkan

Come noto l'Area Malattie del Circolo Polmonare (AMCP) nasce come sviluppo dell'attività svolta dalla Commissione ANMCO-SIC per le Linee Guida su profilassi, diagnosi e terapia della tromboembolia polmonare.

I principali temi di interesse individuati dall'Area sono rappresentati dall'**Embolia Polmonare** e dall'**Ipertensione Polmonare Cronica**.

L'interesse riscosso dall'Area è attestato dal numero crescente di iscritti all'Area, appartenenti non solo all'ANMCO, e dal consenso ottenuto in Consiglio Nazionale ed in particolare dai Presidenti Regionali che in tempi brevissimi hanno individuato un Referente Regionale per l'Area.

In occasione dell'Assemblea degli Iscritti tenutasi sabato 31 maggio 2003 a Firenze nell'ambito del Congresso Nazionale ANMCO, sono stati presentati i Referenti

Regionali ed è stato illustrato il programma per il biennio 2003-2004, che in sintesi prevede:

- Indagine epidemiologica, per codici SDO e DRG, sull'incidenza dell'Embolia Polmonare e della Trombosi Venosa Profonda, condotta in via preliminare negli Ospedali di Milano, Pavia, Rovigo, Treviso, Trieste
- Indagine conoscitiva delle risorse diagnostiche disponibili nei diversi contesti operativi, impiegate nella valutazione di una sospetta Embolia Polmonare
- Indagine prospettica osservazionale sui percorsi diagnostici e terapeutici seguiti nell'Embolia Polmonare
- Allestimento di un Database per l'inquadramento del paziente con Embolia Polmonare in fase acuta e nel follow-up
- Implementazione delle Linee Guida sulla diagnosi, terapia e profilassi dell'Embolia

Polmonare, tracciata dalla Commissione congiunta ANMCO-SIC nel 2001, attraverso incontri divulgativi Regionali, coordinati dai Referenti di ogni singola Regione

- Collegamenti con altre Aree, Gruppi di Studio e Società Scientifiche con cui si condividono interessi di studio
- Inserimento nel sito web dell'Area di una rassegna bibliografica ragionata.

### REFERENTI REGIONALI AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE



CONSULTA ANCHE:

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

È intuitivo che senza il fattivo coinvolgimento dei Referenti Regionali e l'attività propositiva di tutti gli iscritti l'ambizioso programma dell'Area, rivolto ad una **equilibrata sinergia tra formazione e ricerca**, non potrà realizzarsi.

A tutti, Referenti ed iscritti all'Area, un grazie anticipato da tutto il Comitato di Coordinamento.

Sito web:

<http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo>

<b>REFERENTI REGIONALI</b>	
<b>PRESIDENTE REG. REFERENTE "PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE DELLE LG SU DIAGNOSI, TERAPIA E PROFILASSI DELLA TEP"</b>	
<b>Dott. Angelo Vacri</b>	<b>ABRUZZO</b>
Dott.ssa Laura Piccioni - Ospedale Civile G. Mazzini - Circonvallazione Ragusa - Teramo Tel. 0861/4291 - 429450 - Fax 085/8931190	
<b>Dott.ssa Lucia Palumbo</b>	<b>BASILICATA</b>
Dott. Giuseppe Del Prete - Ospedale S. Carlo - Cardiologia Emodinamica - Potenza - Tel. 0971/612400 - Fax 0971/62484 - e-mail: delprete.g@tiscali.it	
<b>Dott. Giuseppe Zampaglione</b>	<b>CALABRIA</b>
Dott. Alfredo De Nardo - Ospedale Jazzolino - Vibo Valentia - Tel. 0963/962309 - Fax 0963/962305 - e-mail: aldenardo@libero.it	
<b>Dott. Carmelo Chieffo</b>	<b>CAMPANIA</b>
Dott. Antonio Palermo - A.O. Caserta - Caserta - Tel. 081/455538 - Fax 0823/232395 - e-mail: riabce@tin.it oppure palerman@libero.it	
<b>Dott. Umberto Guiducci</b>	<b>EMILIA ROMAGNA</b>
Dott. Giovanni Tortorella - Arcisped. S. Maria Nuova - A.O. di Reggio Emilia - V.le Risorgimento, 80 - Reggio Emilia - Tel. 0522/296111-296434 - Fax 0522/296495 - e-mail: tortorellagt@libero.it	
<b>Dott. Gianfranco Sinagra</b>	<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>
Dott.ssa Rita Piazza - Az. Osp. S. Maria degli Angeli - Div. di Cardiologia - Via Montereale, 24 - Pordenone - Tel. 0434/399462 - Fax 0434/399026 - e-mail: piazza.rita@libero.it	
<b>Prof. Massimo Santini</b>	<b>LAZIO</b>
Dott.ssa Carmela Bisconti - C.T.O. - Via San Nemesio, 28 - 00145 - Roma - Tel. 06/51001 - 51003657 - Fax 06/51003806 - e-mail: carmela_bisconti@virgilio.it	
<b>Dott. Roberto Mureddu</b>	<b>LIGURIA</b>
Dott. Marco Piana - U.O. di Cardiologia e UTIC - Imperia - Tel. 0183/794402 - Fax 0183/279043 Dott.ssa Giovanna Modaffari - UTIC Ospedale Sestri Ponente (GE) - Tel. 010/6448401 - Fax 010/6448421 - e-mail: giovanna.modaffari@virgilio.it	
<b>Dott. Antonio Vincenti</b>	<b>LOMBARDIA</b>
Dott. Fabrizio Centonze - Ospedale di Treviglio - Bergamo - Tel. 0363/424235 - Fax 035/610490 - e-mail: fcento@mediacom.it Dott. Amedeo Bongarzone - Ospedale San Carlo - Milano - Tel. 02/40221 - Fax 02/4022206	
<b>Dott. Nino Ciampani</b>	<b>MARCHE</b>
Dott. Nino Ciampani - Osp. Civile - Div. di Cardiologia - Senigallia (ANCONA) - Tel. 071/79092528 - Fax 071/79092528 - e-mail: nino.ciampani@tin.it	
<b>Dott.ssa Vanda Mazza</b>	<b>MOLISE</b>
Dott. Roberto Petescia - U.O.C. Ospedale F. Veneziale - Isernia - Tel. 0865/442288 - Fax 0865/442287 - e-mail: petescia@tin.it	
<b>Giuliano Brocchi</b>	<b>PIEMONTE E VALLE D'AOSTA</b>
Dott. Ermanno Eleuteri - Fondazione Salvatore Maugeri - Veruno (NOVARA) - Tel. 0322/85051 - e-mail: eeleuteri@fsm.it	
<b>Dott. Roberto Bettini</b>	<b>P.A. TRENTO</b>
Dott. Ferdinando Imperadore - Ospedale Civile - Rovereto (TN) - Tel. 0464/453456 - Fax 0464/420428 - e-mail: imperadore@seldati.net	
<b>Dott. Gianfranco Ignone</b>	<b>PUGLIA</b>
Dott. Carlo D'Agostino - Ospedale "Di Venere" - Divisione di Cardiologia - Bari Carbonara - Tel. 080/5215479 - Fax 080/5015280 - e-mail: carlod@tin.it	
<b>Dott. Paolo Bonomo</b>	<b>SARDEGNA</b>
Dott.ssa Giovanna Mureddu - Ospedale San Francesco - Nuoro - Tel. 0784/240376 - Fax 0784/231210 - e-mail: csrdioutic@tiscali.it	
<b>Dott. Michele Gulizia</b>	<b>SICILIA</b>
Dott. Giacomo Chiarandà - Osp. E. Muscatello - Contrada Granatello - Augusta (SR) - Tel. 0931/989063-62-61 - Fax 0931/989088 - e-mail: giacomo.chiaranda@tin.it	
<b>Dott. Francesco Mazzuoli</b>	<b>TOSCANA</b>
Dott.ssa Chiara Arcangeli - Azienda Ospedaliera di Careggi - Cardiologia 2 San Luca - Firenze - Tel. 055/4277285 - Fax 055/4277468 - e-mail: chiarangeli@yahoo.it	
<b>Dott. Giorgio Maragoni</b>	<b>UMBRIA</b>
Dott. Maurizio Del Pinto - O.C. Silvestrini - Divisione di Cardiologia - Perugia - Tel. 075/5781 - Fax 075/5782239 - e-mail: maudp@libero.it	
<b>Dott. Loredano Milani</b>	<b>VENETO</b>
Dott. Mauro Guarnerio - Ospedale Santa Maria del Prato - Via Bagnol Sur Ceze - 32032 - Feltre (BL) - Tel. 0439/883328 - Fax 0439/883609	

## LA CAMPAGNA EDUCAZIONALE NAZIONALE "CUORE E DIABETE"

*Come implementare le più attuali conoscenze in materia*

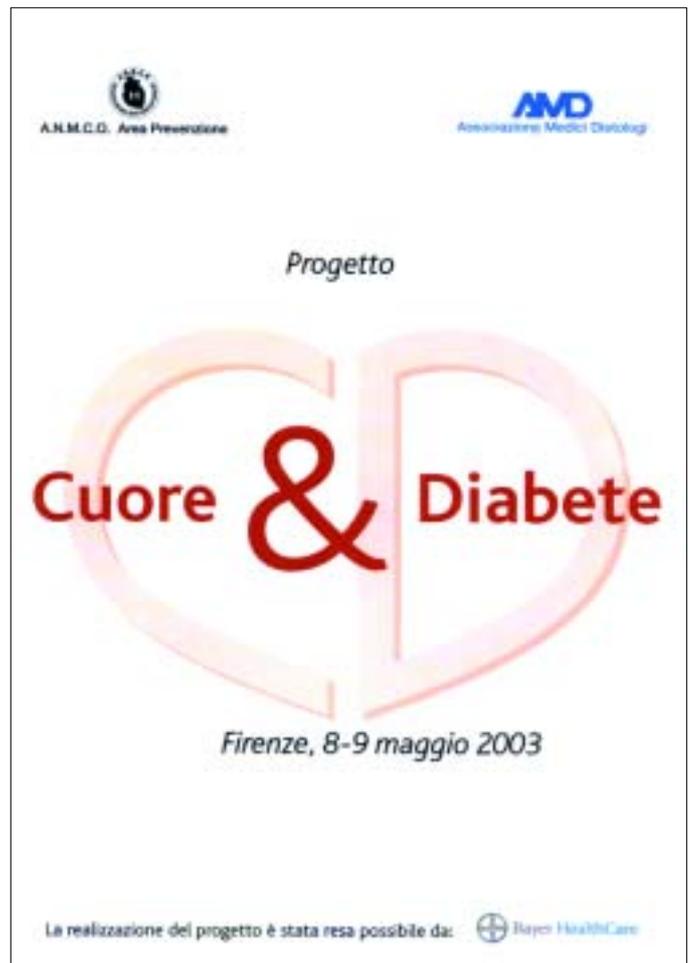
*La comunità scientifica ha definito il diabete non più semplice fattore di rischio coronarico ma "malattia cardiovascolare equivalente"*

**Background:** Il numero dei pazienti affetti da diabete mellito è in crescente incremento in Italia e nel mondo ed è noto da molti anni che questa patologia rappresenta un fattore di rischio potente ed indipendente per la cardiopatia ischemica. Nei diabetici di tipo 2, infatti, circa 2/3 terzi dei decessi sono attribuibili ad eventi cardiovascolari e la mortalità coronarica in questi pazienti è aumentata da due

a quattro volte rispetto ai non diabetici; inoltre, quando i diabetici sviluppano gli eventi clinici, la loro prognosi è nettamente peggiore. La più elevata prevalenza e la sfavorevole prognosi della cardiopatia ischemica nei diabetici ha indotto la comunità scientifica internazionale a definire il diabete non più semplice fattore di rischio coronarico, ma "**malattia cardiovascolare equivalente**" (vedi le ultime Linee Guida NCEP-ATP III), inoltre, l'American Heart Association ha recentemente ribadito che "dal punto di vista delle cardiovasculopatie, potrebbe essere affermato che il diabete è una malattia cardiovascolare". Tuttavia, a causa della progressiva parcellizzazione delle conoscenze mediche, i diabetologi sono spesso più interessati al raggiungimento del compenso metabolico che alla stratificazione ed al trattamento aggressivo del pattern globale di rischio cardiovascolare, mentre,

d'altra parte, i Cardiologi si trovano in difficoltà di fronte alla gestione metabolica del paziente diabetico nelle diverse fasi della malattia coronarica.

**L'iniziativa:** Nasce in quest'ottica l'iniziativa "Cuore e Diabete" che l'Area Prevenzione dell'ANMCO ha progettato con il contributo dell'**Associazione Medici Diabetologi (AMD)** e che si avvale della sponsorizzazione della Bayer Health Care, con il contributo entusiasta e la competenza della Dott.ssa Eugenia Lietta. L'iniziativa consiste in un forum di aggiornamento con accreditamento ECM (con provider ANMCO) che intende proporre una mes-



CONSULTA ANCHE:

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

*La Campagna "Cuore e Diabete" è l'occasione per la sperimentazione di nuove tecniche di comunicazione e per la realizzazione di una digital slide library*

sa a punto sugli aspetti meno noti o insufficientemente chiariti della prevenzione e del trattamento della cardiopatia ischemica nei pazienti con diabete di tipo 2.

Come precedenti eventi formativi, seguendo un efficace e consolidato modello, il progetto

verrà attuato ricorrendo al metodo della "formazione a cascata". Il Workshop centrale si è tenuto a Firenze in sede ANMCO nei giorni 8 e 9 maggio, ed è stato dedicato alla formazione dei coordinatori dei successivi meeting regionali (riportati in tabella) ed alla stesura definitiva

del pacchetto didattico. In tale sede, ad una serie di relazioni frontali di tipo classico, tenute da esperti ANMCO ed AMD, si è affiancata la sperimentazione di nuove tecniche di comunicazione fortemente inte-

rattive, come ad esempio quella del lavoro di gruppo eseguito tramite la metodologia del **metaplan** e coordinato da Umberto Valentini, Nicoletta Musacchio e Indria Donati, in qualità di docenti della Scuola di Formazione di AMD.

**La Digital Slide Library (DSL):** Uno dei maggiori punti innovativi dell'iniziativa è la realizzazione di una DSL, vasta ed aggiornata collezione di slide nel formato elettronico Microsoft Power Point, che unisce ad una buona qualità di visualizzazione la possibilità di modificare le diapositive per adattarle ad esigenze di personalizzazione. Quando disponibili, insieme alle slide vengono fornite informazioni aggiuntive quali riferimenti bibliografici e note, permettendo una comprensione approfondita delle informazioni presentate. La DSL sarà posta a disposizione dei referenti regionali, che avranno così la possibilità di estrapolare le diapositive ritenute utili in sede di riunioni locali, personalizzando così le loro presentazioni. I contenuti della DSL sono suddivisi in 9 capitoli: diabete ed insulino-resistenza come fattori di rischio cardiovascolare; il potenziamento di altri fattori di rischio indotto dal diabete; diagnosi di malattia diabetica preclinica; la specificità della cardiopatia ischemica nei diabetici: prognosi; la specificità della cardiopatia ischemica nei diabetici: terapia; il controllo aggressivo dei fattori di rischio cardiovascolare nel paziente diabetico; la politerapia nel paziente diabetico; curare il diabete è prevenzione secondaria?; le Linee Guida.

**La fase regionale:** La fase successiva del progetto prevede, per l'inizio del 2004, la realizzazione di un "**mese della prevenzione**", dedicato alla prevenzione ed al trattamento della malattia coronarica nel paziente diabetico. Durante questo mese si terranno tutti gli incontri regionali, coordinati dai Cardiologi ANMCO formati nel Workshop centrale. Ad ognuno di questi in-



**Aldo Mondino, Le sucre au coeur, 1962**

CONSULTA ANCHE:

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

*L'obiettivo formativo è quello di diffondere nel mondo specialistico cardiologico le più recenti conoscenze sulla malattia coronarica nel paziente diabetico*

contri parteciperanno 20 medici ospedalieri ed ambulatoriali scelti tra cardiologi, diabetologi ed altri specialisti, come internisti e geriatri. Nella Riunione di Firenze si è definita la struttura di base di tali incontri, che prevede due relazioni sullo stato dell'arte, una condotta da un diabetologo ed una dal cardiologo, seguita, nella logica della maggiore interattività possibile, da un lavoro di gruppo finalizzato all'elaborazione di un documento sintetico da discutere poi in sessione plenaria.

**Obiettivi:** Con questa campagna educativa l'Area Prevenzione dell'ANMCO si prefigge di supportare la diffusione delle conoscenze scientifiche sui pazienti cardiopati-



Jean-Etienne Liotard, *La bella cioccolataia*, 1744



Wayne Thiebaud, *Torte diverse*, 1981

ci diabetici nel mondo specialistico italiano, allo scopo di migliorare, alla luce dei più aggiornati percorsi diagnostici e terapeutici, l'approccio di cardiologi e diabetologi ad una patologia di così ampia rilevanza clinica e sociale.

REGIONE	REFERENTE
Abruzzo	A. Vacri
Basilicata	M.S. Caiazza
Calabria	A.M. Pirozzi
Campania	C. Riccio
Emilia Romagna	A. Pozzati
Friuli Venezia Giulia	L. Pilotto
Lazio	F. Colivicchi
Liguria	G. Gigli
Lombardia	P. Faggiano
Marche	D. Ciliberti
Molise	P. Lemme
Trentino Alto Adige	A. Bertoldi
Piemonte Valle d'Aosta	M.G. Sclavo
Puglia	R. Giaccari
Sardegna	C. Mossa
Sicilia	M.G. Abrignani
Toscana	C. Giustarini
Umbria	P. Reboldi
Veneto	F. Sartori

## LO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO: UNA CONDIZIONE POCO STUDIATA

*Numerosi problemi, tra cui molteplicità delle forme cliniche di presentazione, mancato accordo sulla definizione e sugli obiettivi del trattamento, hanno contribuito alla relativa scarsità di dati sullo scompenso acuto*



**La mortalità a 30-60 giorni per scompenso acuto (10% circa) è superiore a quella per infarto miocardico (3-9% a 30 giorni)**

L'invecchiamento della popolazione dei paesi industrializzati unitamente al miglioramento della sopravvivenza dopo infarto miocardico rendono ragione del crescente peso epidemiologico dello scompenso cardiaco cronico. L'aumento della prevalenza di tale condizione ha determinato inevitabilmente un costante incremento delle ospedalizzazioni per instabilizzazione dello scompenso stesso. Lo scompenso cardiaco, infatti, rappresenta una delle cause più frequenti di ospedalizzazione sia nel nostro paese che in altri paesi occidentali.

Oltre all'elevata prevalenza, i ricoveri per scompenso acuto o riacutizzato sono gravati da alta morbilità e mortalità.

Lo studio Temistocle ha messo in evidenza mortalità intraospedaliera del 5-6%, del 15-16% a sei mesi e reospedalizzazione del 46% nei sei mesi di follow-up. Nello studio multicentrico OPTIME (Outcomes of a Prospective Trial of Intravenous Milrinone for Exacerbations of Chronic Heart Failure), il più ampio trial condotto fino ad oggi su pazienti ospedalizzati per instabilizzazione dello scompenso, la mortalità a 60 giorni è stata del 9,6% mentre la mortalità associata alla reospedalizzazione entro 60 giorni è stata pari al 35,2%. Tutto ciò si traduce in elevati costi poiché più del 70% della spesa per scompenso cardiaco è dovuta ai costi dei ricoveri ospedalieri. Malgrado ciò, se da una parte abbiamo a disposizione numerosi dati derivanti da registri e survey riguardanti le linee di comportamento diagnostico e terapeutico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico, in letteratura esistono scarsi dati riguardanti pazienti con scompenso acuto. Inoltre se mettiamo a confronto l'enorme sviluppo farmacologico e tecnologico rag-

giunto nel campo delle sindromi coronariche acute, è evidente lo scarso progresso che è stato raggiunto nel trattamento dello scompenso acuto. Ciò dipende da numerosi fattori tra cui l'eterogeneità delle forme cliniche di presentazione, la mancanza di una chiara definizione del problema, l'assenza di accordo sugli obiettivi del trattamento dello scompenso acuto e sul mancato riconoscimento dello scompenso acuto come entità clinica distinta. La scarsa attenzione al problema dello scompenso acuto si deduce dal basso numero di trial clinici randomizzati, di cui il più ampio, il già citato OPTIME ha randomizzato solo 949 pazienti.

Sulla base di queste considerazioni il board di coordinamento dell'Area Scompenso ha progettato una survey prospettica di pazienti ricoverati nelle Unità Operative Cardiologiche dotate di unità di terapia intensiva per scompenso acuto al fine di raccogliere dati epidemiologici aggiornati su questa forma di scompenso.

Verranno raccolte le seguenti informazioni: caratteristiche cliniche basali dei pazienti, cause possibili di instabilizzazione o di comparsa dello scompenso, dati clinici e strumentali descrittivi della gravità dello scompenso al momento della presentazione, procedure diagnostiche eseguite, trattamenti farmacologici e non, eventi clinici durante la degenza e nel follow-up di 30 giorni. Verranno inclusi nella survey pazienti ricoverati con diagnosi di scompenso acuto de novo e pazienti con scompenso cronico instabilizzato con necessità di terapia farmacologica infusionale. In particolare i criteri di inclusione comprendono: 1) pazienti di ogni età e sesso; 2) improvvisa comparsa di segni e sintomi di insufficienza cardiaca riconducibile alla classe NYHA III-IV in pazienti senza storia di scompenso cardiaco; 3) pazienti con diagnosi già nota di scompenso cronico che pre-

CONSULTA ANCHE:

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

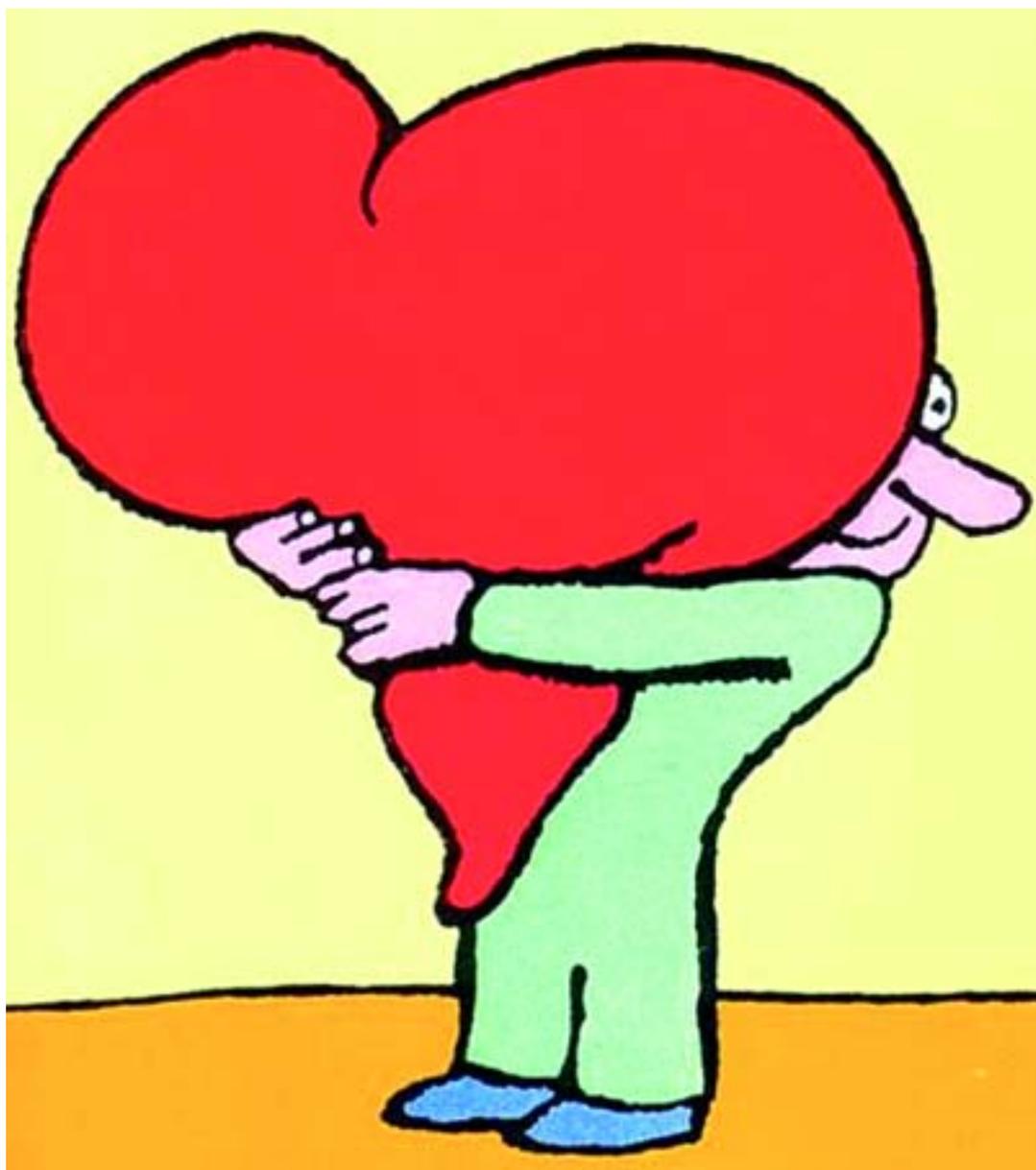
***La terapia dello scompenso acuto è cambiata relativamente poco rispetto ai grandi progressi raggiunti nel campo delle sindromi coronariche acute***

sentano peggioramento di sintomi e segni della malattia dopo un periodo di relativa stabilità; 4) edema polmonare acuto; 5) shock cardiogeno; 6) qualsiasi valore di frazione d'eiezione.

Riteniamo che la survey possa fornire dati sulle caratteristiche cliniche, sull'approccio diagnostico-valutativo e terapeutico e sui fattori prognostici di tale condizione

clinica, da utilizzare per implementare programmi educazionali volti al miglioramento del trattamento di tali pazienti, ed alla definizione di condivise modalità di comportamento. La survey è stata approvata dal Comitato Scientifico dell'ANMCO ed è stata definita la composizione dello steering committee.

Tra novembre 2003 e febbraio 2004 dovrebbe avvenire la raccolta dei dati che verranno presentati al Congresso Nazionale ANMCO del prossimo anno.



## LO SCOMPENSO CARDIACO, NON SOLO ASSISTENZA SANITARIA

di Francesco Paolo Calciano

Il convegno sullo scompenso svoltosi l'11 e 12 aprile a Matera, 1° Convegno Regionale "Scompenso e Territorio", con la partecipazione di illustri esperti italiani ed internazionali, mi spinge a scriverle per una riflessione ai margini dell'argomento congressuale, dove ho avuto fra l'altro l'opportunità di relazionare sui compiti del medico di medicina generale (MMG) nell'organizzazione della gestione domiciliare dello scompenso cardiaco.

Sono state presentate, durante il convegno, le Linee Guida Regionali per la Gestione dello Scompenso Cardiaco, frutto di un confronto tra i Cardiologi Ospedalieri, coordinati dal Responsabile dell'UTIC e della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale di Matera, Dott. T. Scandiffio e molti medici di medicina generale.

Non mi soffermerò sugli aspetti squisitamente sanitari del problema: lo scompenso cardiaco che rischia di divenire la pandemia del III millennio, grazie anche ai notevoli miglioramenti acquisiti oggi nella cura della cardiopatia ischemica ed ipertensiva. Le strategie terapeutiche oggi disponibili sono notevoli ed efficaci, come hanno ricordato gli esperti. È stata sottolineata l'importanza della terapia con B-bloccanti ed ace-inibitori, da iniziare, da parte del MMG, prima che inizi la congestione. Si porranno, e per alcuni aspetti già oggi ci sono, le prime avvisaglie inerenti i problemi organizzativi e pratici nella gestione del paziente con scompenso cardiaco. Le domande sono molteplici: come affrontare questa epidemia, quali le armi in prevenzione primaria e secondaria? quale organizzazione territoriale può rilevarsi maggiormente efficace nella prevenzione, nella gestione di uno scompenso e nell'assistenza domiciliare dello stesso? quali sinergie funzionali creare per rispondere al meglio a questa preannunciata emergenza? Occorre mettere in campo tutte le risorse umane e materiali e coordinarle al meglio. Il ricovero standard dovrebbe diventare un'eccezione da riservare a quei gravi scompensi in classe D ed in casi selezionati della classe C secondo la classificazione dell'ACC/AHA. Importante l'assistenza domiciliare al malato. Questo implica uno stretto contatto periferia-centro. Al centro l'ambulatorio dedicato o il D.H. dedicato allo scompenso, in stretto contatto con i MMG e con i medici del territorio. Vi è il rischio di vanificare tutto laddove non si realizzino delle condizioni minime per poter assistere a domicilio un paziente. In quest'ambito non si può generalizzare, prevedere cioè un modello assistenziale che vada bene a Milano come a Grassano, in provincia di Matera.

Occorre sempre partire dalla realtà in cui si opera: quali i dati epidemiologici di partenza, quali le condizioni sociali, sanitarie, assistenziali di quella realtà, le strutture presenti ed operanti, le possibili sinergie. Ed ancora, cosa ci si può attendere nell'immediato? Dei punti fermi devono esserci: al centro l'ammalato, alle due estremità l'ambulatorio dedicato o il D.H. dedicato ed il MMG. Strategica diviene l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), prevedendone l'attivazione diretta ed immediata da parte del MMG, il quale dovrebbe poter disporre autonomamente degli accessi propri, degli specialisti, degli infermieri e dei fisioterapisti in relazione alle esigenze dell'ammalato. Ruolo non marginale al Distretto Sanitario con funzioni di controllo e luogo attrezzato con gli strumenti minimi indispensabili per una corretta gestione domiciliare della malattia. Importante la comunicazione tra i vari attori del pianeta Sanità. Un aggiornamento contestuale da parte dei vari pro-

fessionisti interessati, può favorire lo sviluppo di uno stesso linguaggio e di un comune metodo di lavoro. Per rendere funzionale un progetto di assistenza domiciliare, non si può prescindere da problematiche socio-assistenziali. Si può concordare su epidemiologia, fisiopatologia, clinica e terapia, ma come tradurre tutto ciò sul territorio? Il problema è medico, ma non solo tale. Chi deve preoccuparsi dell'alimentazione, dell'igiene di questi pazienti? Chi deve somministrare loro le terapie quando vi è perdita di autonomia? Se non valutiamo anche questi aspetti, che certamente non sono medici, come potremmo in pratica assisterli a domicilio? Non è nostra responsabilità. Indubbio.

Possiamo però segnalare il problema, prospettare delle soluzioni? Altrimenti, nell'attuale nostra realtà la soluzione diviene il ricorso al ricovero standard, con un costo ed una spesa eccessiva che viene automaticamente stornata da altri utilizzi sempre in campo sanitario. Ben vengano ospedali di comunità, Hospice Care, RSA, ma nel frattempo nelle nostre comunità di periferia cosa fare? Nella nostra realtà, fatta di una popolazione che invecchia in solitudine, per via della lontananza dei figli, fuori per motivi socio-economici, il problema diviene grave. Se non vogliamo vedere scomparire tante piccole comunità, occorre trovare anche il modo di assistere a domicilio in modo adeguato i cittadini di queste comunità. Occorre anche pensare a soluzioni transitorie in attesa di soluzioni stabili.

Nel mentre si programmano sul territorio, in ambito comprensoriale, gli ospedali di comunità, gli Hospice Care e le RSA, occorre prevedere in ogni comune delle forme di assistenza temporanea per pazienti che momentaneamente diventano scompensati e perdano temporaneamente la loro autonomia.

Si potrebbe lavorare su due fronti, da una parte la creazione di centri diurni e/o notturni, con la possibilità di attivare temporaneamente la gestione di alcuni posti letto, utilizzando personale infermieristico ed ausiliare per il breve periodo della disabilità; oppure la possibilità dell'assistenza temporanea al proprio domicilio da parte di una famiglia della stessa comunità, che sia disponibile, per il breve periodo necessario a ripristinare lo stato di benessere, a farsi quindi carico dei problemi assistenziali dell'ammalato con il supporto dell'infermiere per la quota parte di competenza di quest'ultimo e con il coordinamento sanitario da parte del MMG. Un progetto di **“adozione temporanea dell'anziano ammalato”**.

Questa proposta probabilmente è incongrua in altre realtà.

Comunque è necessario anche da parte nostra una discussione su questi aspetti, se vogliamo realmente che l'assistenza domiciliare diventi un moderno ed adeguato mezzo di assistenza all'ammalato.



## NOTIZIE DAL PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

### Primo bilancio dopo un anno di attività

di Giuliano Brocchi



Il CONSIGLIO DIRETTIVO Regionale ha stabilito di **aumentare il numero dei membri** cooptando i due primi non eletti, Paolo Musso di Ivrea e Giorgio Millesimo di Torino, e Claudio Grossi **referente regionale per la Cardiocirurgia**, con l'obiettivo di ottenere un maggior coinvolgimento e partecipazione dei Cardiologi e di ottimizzare le sinergie con i Cardiocirurghi. Sono stati identificati **i referenti regionali**

**per l'Area Nursing**: per i medici Enzo Martinelli di Alessandria, per la componente infermieristica Antonella Biondi di Torino, con l'obiettivo di coordinare iniziative anche con i referenti di quadrante.

Sono stati accettati 40 nuovi Soci ordinari ed aggregati.

*Consiglio Direttivo allargato anche a referente cardiocirurgico regionale*

FELLOWS ANMCO: **è aumentato il numero dei fellows piemontesi e valdostani**: Enrico Cecchi, Alessandra Chinaglia, Marco Demarchi, Claudio Moretti, Alfredo Pizzuti, Rita Trincherò.

INIZIATIVE REGIONALI: il 23 maggio ha avuto luogo il **CONGRESSO REGIONALE**, nella splendida cornice del Castello di Rivoli, con il programma imper-



Alessandro Lupo, *Il mercato di Chivasso*, 1920

**Soddisfazione per i nuovi fellows del Piemonte e Valle d'Aosta e del successo dei learnings**

niato sulle emergenze aritmiche, sui protocolli infermieristici per la defibrillazione precoce e sulla presentazione delle esperienze dei vari quadranti regionali sulle reti per l'angioplastica primaria, oltre a trattare argomenti ancora oggetto di discussione, come il ruolo della coronarografia e degli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa negli NSTEMI, i risultati dell'angioplastica primaria nello shock. Al termine Assemblea Elettiva della SIEC.

Successo dell'iniziativa con 370 iscritti, **300 partecipanti**, di cui la metà infermieri, presenza dell'Assessore Regionale alla Sanità e del Direttore dell'ARESS. Nei giorni successivi ha avuto luogo un incontro, da tempo richiesto, tra l'Assessore ed i Presidenti regionali di ANMCO, SIC, AIAC e referente GISE.

È in fase organizzativa l'abituale **riunione congiunta con la SIC. Data prevista 10-11 ottobre**. Argomento: **controversie nel trattamento della cardiopatia valvolare e dello scompenso cardiaco avanzato**, con relatori italiani e stranieri. **Assemblea regionale: Il 2 luglio per discutere il Documento "Strutturazione ed organizzazione funzionale della cardiologia". Dalla riunione è emersa una sostanziale condivisione e le considerazioni saranno portate al Nazionale.**

**Successo di pubblico e critica del Congresso Regionale imperniato sulle emergenze cardiologiche**

CONGRESSO NAZIONALE 2003: i Cardiologi del Piemonte e della Valle d'Aosta sono stati particolarmente attivi come relatori e moderatori. Molti degli argomenti proposti sono stati inclusi nei programmi.

LEARNING: le iniziative formative organizzate dalle cardiologie regionali hanno riscosso un **notevole successo ed una buona partecipazione**. Anche il **primo Corso Regionale**

**ACLS ANMCO** ha pienamente soddisfatto e gli allievi migliori sono stati proposti per il Corso Istruttori.

HEART CARE FOUNDATION: i cardiologi e gli infermieri hanno garantito la **presenza alle iniziative di HCF** sia rivolte alla popolazione che agli insegnanti per i progetti educazionali nelle scuole.

NOTE DOLENTI: parzialmente risolti i già segnalati problemi di rapporto con le istituzioni regionali, con cui persistono le difficoltà a farsi riconoscere come interlocutori istituzionali, e quello del sindacato ANMCO, che continua ad incontrare una scarsa adesione, con la sensazione di non riuscire ad incidere per una scarsa sensibilità sull'argomento.

**Le note dolenti dei rapporti con le istituzioni e delle difficoltà a promuovere il sindacato**

Si è cercato di trasmettere il massimo delle informazioni sulle iniziative dell'ANMCO al maggior numero di cardiologi, con l'invio di **NEWS per posta** elettronica o normale.

Ulteriori informazioni possono essere ricavate consultando il sito ANMCO regionale **www.anmcopiemonte.org**.

Un saluto dal Direttivo del Piemonte e Valle d'Aosta.

## È GIUSTO PROPORRE LA CREAZIONE DI UNA NUOVA AREA/GRUPPO DI STUDIO ANMCO DI CARDIOLOGIA GERIATRICA?

Negli ultimi numeri di "Cardiologia negli Ospedali" sono stati riportati autorevoli pareri circa la necessità di istituire un'area od un gruppo di studio finalizzato alla gestione del cardiopatico anziano. Ne è emerso un indirizzo che appare totalmente condivisibile. La popolazione dei paesi occidentali sta invecchiando e tale proiezione si rifletterà in un futuro prossimo (ma non è già il presente?) in un'epidemia di malattie cardiovascolari che investiranno in maniera preponderante gli anziani. I cardiologi, dunque, dovranno affrontare nella pratica clinica il pianeta "anziani" che per un verso è caratterizzato da frequenti comorbidità, da un alto grado di disabilità e spesso dalla non autosufficienza e, per un altro, richiede appropriate strategie diagnostico-terapeutiche, che sono oggi insufficientemente caratterizzate data la scarsità sia di osservazioni epidemiologiche che di studi clinici di intervento sulla popolazione geriatrica.

Di fronte a questo scenario, dunque, la proposta emersa non può che trovare un ampio consenso. A tale proposito ci si permetta, tuttavia, un ulteriore, sebbene non autorevole come i precedenti, contributo.

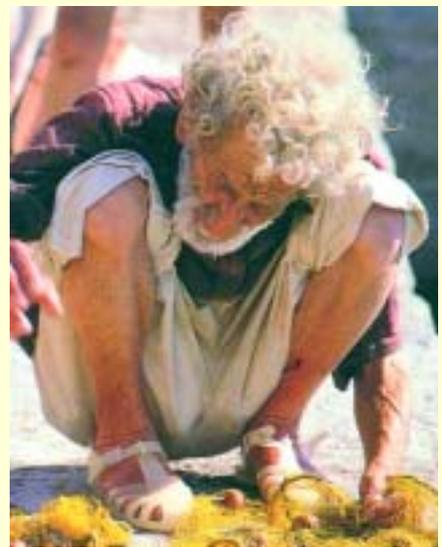
L'aterosclerosi sottende a gran parte delle sindromi cliniche secondarie alla cardiopatia ischemica, all'aneurisma aortico, e alle vasculopatie periferiche e costituisce un fattore patogenetico non trascurabile nelle cerebrovasculopatie. L'impatto di tali patologie sulla mortalità della popolazione è ben noto. Negli Stati Uniti, ad esempio, queste malattie sono responsabili di più del 25% dei decessi nella popolazione al di sotto dei 65 anni, ma diventano di gran lunga la causa più frequente tra gli anziani, essendo responsabili del 51% delle morti tra gli uomini e del 56% tra le donne. Questa elevata prevalenza non è solo la conseguenza di una prolungata sopravvivenza degli individui malati fino ad un'età più avanzata, ma anche il risultato di una più alta incidenza. I vecchi, in definitiva, si ammalano di aterosclerosi di più rispetto alla popolazione di mezza età. Le ragioni di questa aumentata incidenza, comunque, non sono del tutto chiare.

Negli anni passati, numerosi fattori di rischio per l'aterosclerosi ed altre malattie sono stati identificati tra la popolazione adulta, grazie a studi epidemiologici. Questo approccio, tuttavia, si è rivelato meno efficace nell'individuare fattori di rischio modificabili tra gli anziani. Con l'età, infatti, il rischio relativo si riduce e gli interventi di correzione su vari fattori di rischio hanno dimostrato minori benefici. Come già ricordato, poi, una caratteristica della popolazione anziana è la sua eterogeneità sotto il profilo dello stato di salute; gli studi di epidemiologia geriatrica richiedono, dunque, un maggiore rigore nella misurazione dell'impatto dei diversi fattori di rischio e debbono tenere conto del possibile diverso stato di salute. Pur con queste limitazioni, comunque, numerose indagini suggeriscono che l'associazione tra fattori di rischio noti e malattia aterosclerotica venga mantenuta anche nella popolazione anziana. Con ogni probabilità, tuttavia, l'aumento di incidenza di malattie cardiovascolari nella popolazione anziana non è solo il prodotto di una più lunga esposizione ai fattori di rischio, ma anche la conseguenza di modificazioni della biologia dell'organismo che sono intrinseche al processo di invecchiamento e che predispongono i vasi ad uno sviluppo accelerato della lesione aterosclerotica. Sebbene l'aterosclerosi non sia una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento (come dimostrato dal riscontro autoptico di coronarie intatte in soggetti ultranovantenni), molte osservazioni sperimentali, soprattutto in modelli animali, suggeriscono che, al di là della "pressione" dei fattori di rischio "standard", l'invecchiamento ed il rimodellamento vascolare ad esso correlato rappresentino elementi predisponenti l'aterosclerosi in maniera indipendente. In altre parole, le modificazioni in composizione e struttura della parete vascolare, così come i processi adattativi che caratterizzano il processo di invecchiamento rappresentano il substrato ideale per lo sviluppo della malattia aterosclerotica e possono rendere conto della predisposizione degli anziani all'aterosclerosi.

La "generica" vasculopatia dell'anziano, comunemente denominata



Rembrandt, Ritratto di vecchio in rosso, 1653



**«Bisogna confrontare  
delle idee vaghe con  
delle immagini chiare».**

**Jean-Luc Godard**



arteriosclerosi, è caratterizzata infatti dall'ispessimento della parete vascolare, dalla riorganizzazione cellulare e della matrice e dall'aumento dello spessore subintimale dovuto all'accumulo di collagene, di cellule mononucleari e di cellule muscolari lisce del vaso. La radicale modificazione della architettura cellulare e strutturale dell'arteria associata all'avanzare dell'età, inoltre, è associata ad una serie di alterazioni cellulari, che possono rendere conto della maggiore incidenza di malattie cardiovascolari negli anziani e rappresentare il substrato ideale per l'instaurarsi della malattia aterosclerotica. Così, ad esempio, l'invecchiamento sembra alterare la funzione e la responsabilità delle cellule endoteliali, modificandone la permeabilità e favorendo, di conseguenza, l'ingresso di macromolecole plasmatiche come le LDL nello spazio subendoteliale. Ancora, con l'avanzare dell'età viene alterata la produzione di alcuni peptidi vasoattivi, come l'ossido nitrico o l'endotelina-1, o come la prostaciclina, che inibendo l'aggregazione piastrinica, il rilascio di citochine come il PDGF, la proliferazione delle cellule muscolari lisce e l'adesione e attivazione dei leucociti, gioca un ruolo importante nella patogenesi dell'arteriosclerosi. Infine, durante l'invecchiamento si assiste ad una serie di modificazioni cellulari a livello metabolico, che possono a loro volta influenzare la reattività della parete vascolare. Un tipico esempio di questi prodotti metabolici, associati all'età avanzata, sono i prodotti di glicosilazione irreversibile o "advanced glycation endproducts" (AGE), che determinando uno stress ossidativo di notevoli proporzioni, potrebbero essere implicati nella patogenesi della lesione aterosclerotica, causando disfunzione endoteliale, danno cellulare, infiammazione e reclutamento di monociti dal torrente ematico e di cellule muscolari lisce dalla tonaca media del vaso.

Accanto a questi esempi, molti altri processi strutturali, cellulari, biochimici e molecolari legati all'invecchiamento sembrano poter giocare un ruolo non trascurabile nella patogenesi della arteriosclerosi. Lo studio del rimodellamento vascolare dell'anziano, dunque, è potenzialmente un ottimo modello per una migliore caratterizzazione dei meccanismi che sottendono la formazione della lesione aterosclerotica. Paradossalmente, le informazioni che si possono ottenere dallo studio del "vecchio" potrebbero essere di enorme giovamento anche per il "giovane". Anche sotto questo punto di vista, quindi, la costituzione di un'area o di un gruppo di studio nell'ambito della nostra Associazione rappresenta un'occasione da non perdere.

Claudio Bilato  
Clinica Cardiologica - Università di Padova

Maria Chiara Corti  
Divisione di Geriatria - Ospedale di Camposanpiero (PD)

### **Riceviamo e pubblichiamo un contributo della collega Paola Marchi al dibattito scaturito dalla recente guerra in Iraq**

Caro Direttore,

ho letto la lettera del collega Steffenino da Lei pubblicata sul N. 132 (marzo-aprile 2003) di "Cardiologia negli Ospedali" e, pur apprezzando la nobiltà degli intenti, devo dire che essa non mi convince, poiché non si può generalizzare mettendo tutte le guerre sullo stesso piano.

L'uso delle armi non è sempre e comunque da condannare: anche i partigiani le usarono (eccome!), ma la guerra di liberazione fu sacrosanta.

Io non sono d'accordo con l'attuale guerra "americana", ma sono convinto, ad esempio, che fu giusto reagire nel 1991, quando Saddam aggredì brutalmente il Kuwait. Che cosa avrebbe dovuto fare il mondo? Assistere inerte a un'ingiustizia? Attendere (poiché l'appetito vien mangiando) che Saddam, dopo il Kuwait, provasse ad aggredire qualche altro stato?

Non a caso Francia e Germania allora appoggiarono gli U.S.A. ed anche Egitto e Siria parteciparono, con i loro soldati, alla "guerra del golfo".

Già nel 1938 l'Europa, imbecille e inerte, lasciò che Hitler, dopo aver perseguitato gli Ebrei, si impadronisse dell'Austria e della Cecoslovacchia: il seguito è noto.

Pertanto, allorché un dittatore viola gravemente il diritto internazionale, aggredendo un altro stato, la reazione è semplicemente doverosa. Certo, da buoni pacifisti possiamo chiedere al dittatore di ritirarsi. Ma se quello se ne infischia della richiesta, che cosa si deve fare? E che cosa diremo agli aggrediti che ci chiedono aiuto? Che stiamo manifestando per la pace?



## A Sabino Scardi la targa d'oro 2003 dell'ANMCO

di Francesco Boncompagni

**Caro Sabino, La targa d'oro ANMCO 2003 ti ha premiato per il lavoro svolto a favore della cardiologia italiana in 36 anni di attività. È un traguardo importante per un cardiologo "ruspante". Come sono stati gli inizi?**

Molto duri, iniziai con Camerini nel 1967 in quattro stanze che oggi nella nuova struttura diretta da Gianfranco Sinagra sono diventate una palazzina di quattro piani "il polo cardiologico e cardiocirurgico triestino".

**Nel tuo curriculum figurano ben 242 lavori scientifici di cui 132 pubblicati su riviste con referee. La tua nota insonnia ti ha favorito in questa attività?**

In verità non soffro di insonnia, ho un sonno breve favorito da una noiosa rinite cronica. Sicuramente alzarsi presto di notte mi ha aiutato molto a scrivere lavori.

**La tua produzione scientifica spazia su tantissimi argomenti. Perché?**

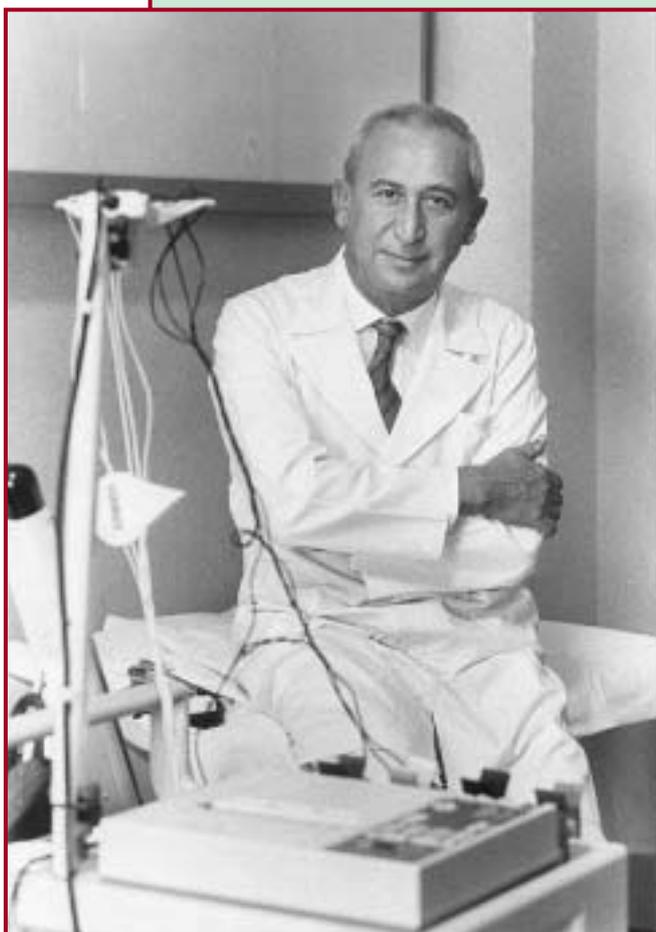
Avendo avuto la fortuna di vivere il progresso della cardiologia ho dovuto interessarmi di molti problemi e nella mia ricerca ho cercato sempre di "verificare" i risultati di ciò che facevo sul campo. Ecco perché partendo dalla cardioversione elettrica del 1968 sono passato alla stimolazione endocardica, all'organizzazione sanitaria (dipartimento cardiologico, scuola di specializzazione in cardiologia per le infermiere, Centro di cardiologia sociale, l'automisurazione della pressione arteriosa), alla malattia del nodo del seno della quale comunicammo il primo caso in Italia allo storico Congresso ANMCO di Venezia, all'educazione sanitaria della popolazione compresa l'esperienza scolastica, alla prevenzione e alla riabilitazione cardiologica.

**In questi due ultimi anni ti sei interessato oltre che di rischio embolico anche di nuovi modelli di terapia anticoagulante. Perché?**

Dallo studio TASAF (Trieste Area Study in Atrial Fibrillation) in cui arruolammo 700 pazienti con fibrillazione atriale cronica, ci rendemmo conto che, nonostante i risultati dei trial, la terapia antitrombotica era poco praticata in questi pazienti. Ho dedicato questi due anni a facilitare la gestione di questa difficile profilassi. Con orgoglio posso affermare che, nella nostra Azienda, grazie all'uso del coagulometro portatile, abbiamo reso molto più facile la gestione della terapia con soddisfazione dei medici e dei pazienti.

**E per il futuro?**

Poiché negli anni passati mi sono occupato di prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica con scarso successo, l'obiettivo di questa ultima fase del mio impegno professionale è dedicarmi alla prevenzione "preprimaria" studiando i familiari dei pazienti con cardiopatia ischemica prematura. Ho proposto perciò ai colleghi del Gruppo GICRP lo





studio FISH (Family Italian Heart Study).

**Cosa ci dici della tua esperienza editoriale?**

Ho collaborato con il Giornale Italiano di Cardiologia fin dal primo numero (Direttore il Prof. Rovelli). Il primo lavoro originale della nuova rivista a pagina 4 era una ricerca di Camerini e mia sul fenomeno della neutralizzazione elettrocardiografica nella recidiva infartuale che presentai come tesi alla Scuola di Specialità in Geriatria. Successivamente ho collaborato con tutti gli altri Direttori, ma devo sottolineare la bella esperienza fatta con il Direttore Eligio Piccolo che mi permise di crescere molto in questo campo. Ha saputo in questi giorni che, per motivi internazionali, non farò più parte del board di Italian Heart Journal. Un po' mi spiace...

Con un certo orgoglio ricordo l'esperienza di direttore del Giornale di Riabilitazione che ho diretto per tre anni attualmente sostituito dal Monaldi Archives.

**Quali i tuoi obiettivi di politica sanitaria?**

Al recente Congresso Nazionale la Task Force ha presentato il progetto della rete cardiologica. Si è parlato di continuità assistenziale... Non ho capito con quali mezzi. Cercherò di assicurare a Trieste la continuità assistenziale e non solo per lo scompenso cardiaco ma anche per tante altre patologie di cui non si è parlato a Firenze.

Mi riferisco al follow-up degli ischemici rivascolarizzati e non, alla disfunzione asintomatica, alle aritmie parossistiche, alle valvulopatie operate e non. Grazie all'accordo tra le due aziende sanitarie e alla costituzione del Dipartimento interaziendale di Cardiologia cercheremo di assumere cardiologi tutti dipendenti e non liberi professionisti. In questa opera ci da man forte l'agenzia regionale. Resta ancora il nodo del medico di medicina generale. Per questa figura sarà necessario un intervento legislativo oltre alla nostra opera di progressivo coinvolgimento.

**In questa "vertiginosa" operatività quale lo spazio per la famiglia?**

Mia moglie Miriam ha fatto la luna di miele a Solda in occasione di un Corso di formazione sulla sperimentazione clinica dei farmaci antianginosi che la Ciba Geigy teneva il giorno dopo le mie nozze. La figlia l'ho vista quattro ore dopo la nascita di ritorno dal Congresso dell'American Heart Association. Per la nascita del secondo nipote però ho interrotto un congresso a Napoli dell'amico Carmine Chieffo.

Sicuramente la famiglia non ha tratto molto giovamento dalla mia attività. Ma ho una famiglia ...molto comprensiva e molto collaborante. Miriam mi corregge... le bozze, Marina... l'inglese, devo molto a Loro. Adesso ho due splendidi e vivaci nipoti Giammarco e Pierpaolo, mi dedicherò a loro.

## RIFLESSIONI... ED INCUBI DI UN “CARDIOLOGO TRASPORTATORE”

Riportiamo il testo della lettera di un collega inviata alla propria Direzione Sanitaria (e regolarmente protocollata), in seguito ad un ennesimo “trasporto...”

Illustrissimo Sig. Direttore Sanitario

Il 3 novembre 2001, poco dopo le 11, sono stato chiamato in Pronto Soccorso come “Medico Trasportatore” di G.P., un uomo di 36 anni. Aveva una dissezione aortica e, pertanto, doveva essere trasferito con urgenza presso la Cardiocirurgia dell'Ospedale S. Leonardo di Salerno, la più vicina disponibile a ricoverarlo.

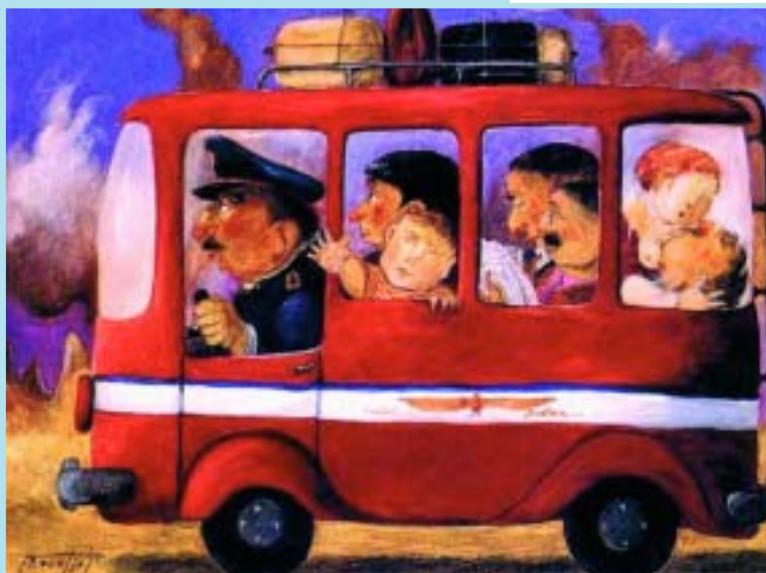
Dopo una breve richiesta di spiegazioni sul perché dovessi essere proprio io, cardiologo in servizio di reperibilità, ad accompagnare il paziente, e dopo aver addirittura ricevuto un “Ordine di Servizio” da codesta Direzione Sanitaria, siamo partiti alla volta di Salerno: nulla era più importante del dramma di quel giovane.

Ma, dato in consegna il paziente ai cardiocirurghi, durante il viaggio di ritorno, molte considerazioni hanno affollato la mia mente. Considerazioni di cui vorrei farLa partecipe, perché – penso – utili per l'organizzazione dei trasferimenti di pazienti, per il presente e per il futuro.

Innanzitutto ho ripensato alla motivazione che ha spinto la Direzione ad emettere un “Ordine di Servizio”: si tratta di una “nota circolare” emanata dal nostro Assessorato Regionale alla Sanità, intorno al 1996 (!) che recita: **nella fase di avvio del 118 i “malati cardiologici critici” che giungono in Pronto Soccorso e che devono essere trasferiti in altro Presidio, devono essere accompagnati dal Cardiologo!**

“Noi dobbiamo dare il meglio ai nostri malati” - mi è stato detto.

Mi sono sentito mortificato dal confronto tra la mia meschinità e l'alto valore morale che caratterizza il nostro Assessorato! “Che grande interesse per i malati! È un peccato che la stes-



Pino Procopio, *Il torpedone*, 1997

*sa sensibilità non sia stata applicata nell'attuazione di un valido piano per lo sviluppo della cardiocirurgia calabrese!”*

Ma ripensando alla sensibilità dell'Assessorato alla Sanità, altri pensieri mi sfiorano la mente. ...“Se dopo tanti anni di impegno sul campo, se dopo innumerevoli ‘corsi’ (tenuti per lo più anche da noi medici della Cardiologia) il 118 non è in grado di compiere ‘questi delicati trasporti’,... vedrai che l'Assessorato alla Sanità della Regione Calabria emanerà nuove ‘norme’, a cui è bene prepararsi in tempo”.

E qui il mio pensiero va a quegli infartuati che, giunti al nostro Ospedale, spesso assistiti dal 118, devono essere trasferiti altrove per mancanza di posti in UTIC. Anche in quel caso, per effetto della “nota circolare” il medico trasportatore deve essere un Cardiologo!

“Perdinci, ma qui c'è una grave anomalia che deve essere sfuggita all'Assessorato perché qualcuno deve spiegarmi come mai, **se il 118 non è in grado di trasportare gli infartuati dal PS ad altre strutture, può trasportare i malati da casa o da altri ospedali al nostro PS, tra l'altro nella fase più critica dell'IMA**”.

Mi consola il pensiero che è tanto grande l'amore per i malati del nostro assessorato che



Caravaggio, *Incredulità di San Tommaso*, 1599

presto sarà emanata una nuova circolare con la quale si stabilirà una volta per tutte che i cardiologi dovranno recarsi presso le strutture periferiche e naturalmente a domicilio dei pazienti per "soccorrere i malati di interesse cardiologico e trasportarli al nostro Ospedale".

Nel frattempo (sono ormai le 17) giungiamo a Polla, piccolo centro della Campania: qui è d'obbligo fermarsi alla "trattoria del Rosso". Gli autisti la considerano una "conditio sine qua non...": se non ci si ferma non si può procedere verso casa!

Interrompo le mie considerazioni, perché potrebbero farmi andare il cibo di traverso e anche perché mi piace osservare la famiglia che gestisce la trattoria... Che persona squisita il Rosso. Che gentile sua moglie. E come sono cresciute le sue figliuole: due graziosissime signorine! La mente va a tanti anni fa quando, ancora piccoline, scorrazzavano per il locale o, sul tavolo in fondo, facevano i compiti di scuola. Quanta strada da allora (e quanti chilometri) abbiamo fatto.

Ripartiamo e penso al giovane trasportato: sarà sala operatoria, speriamo che ce la faccia! Ma ripenso anche alle motivazioni che hanno indotto il gruppo (PS - 118) a ritenere il paziente "di pertinenza cardiologica": un aneurisma dissecante dell'aorta ascendente.

... "C'è già – mi fu detto con occhio lucido, ciglia corruciate, labbro contratto – un piccolo versamento pericardico!"...

... "Ma cosa potrei fare io – o chiunque – su un'ambulanza, se dovesse avvenire una rottura dell'aneurisma? La morte avverrebbe in pochi istanti..."

**"E NO! NO! L'aorta ascendente è vicina al cuore! Fosse un aneurisma dell'aorta addominale! ...O al massimo un aneurisma dell'aorta discendente! Ma lì siamo proprio sul cuore..."**

Siamo già a Campotenesse, a circa 1000 metri d'altitudine: sarà il freddo ed il vento, ma i miei pensieri si fanno agitati.

**... "Contiguità per contiguità – penso – anche il mediastino è a ridosso del pericardio e del cuore. Una mediastinite – che so io? – potrebbe rientrare nelle competenze cardiologiche"...**

**... "E perché no?? Alcune patologie polmonari si complicano spesso con le più varie patologie cardiache"...**

E mi fermerei qui, perché – mi ricordo – alcuni anni fa un empiema della colecisti con ascesso subfrenico si complicò con pericardite purulenta! Bisognerà che qualcuno informi l'Assessorato. "Noi dobbiamo dare il meglio ai nostri malati".

Prendo una rivista cardiologica per distrarmi un po', la apro a caso, ma che leggo? "Angioplastica primaria: creare in tempi brevi una rete nazionale". E qui la mente mi si affolla di innumerevoli pensieri: stand-by cardiocirurgico, centri di riferimento, trasporto protetto, ecc.

Un "timor panico" mi invade e, benché faccia freddo, mi tocco la fronte e la sento madida di sudore.

"Se al trasferimento, per urgenze, di pazienti ricoverati nella nostra Divisione verso reparti di 'Emodinamica Interventistica' o di Cardiocirurgia (ben 4 nell'ultima settimana!) si aggraverà la folla che ora sfila dinanzi alla mia mente, la situazione che si prospetta è – a dir poco – da 'girone dantesco'!"

Affacciandomi dal finestrino vedo che a questo punto Cosenza è ormai vicina.

**... "Devo avvertire il Direttore Sanitario, mi dico, perché, se le cose continueranno ad andare in questa direzione, bisognerà pensare a nuove assunzioni: gli attuali**

*medici della Cardiologia saranno assolutamente insufficienti. Non solo, ma per queste nuove assunzioni bisognerà tener conto delle 'attitudini al viaggio' dei nuovi medici, e magari far firmare loro un atto notorio in cui dichiarino, come requisito fondamentale per l'assunzione, di non soffrire di 'mal d'auto'.*

Rinnovando sempre i miei Sentimenti di Stima

Invio i più cordiali saluti

Dott. Nicola Venneri

PS: Prima di inviare al protocollo la presente ho telefonato alla Cardiochirurgia di Salerno: il giovane di cui sopra è stato operato e va abbastanza bene.



Marc Chagall, *Sulla città*, 1914

## **Firenze, 3 giugno 2003** **“Tutti insieme... alla stazione Leopolda”**

*Francesco De Gregori  
canta in occasione  
dell'evento sociale  
ANMCO 2003:*



*“E qualcosa rimane tra le pagine  
chiare e le pagine scure”*

*Rimmel*



PRIMO  
ANNUNCIO  
E  
CALL FOR  
ABSTRACT

ANMCO  
Congresso  
Nazionale  
di Cardiologia

# CARDIONURSING ANMCO 2004

23-25 MAGGIO - FIRENZE, Fortezza da Basso  
Sessioni Plenarie - Seminari - MiniMaster - Comunicazioni Orali - Poster

