



LUGLIO - OTTOBRE N. 146/147 2005

ARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



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

**AMICI
DELL'ANMCO**

AstraZeneca • Boehringer Ingelheim • Pfizer Italia • Roche • Sanofi-Aventis • Servier Italia • Takeda

Congresso Nazionale ANMCO 2005
OLTRE 5000 iscritti



La partecipazione di tanti è il più grande successo di tutti.
Arrivederci a Firenze dal 31 maggio al 3 giugno 2006
al XXXVII Congresso Nazionale



ANMCO 2006
Anche tu ci SEI

IN QUESTO NUMERO:

EDITORIALE

2 IN ANMCO "PIÙ LONTANA DI CHIUNQUE ALTRO" CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI DIVENTA RIVISTA. UNA CHIARA CONDIVISIONE PER LA DEDIZIONE ALLE STRADE APERTE
di Francesco Bovenzi e Francesco Boncompagni

DAL PRESIDENTE

3 RIFLESSIONI SUL CONGRESSO. UN SUCCESSO FRUTTO DI UN GRANDE IMPEGNO
di Giuseppe Di Pasquale

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

7 CON IL REGOLAMENTO PRENDE IL VIA IL FONDO ANMCO PER LA RICERCA
di Francesco Bovenzi

8 REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DEL "FONDO ANMCO PER LA RICERCA"

DAL XXXVI CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

di Rachele Adoriso, Leonardo De Luca

10 SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO - AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY (ACC) - MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES IN ITALY AND NORTH AMERICA: FROM THE GUIDELINES TO THE REAL WORLD

17 COME PREVENIRE LA MALATTIA CARDIOVASCOLARE NELLE DONNE

23 EPIDEMIOLOGIA DELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

27 RUOLO ATTUALE DELLE CELLULE STAMINALI NELLA RIGENERAZIONE MIocardica

DAL XV CONGRESSO DELLA FSH

32 NOTIZIE DAL XV CONGRESSO DELLA SOCIETÀ EUROPEA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA: IPERTENSIONE E SINDROME DELL'APNEA OSTRUTTIVA
di Gian Francesco Mureddu

DALLA HEART CARE FOUNDATION

34 23 OTTOBRE 2005 CARDIOLOGIE APERTE CONTRATTACCO CARDIACO
di Franco Valagussa e Luca Vecchio

DALLE AREE

39 AREA MANAGEMENT & QUALITÀ IL RUOLO DELL'AREA OGGI
di Vincenzo Cirrincione

41 AREA NURSING RIFLESSIONI SUL CARIONURSING 2005
di Quinto Tozzi

44 AREA SCOMPENSO CARDIACO UN NUOVO APPROCCIO ALLO SCOMPENSO CARDIACO IN ETÀ AVANZATA
di Giovanni Pulignano, Donatella Del Sindaco, Andrea Di Lenarda

DALLE REGIONI

50 CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta

53 FRIULI VENEZIA GIULIA GORIZIA: CONVEGNO REGIONALE ANMCO "LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO CRONICO"
di Roberto Chiozza

55 COME SODDISFARE I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE OTTIMIZZANDO LE RISORSE FINITE: GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA? L'ESPERIENZA DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA
di M.G. Baldin, C. Pandullo, D. Pavan, G. Sinagra

58 LOMBARDIA DALLA REGIONE LOMBARDIA
di Antonio Mafrici

61 MOLISE IL PICCO PRESSORIO MATTUTINO BATTE: L'APPARATO CARDIOVASCOLARE RISPONDE
di E. Musacchio, P.L. Pilone, C. Schiattarella, V. Franco, M. Siniscalchi

CUORI ALLO SPECCHIO

63 INTERVISTA ALLA PROF.SSA MARIA GRAZIA MODENA
di Gessica Italiani

66 RINGRAZIAMENTO "TARGA D'ORO", FIRENZE 1 GIUGNO 2005
di Giuseppe Pinelli

ISTRUZIONI PER L'USO

67 LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

70 BUONSENSO CLINICO E SVILUPPO TECNOLOGICO: ETICA ED ECONOMIA
di Paolo Bocconcelli

72 BREVE COMMENTO ALL'ARTICOLO DEL DOTT. PAOLO BOCCONCELLI
di Bruno Milone

73 LA DIFFICILE COMUNICAZIONE IN MEDICINA NEL RAPPORTO MEDICO - PAZIENTE
di Francesco Bovenzi

FORUM

75 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: NUOVO IMPEGNO PER I CARDILOGI
di Umberto Guiducci

77 SCOMPENSO CARDIACO E PROPOSTE IN AMBITO SOCIO - ASSISTENZIALE PER LA TERZA ETÀ a cura del CONA - Cuore

FIGURARE LA PAROLA

80 a cura di Francesco Bovenzi



IN COPERTINA

*Claudia Molteni,
Stati d'animo, 2003 (particolare)*



N. 146/147 - luglio/ottobre 2005
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

Francesco Boncompagni

Co-Editor:

Francesco Bovenzi

Comitato di Redazione:

Gennaro Santoro, Giuseppe Vergara

Redazione:

Simonetta Ricci

E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 588784 - Fax 055 579334

E-mail: segreteria@anmco.it

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

Pier Filippo Fazzini

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

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa:

Tipografia Il Bandino - Firenze

IN ANMCO "PIÙ LONTANA DI CHIUNQUE ALTRO" CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI DIVENTA RIVISTA. UNA CHIARA CONDIVISIONE PER LA DEDIZIONE ALLE STRADE APERTE

Tra le modifiche dello Statuto ANMCO approvate in Assemblea nel recente XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia, c'è quella dell'articolo 23 che sancisce la sostituzione del titolo Notiziario per "Cardiologia negli Ospedali" con quello di Rivista. Questo riconoscimento premia l'impegno editoriale assunto con la ricerca di nuova immagine e contenuti.

Riuscire ad interpretare l'animo del Lettore "oltre" la semplice dimensione associativa della comunicazione interna non è facile. Parlare di Rivista è un segno tangibile di diffuso interesse e condivisione delle scelte. Vorremmo fare di più, crediamo di potervi riuscire, ma nell'immediato non dovrà mancare il prezioso contributo di tutti.

La creatività dell'oggi in ogni campo, nell'arte, come nella scienza, non è una formula magica, ha perso quella propria individualità del passato, divenendo ormai simbolo di un lavoro di gruppo, una miscela comunicativa di fantasia e concretezza, di progresso scientifico e di sviluppo umanistico, artistico e sociale.

Così una rivista dal taglio accattivante, arricchita da illustrazioni e fotografie, dovrà essere capace di sintetizzare con tutti e per tutti questi momenti.

La Rivista resterà bimestrale, perché, al di là dei costi, crediamo sia la giusta frequenza per il tipo d'informazione prodotta. "Cardiologia negli Ospedali" non ha pagine di pubblicità, se non quella istituzionale.

Una scelta d'immagine? Una scelta politica? Certo è difficile rinunciare a logiche di mercato e far fronte alla concorrenza. La pubblicità rappresenta una delle risorse principali che alimentano in tutto il mondo l'editoria, altrimenti in crisi. "Cardiologia negli Ospedali" resta la sola storica testata giornalistica di cui l'ANMCO è proprietaria e autrice.

Non dimentichiamo che in ANMCO "Cardiologia negli Ospedali" è dal 1964 "più lontana di chiunque altro", lo è sempre forte del suo più prezioso bene: la totale indipendenza.

Grazie per aver creduto nel nome di Rivista, grazie per il sostegno giunto dai Lettori ed, infine, grazie a quanti continueranno a scrivere contribuendo ad alimentare il suo rilancio.



Bruno Donzelli, *Il cuore dell'arte*, 1979

RIFLESSIONI SUL CONGRESSO UN SUCCESSO FRUTTO DI UN GRANDE IMPEGNO

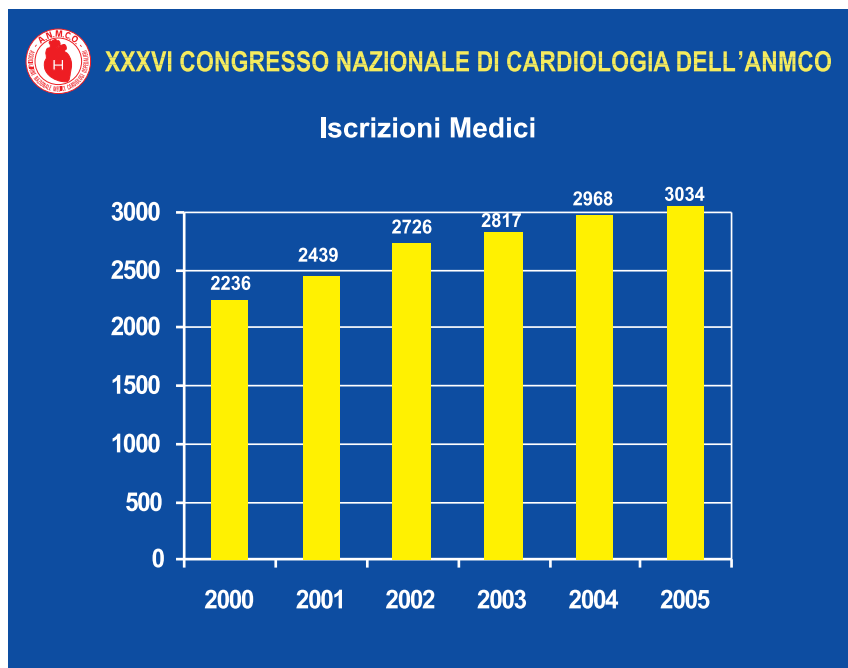


Figura 1



Il Congresso costituisce uno dei momenti più importanti per una Società Scientifica. Questo è vero anche per l'ANMCO, pur se il Congresso rappresenta soltanto una delle molteplici attività della nostra Associazione.

A me sembra che il XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO abbia avuto un buon successo ed il numero di riscontri positivi ricevuti è stato superiore ad ogni attesa.

La partecipazione al Congresso è stata la più elevata rispetto alle precedenti edizioni: il numero di medici iscritti ha superato per la prima volta quota 3.000 (Figura 1).

Anche quest'anno il Congresso è stato costruito con il contributo ideativo delle Aree dell'ANMCO, Regioni, Società cardiologiche di Settore e Gruppi di Studio.

I numeri del Congresso sono riportati in Figura 2.



Figura 2

Notevole è stato il successo di tutti i Minimaster, in particolare di quelli svolti in collaborazione con la Società Europea di Cardiologia e dei Simposi Congiunti svolti in collaborazione con l'American College of Cardiology ed altre Società Scientifiche non cardiologiche.

I temi selezionati dal Comitato Scientifico per le Sessioni Plenarie hanno affrontato le problematiche di più ampio interesse cardiologico per la ricerca clinica quotidiana: gestione delle sindromi coronariche acute nel paziente ad alto rischio, cardiocirurgia e scompenso cardiaco. Il Simposio Organizzativo è stato dedicato alla continuità assistenziale in Cardiologia, che implica l'attuazione della rete cardiologica integrata quale modello per la risposta ai bisogni assistenziali del cittadino-paziente e per la difesa della unitarietà della Cardiologia. Come da tradizione sono stati presentati in Sessione Plenaria gli Studi clinici dell'ANMCO che costituiscono l'espressione migliore della capacità aggregativa della Cardiologia italiana nella ricerca clinica indipendente svolta sul campo.

Due i nuovi studi dei quali sono stati resi noti in anteprima i risultati: il Registro sullo Scompenso Cardiaco Acuto, che costituisce il primo Registro italiano sul tema, e l'Heart Survey, uno studio di outcome su pazienti con ipertensione arteriosa ed ipertrofia ventricolare sinistra.

Il programma scientifico tradizionale è stato come di consueto completato dai Simposi, Letture Satellite e Luncheon Panel svolti in collaborazione con l'Industria Farmaceutica ed Elettromedicale. Gli Eventi Satellite costituiscono ormai una parte integrante del Congresso.

Il coinvolgimento del Comitato Scientifico nella scelta dei temi e dei relatori è stato significativamente superiore rispetto al passato. La dichiarazione di possibili conflitti di interesse è stata in ogni caso attentamente valutata. Diversi relatori e moderatori ANMCO ai Simposi Satellite hanno liberamente devoluto al "Fondo ANMCO per la Ricerca" il "fee" previsto dallo Sponsor. L'esclusione dell'accreditamento ECM per gli Eventi Satellite costituisce a mio parere un'anomalia sulla quale sollecito una riflessione da parte anche di altre Società Scientifiche.

Molte le novità introdotte quest'anno al Congresso dell'ANMCO. Anzitutto la riduzione della durata a 4 gior-

ni. Una durata del Congresso di 5 giorni era verosimilmente eccessiva, con il rischio della ripetitività dei temi scientifici e stanchezza dei partecipanti. Vedo con piacere che anche la Società Italiana di Cardiologia si è mossa in questa direzione riducendo a 4 giorni la durata del prossimo Congresso SIC. I tempi non sono maturi per pensare oggi ad un Congresso Congiunto dell'ANMCO e della SIC, anche se ritengo che questo dovrebbe essere un obiettivo a lungo termine.

Tuttavia, una riduzione delle attività congressuali autonome da parte di tutte le Società Scientifiche di Cardiologia, potrebbe, recuperando risorse, creare lo spazio in futuro per Eventi Congiunti svolti sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia.

L'introduzione di Live Session di procedure di interventistica coronarica e non coronarica in un Congresso di Cardiologia clinica come quello dell'ANMCO è stata una innovazione fortemente voluta dal Consiglio Direttivo. Lo scopo dell'iniziativa è stato quello di riunire figure professionali di diversa estrazione intorno ad argomenti di notevole attualità, talora considerati competenza esclusiva degli addetti ai lavori. Il successo registrato dalle Live Session in termini di partecipazione ed interesse dimostra l'importanza di creare occasioni di confronto tra il cardiologo clinico e quello interventista in un momento in cui la Cardiologia rischia di frammentarsi in subspecialità tecnologiche.

Buona è stata anche l'accoglienza delle altre innovazioni scientifiche al Congresso: i Clinical Round, costituiti dalla presentazione e discussione di casi clinici con snodi decisionali, il Simposio con la presentazione di novità tecnologiche emergenti in ambito cardiologico, il Simposio su Reti e Registri per le Sindromi Coronariche Acute costruito con le migliori comunicazioni ricevute sull'argomento.

L'Evento congiunto con i Medici di Medicina Generale "Cardiogeneralist ANMCO 2005" ha comunque rappresentato una delle innovazioni principali introdotte quest'anno nel Congresso dell'ANMCO.

L'apertura del Congresso ai Medici di Medicina Generale attraverso un Evento dedicato di una giornata, rientra in una più ampia strategia dell'ANMCO di integrazione tra Ospedale e Territorio ed in particolare tra Cardiologia ospedaliera e Medicina Generale. La nuova rivista

“Tempo Medico Cuore” presentata proprio in occasione del Congresso ANMCO rappresenta un’altra iniziativa in questa direzione.

L’ampia partecipazione di oltre 200 persone, non solo Medici di Medicina Generale ma anche Cardiologi, registrata al Cardiogeneralist ANMCO dimostra la validità dell’iniziativa. Stiamo già pensando ad uno spazio maggiore per questo Evento all’interno del prossimo Congresso ANMCO 2006. L’introduzione del Cardiogeneralist ANMCO dopo il consolidato Cardionursing ANMCO aggiunge una terza faccia al Programma del Congresso dell’ANMCO.

Il Cardionursing ANMCO anche quest’anno ha registrato un notevole successo in termini di attiva partecipazione e qualità scientifica. La maturità dei nostri infermieri è in continua crescita come dimostra anche la qualità dei contributi presentati al Cardionursing 2005 sotto forma di comunicazioni. Il personale infermieristico costituisce un patrimonio prezioso della nostra Cardiologia. L’investimento nella sua formazione specialistica continua ad essere un obiettivo strategico dell’ANMCO.

Heart Care Foundation è stata presente durante tutto il Congresso con una serie di Eventi svolti con l’obiettivo di coinvolgere anche i non cardiologi ed i cittadini su temi di educazione sanitaria e promozione della salute in ambito cardiovascolare. Grande interesse hanno riscosso i temi di quest’anno che hanno previsto la tutela della salute nell’ambito dell’Industria alimentare e le strategie per la riduzione del ritardo decisionale nell’infarto.

Al di là dei numerosi Eventi previsti nel programma il Congresso ANMCO 2005 è stata l’occasione per ritrovarsi insieme in amicizia e continuare insieme a fare nuovi progetti. La forza e la vitalità dell’Associazione fondano sul generoso impegno di tante persone ed il Congresso costituisce il più importante momento di aggregazione.

La Cerimonia Inaugurale del Congresso anche quest’anno ha previsto due momenti non formali ai quali l’ANMCO attribuisce un forte significato: la consegna della Targa d’Oro e la nomina dei nuovi Fellow ANMCO.



Francesco Del Cossa, *Trionfo di Venere (particolare)*, 1469-1470

La Targa d’Oro di quest’anno premia Giuseppe Pinelli, una persona che con il suo generoso impegno e vivace entusiasmo ha molto contribuito alla crescita dell’ANMCO ed alla difesa della Cardiologia ospedaliera italiana.

La nomina dei nuovi 33 Fellow costituisce la certificazione di qualità dell’attività scientifica ed organizzativa delle nuove forze migliori della Cardiologia ospedaliera. La contiguità temporale di questi due momenti celebrativi all’interno della Cerimonia Inaugurale del Congresso ha il significato di sottolineare la volontà dell’ANMCO di valorizzare nella stessa misura l’esperienza e la maturità insieme alla propositività ed all’entusiasmo giovanile.

Le riflessioni sul Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO 2005 non possono tuttavia non evidenziare anche alcune criticità delle quali tenere conto per il futuro: numero eccessivo di contemporaneità di Eventi, chiusura troppo tardiva del programma pomeridiano,

scarsa partecipazione alle Sessioni del pomeriggio dell'ultima giornata.

Per alcune di queste criticità sono già in cantiere dei correttivi che verranno introdotti nell'elaborazione del Programma del Congresso ANMCO 2006. Sono inoltre in discussione delle proposte per una sempre maggiore valorizzazione delle Sessioni, delle Comunicazioni e dei Poster. I contributi scientifici accettati al Congresso costituiscono il frutto della Ricerca clinica svolta nelle nostre Strutture dai colleghi più giovani in un contesto organizzativo sanitario che non incentiva sicuramente studio e ricerca in Ospedale.

Alcune proposte sono in fase di elaborazione: aumento del numero di Simposi costruiti con le migliori comunicazioni, inserimento all'interno delle Sessioni delle Co-

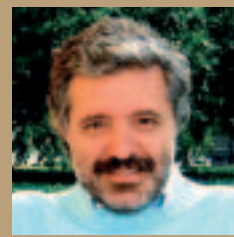
municazioni di letture sul tema affidate a speaker autorevoli, rivitalizzazione del ruolo dei Moderatori. Chiunque abbia dei suggerimenti in proposito è caldamente invitato ad inviarli.

Per finire, un ringraziamento non formale a tutti quelli che hanno contribuito al successo del Congresso ANMCO 2005. Un grande lavoro di squadra dell'intero Consiglio Direttivo; il contributo Scientifico propositivo di Aree ANMCO, Regioni e Società di Settore; l'appassionata dedizione di Simona Saracco e di tutto lo staff dell'ANMCO e del Centro Studi; l'ottimo lavoro svolto dalla Segreteria Organizzativa OIC. Non da ultimo un ringraziamento alle Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali che con il loro supporto hanno fattivamente contribuito alla riuscita dell'Evento.



Pittore fiorentino, Festa degli omaggi in Piazza della Signoria, 1600 c.a.

CON IL REGOLAMENTO PRENDE IL VIA IL FONDO ANMCO PER LA RICERCA



Il Fondo ANMCO per la Ricerca nasce nel 2005 grazie all'impegno assunto dal Consiglio Direttivo di destinare un fondo annuale per il finanziamento o co-finanziamento di progetti di ricerca meritevoli di sostegno.

La preziosa idea sosterrà la ricerca scientifica "spontanea" nell'ambito cardiovascolare.

L'importo del Fondo sarà pari al 2% del fatturato annuale del Centro Servizi ANMCO, nei limiti dell'utile netto del medesimo anno.

Il Fondo potrà anche essere implementato attraverso altre liberalità da parte di singoli Istituzioni, Aziende, Enti e Fondazioni.

Per l'anno 2005 confluiranno



nel Fondo ANMCO diversi "fee" di Relatori a eventi Satelliti del Congresso ANMCO liberamente devoluti. Il Regolamento del Fondo ANMCO per la Ricerca viene pubblicato su "Cardiologia negli Ospedali", così come sul Sito WEB dell'ANMCO.

Ci auguriamo che questa iniziativa faciliti la propositività di molti, stimolando l'interesse a presentare progetti di ricerca clinica o fisiopatologica.

REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DEL "FONDO ANMCO PER LA RICERCA"

Art. 1 - Finalità

L'ANMCO promuove la ricerca medico-scientifica, privilegiando le proposte dai propri Associati, e facendosi promotrice dell'erogazione di contributi economici annui da utilizzare a favore di progetti di rilevante e documentato interesse scientifico.

Art. 2 - Ambito di applicazione

Il presente Regolamento disciplina l'assegnazione ed utilizzo dei fondi che l'ANMCO, in virtù dei principi enunciati nell'art. 1, farà in modo che siano destinati all'attività di sostegno e promozione alla ricerca scientifica.

A tal fine l'ANMCO fa sì che il Consiglio di Amministrazione del Centro Servizi ANMCO srl devolva ogni anno un importo pari al 2% del fatturato dell'anno precedente, nei limiti dell'utile netto del medesimo anno, alla Heart Care Foundation Onlus (d'ora in poi HCF) condizionando l'utilizzo di tali contributi nell'ambito delle iniziative disciplinate dal presente regolamento. ANMCO non ha nulla in contrario ad accettare ogni liberalità esterna diretta e finalizzata alla implementazione del fondo da parte di singoli, Istituzioni, Aziende, Enti, Fondazioni, ecc.

In particolare le risorse stanziare dovranno essere dedicate da HCF a progetti, che siano coerenti con specifiche aree di ricerca proposte dall'ANMCO, e destinate alla copertura di costi parziali (co-finanziamento della ricerca) o alla copertura del costo globale (finanziamento ANMCO) di progetti di ricerca, questo in relazione all'ammontare della somma annualmente stanziata e comunicata con la pubblicazione del bando.

Art. 3 - Richiedenti e beneficiari

Il contributo è erogato su base annuale ed è destinato al sostegno di specifici progetti di ricerca degli Associati ANMCO. Un indispensabile requisito per l'ottenimento del finanziamento, oltre al valore scientifico della proposta di ricerca, è rappresentato dall'inadeguatezza o dall'assenza documentata dei finanziamenti ottenuti dal proponente presso altre Istituzioni, Aziende, Enti. Questo sarà esplicitamente dichiarato nella domanda.

Art. 4 - Finanziamento

L'ANMCO si riserva di pubblicare annualmente il bando per usufruire dei contributi assegnando ad essi una specifica destinazione

d'uso ed evidenziando l'ammontare massimo degli stessi, tenuto conto sia dell'erogazione annua del precedente art. 2, sia di eventuali erogazioni non utilizzate di anni precedenti, che di ulteriori contributi ad hoc reperiti e/o devoluti dall'ANMCO stessa per implementare questo finanziamento. La somma non spesa per mancanza o inadeguatezza di presentazione dei progetti incrementa la quota del successivo bando.

Art. 5 - Modalità e termini di presentazione delle domande

Il proponente deve essere Socio ANMCO, in regola con le quote di iscrizione.

Le domande devono essere predisposte compilando il modulo presente sul Sito WEB ANMCO e devono essere corredate del curriculum del proponente e del gruppo di ricerca operativo, il titolo della ricerca, i potenziali centri coinvolti, il budget, gli eventuali co-finanziamenti o sponsorizzazioni e ogni documentazione in cui si dimostri il mancato conseguimento di finanziamenti o, per contro, l'eventuale capacità di autofinanziare parte dei costi. A questa va allegato il protocollo definitivo della ricerca proposta. Nel caso di progetti in collaborazione con altri enti pubblici e/o privati italiani e/o esteri, devono essere altresì indicati tutti i partner e gli eventuali accordi con loro stipulati.

La domanda va indirizzata al Presidente dell'ANMCO "Fondo ANMCO per la Ricerca" (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) e deve essere inoltrata entro il 31 dicembre di ogni anno. Il regolamento viene pubblicato nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e sul Sito WEB ANMCO.

Art. 6 - Valutazione delle domande

La Commissione che valuta le domande pervenute è composta dal Comitato Scientifico ANMCO e dal Direttore del Centro Studi. La valutazione sarà espressa con una motivazione.

Sono elementi di valutazione ai fini della graduatoria:

- l'utilità e l'interesse scientifico dello studio proposto (oggetto della ricerca);
- la coerenza con le finalità di ricerca promossa dall'ANMCO (il programma);
- la chiarezza del protocollo, la sua fattibilità, le tempistiche, la metodologia, i supporti organizzativi, l'adeguatezza dei costi stimati.

16/07/05

Art. 7 - Concessione del finanziamento

Il Presidente ANMCO riporta al Consiglio Direttivo le decisioni della Commissione che ha valutato i progetti pervenuti proponendo la suddivisione dei fondi in relazione all'importo stanziato. La suddivisione dei fondi dovrà privilegiare l'effettiva utilità del finanziamento assegnato alla concreta realizzazione della ricerca. L'organo decisore finale per la concessione del "Fondo ANMCO per la Ricerca" è il Consiglio Direttivo ANMCO le cui decisioni saranno ratificate dal Consiglio Nazionale ANMCO. Il Presidente ANMCO comunica la concessione del fondo al proponente/vincitore (o ai vincitori) del bando, d'ora in avanti coordinatore, esplicitando le procedure di messa a disposizione dei fondi da parte di HCF.

Eventuali sopravvenute esigenze circa la possibilità di utilizzare i fondi in maniera difforme da quella esposta all'atto di presentazione della domanda (ad es. variazioni di protocollo, variazioni fra le singole voci di spesa, ecc.), comunque finalizzate al raggiungimento dei risultati prefissati, devono essere motivate e comunicate dal coordinatore al Presidente ANMCO.

Art. 8 - Modalità di erogazione dei contributi

I contributi verranno erogati sulla base del piano finanziario del progetto vincitore a fronte della esibizione dei giustificativi di spesa da parte del coordinatore. La documentazione delle spese sostenute dovrà essere intestata direttamente alla HCF e preferibilmente si dovrà prevedere il pagamento diretto da parte di HCF dei fornitori. Maggiori indicazioni nella gestione amministrativa e finanziaria dei contributi verranno indicati nei singoli bandi di gara.

Art. 9 - Compiti del coordinatore della ricerca

Il coordinatore del progetto, a cui è affidata la gestione della somma devoluta, è il responsabile scientifico, e risponde del corretto utilizzo dei fondi erogati autorizzando i pagamenti nel rispetto del piano finanziario del progetto. Il coordinatore del progetto è inoltre responsabile dello stesso nei confronti delle autorità regolatorie e ai fini della Privacy.

In caso di trasferimento o impedimento del coordinatore, questo o il responsabile del Centro sceglie un nuovo coordinatore che subentra a pieno titolo nell'incarico. Tale cambiamento dovrà essere comunicato al Presidente ANMCO.

Un report sullo stato di avanzamento della ricerca verrà comunicato semestralmente al Presidente ANMCO e, in caso di non aderenza al piano e obiettivi della ricerca nei tempi stabiliti, verrà

considerata la possibilità di sospensione nell'erogazione del fondo.

Art. 10 - Database e pubblicazione dei risultati

La ricerca finanziata deve rispettare i requisiti richiesti dal Decreto Ministero della Salute del 17.12.2004 sulla ricerca indipendente in relazione alla proprietà dei dati e alla pubblicazione dei risultati. L'accesso alle informazioni e la conservazione delle stesse saranno di volta in volta disciplinate in relazione alle caratteristiche della ricerca. Il Consiglio Direttivo ANMCO ha la facoltà di nominare la maggioranza dello Steering Committee dello studio se il finanziamento erogato è almeno pari al 50% dell'intero costo della ricerca, altrimenti esprime l'indicazione di un solo membro. Nel caso in cui l'attività di ricerca si concluda con una o più pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna (anche se la ricerca è co-finanziata da ANMCO solo in parte) ad indicare esplicitamente il Fondo ANMCO per la Ricerca come co-finanziatore in tutte le pubblicazioni per esteso con l'esclusione degli abstract, avendo comunque l'obbligo di sottoporre i risultati dello studio in occasione del Congresso Nazionale ANMCO. Nel caso in cui l'attività di ricerca dia luogo a risultati che non consentono pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna a darne motivata relazione al Comitato Scientifico ANMCO e al Presidente dell'ANMCO.

Art. 11 - Gestione della ricerca

Lo studio potrà essere condotto in piena autonomia dal coordinatore, pur nel pieno rispetto delle disposizioni in materia vigenti, ma ove richiesto, il Centro Studi ANMCO potrà assicurare la collaborazione scientifica e/o gestionale necessaria al coordinatore in funzione del tipo di collaborazione specificatamente richiesta e dettagliata. La collaborazione del Centro Studi al progetto di ricerca verrà definita secondo le regole attualmente in uso.

Art. 12 - Relazione finale

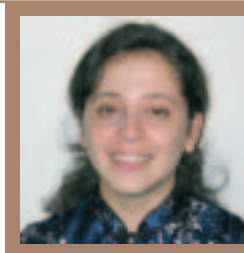
Il coordinatore beneficiario dell'erogazione è tenuto a presentare un rendiconto riepilogativo documentato relativo all'impiego del finanziamento ottenuto a fine studio.

Art. 13 - Validità del bando

Il bando entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione sulla Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e/o sul Sito Web ANMCO e ha validità fino al 31 dicembre dell'anno di pubblicazione.

16/07/05

Con grande piacere pubblichiamo alcuni approfondimenti, curati dalla Dott.ssa Rachele Adoriso e dal Dott. Leonardo De Luca, su alcune tematiche discusse durante il XXXVI Congresso Nazionale ANMCO



SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO - AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY (ACC) MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROMES IN ITALY AND NORTH AMERICA: FROM THE GUIDELINES TO THE REAL WORLD

DI LEONARDO DE LUCA E RACHELE ADORISIO

ESC/ACC AHA Guidelines for UA/NSTEMI and STEMI: differenti punti di vista allo stesso problema

Ogni anno negli USA vengono ricoverati 1.83 milioni di pazienti con sindrome coronarica acuta, di cui 1.42 milioni per infarto senza soprasslivellamento del tratto ST e angina instabile (UA/NSTEMI) e 0.41 milioni con infarto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI). Comparando la prognosi degli STEMI registrata nel 1998 a quella riportata nel 1975, si evince una riduzione significativa dell'incidenza e della mortalità, scendendo dal 24 al 14%. Tale dato non sembra confermato nei NSTEMI in cui si registra un aumento di incidenza e la mortalità intraospedaliera appare stabile rispetto a 20 anni fa (12%).

In considerazione dell'importante rilevanza clinica e sociale delle sindromi coronariche acute molti sforzi sono stati compiuti per il continuo aggiornamento delle linee guida. Di seguito verranno comparati gli approcci allo STEMI e al UA/NSTEMI nelle linee guida americane dell'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) rispettivamente del 2004 e del 2002 e in quelle della European Society of Cardiology (ESC) rispettivamente del 2003 e del 2000.

STEMI

Nelle Linee Guida ACC/AHA 2004 il ricorso al medico è richiesto nel caso in cui il dolore di tipo ischemico duri più di 5 minuti nonostante l'assunzione di una com-

pressa di nitroglicerina. In esse viene raccomandato il trasporto in ambulanza per i pazienti con infarto con soprasslivellamento, ed in circostanze speciali, si può attuare la fibrinolisi preospedaliera. Nelle Linee Guida ESC il ricorso alla struttura medica deve avvenire quando il dolore toracico persiste per oltre 20 minuti nonostante 3 compresse di nitroglicerina assunte ogni 5 minuti.

Per quanto riguarda la diagnosi iniziale ed il triage non esistono grosse differenze perché nelle linee guida americane l'ECG deve essere specificatamente rivisto entro 10 min., le troponine rappresentano un ottimo biomarker ma non si deve attendere il loro risultato per iniziare la terapia ripercusiva. La trombolisi deve essere eseguita entro i primi 30 minuti dal contatto medico e l'angioplastica (PCI) entro 90.

In quelle dell'ESC, l'ECG deve essere valutato il prima possibile, il dosaggio della troponina rappresenta anche qui un marker importante ma non è necessario aspettare il risultato per iniziare la ripercusione. Non vengono specificati i tempi della fibrinolisi che deve essere eseguita il prima possibile. Nelle linee guida europee è maggiormente stressata la tempistica della PCI con un door to needle < 20 min., ed un door to balloon < 60 min.

L'ossigeno terapia, l'aspirina, la morfina, la nitroglicerina, ed i beta-bloccanti quali terapie di supporto non differiscono sostanzialmente nei due approcci.

Nella visione europea la PCI primaria è da preferirsi in caso quando il team esperto può eseguirla entro 90



min., in caso di shock o di controindicazione alla terapia litica. La fibrinolisi è indicata se la PCI è impossibile entro 90 min., con indicazione a scegliere un farmaco fibrinospecifico se il tempo di presentazione è superiore alle 4 h. Nelle linee guida americane nella scelta della PCI primaria, si aggiungono anche altri criteri quali la presentazione tardiva, cioè dopo le 3 h dall'esordio dei sintomi, e nei pazienti ad alto rischio (Killip 3/4).

La fibrinolisi è indicata quando l'esordio dai sintomi è inferiore alle 3 h, la PCI primaria è ritardata oppure non rappresenta un'opzione ed esistono delle difficoltà logistico organizzative che aumenterebbero la tempistica alla rivascolarizzazione.

Dal punto di vista della combinazione tra fibrinolisi ed angioplastica, la visione europea non ne prevede l'uso routinario ma la considera come una potenziale risorsa terapeutica in specifici sottogruppi che necessitano di ulteriori studi. Dal punto di vista americano invece la terapia fibrinolitica (metà dose di reteplase o tenecteplase) può essere considerata in associazione con l'abciximab per prevenire il reinfarto nei pazienti < 75 anni

con infarto anteriore e scarso rischio di sanguinamento. Nelle linee guida americane è altresì specificato che la PCI primaria non deve essere eseguita sull'arteria non responsabile dell'infarto e nei pazienti asintomatici a 12 ore dall'esordio dei sintomi.

Per la terapia antitrombinica ancillare alla strategia ri-perfusiva, l'eparina rimane l'antitrombinico di scelta in associazione con l'alteplase o il reteplase. Per l'eparina a basso peso molecolare, le linee guida europee sottolineano la necessità di un maggior numero di studi soprattutto negli anziani e secondo quelle americane vanno utilizzate con cautela in caso di associazione con TNK nei pazienti al di sotto dei 75 anni. La bivalirudina rappresenta una ragionevole alternativa con la streptokinasi secondo le linee guida americane.

L'aspirina in entrambe le visioni rimane uno dei capisaldi della terapia. I tienopiridinici, quali la ticlopidina o il clopidogrel, vanno utilizzati in combinazioni con aspirina a breve termine nei pazienti con NSTEMI nella visione europea. Nelle linee guida americane il clopidogrel andrebbe continuato per almeno 1 mese nel caso di impianto di bare metal stent ed una serie di mesi nel caso di impianto di DES (fino a 12 mesi se il rischio è basso). In entrambe le linee guida il clopidogrel è considerato come alternativa terapeutica ai pazienti con intolleranza all'ASA.

Per gli inibitori delle glicoproteine 2b3a, l'utilizzo in associazione con il fibrinolitico non è raccomandato routinariamente mentre nelle linee guida americane è consigliato l'utilizzo di abciximab prima di iniziare l'angioplastica primaria. Il tirofiban e l'eptifibatide sono considerati in classe IIb prima dell'angioplastica primaria.

Per quanto riguarda la terapia medica, è concorde l'utilizzo di beta-bloccanti laddove il paziente sia tachicardico, iperteso o con persistenza di dolore. Gli ACE-inibitori sono consigliati in entrambi i casi per disfunzione ventricolare sinistra.

Per il trattamento nel post infarto, in entrambi i casi è considerata la dimissione precoce in 4-5 giorni e l'allettamento per le prime 12-24h se il decorso non appare complicato. La stratificazione del rischio prevede l'utilizzo di eco stress, ventricolografia con radionuclidi, e l'ECG prima della dimissione. La prevenzione secondaria prevede la sospensione del fumo, l'ottimizzazione

del controllo glicemico (HbA1c <7%) e della pressione. Altre differenze riguardano la dieta: le linee guida europee consigliano la dieta mediterranea mentre quelle americane una dieta dell'AHA simile a quella mediterranea. In entrambi i casi è consigliato l'esercizio fisico intenso per oltre 30 min. per 3-4 volte a settimana. L'aspirina i beta-bloccanti e gli ACE-inibitori sono strettamente consigliati in entrambe le linee guida. Nelle linee guida americane gli antialdosteronici e gli ARB sono indicati nei pazienti con frazione d'eiezione inferiore al 40%. Per le statine esistono delle differenze: secondo l'ESC vanno riservate ai pazienti con LDL superiori al valore 115 mg/dL, i fibrati se i trigliceridi sono superiori ai 200 mg/dL e le HDL inferiori ai 45 mg/dL. Per l'ACC/AHA le statine sono indicate in tutti i casi, con goal di LDL inferiori a 100 mg/dL, i trigliceridi inferiori ai 200 mg/dL e tutte le lipoproteine escluse le HDL devono avere un valore complessivo inferiore ai 130 mg/dL.

Sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto ST

Nelle linee guida americane ACC/AHA 2002 si valuta la probabilità di avere una sindrome coronarica acuta in alta, intermedia o bassa. Nei pazienti con coronaropatia già nota e dolore toracico, alterazioni del tratto ST di 0.5 mm o alterazioni dell'onda T < 2 mm e troponine elevate la diagnosi è di sindrome coronarica e altamente probabile (certa). Nei pazienti con sintomatologia tipica, con più di 70 anni o con diagnosi di diabete o di patologia vascolare extracardiaca e anomalie aspecifiche dell'ECG la probabilità è intermedia per cui si parla di diagnosi probabile. Al gruppo delle sindromi coronariche acute di bassa probabilità appartengono i pazienti con sintomatologia probabile/possibile con ECG normale o con onde T piatte.

Per la stratificazione del rischio di ischemia valutato come endpoint combinato di morte, infarto miocardico non fatale ed angina instabile a 6 mesi, è stato elaborato un punteggio: il TIMI risk score. È basato su sette fattori: età > 65 anni, > 3 fattori di rischio per coronaropatia, precedente stenosi coronarica >50%, alterazioni del tratto ST all'ECG, > 2 eventi anginosi entro le prece-

denzi 24 ore, uso di Aspirina entro 7 giorni, marker elevati (CKMB o troponine). In base al punteggio sono state desunte 3 categorie di rischio: basso: con punteggio compreso tra 0 e 2, intermedio: 3-4, alto 5-7.

Nelle Linee Guida dell'ESC la stratificazione del rischio di morte che è basato sulla precoce identificazione di alcuni marker clinici, angiografici e di trombosi. I marker di trombosi sono: dolore toracico ricorrente, alterazioni del tratto ST maggiori di 1 mm o dell'onda T, alterazioni dinamiche dell'ECG, il rialzo enzimatico, e la trombosi angiografica. Per la valutazione clinica vengono presi in considerazione i fattori quali l'età, precedente infarto, e diabete mellito ed i marker bioumorali quali ad esempio il dosaggio della proteina C reattiva o il grado di disfunzione ventricolare sinistra e l'estensione della patologia coronarica all'angiografia.

La terapia antischemica considera nell'approccio europeo l'utilizzo dei beta-bloccanti in classe A per la riduzione dell'ischemia e dell'infarto o della mortalità a breve e a lungo termine rispettivamente in classe B ed A.

I nitrati sono consigliati. I calcio antagonisti quali il diltiazem ed il verapamil sono in classe B per la riduzione di ischemia. È sconsigliato l'uso di nifedipina o di altri diidropiridinici senza beta-bloccanti.

Nelle linee guida americane l'approccio raccomandato è l'allettamento, la somministrazione di nitroglicerina, l'O₂ terapia in caso di saturazione inferiore al 90%, la somministrazione di morfina, i beta-bloccanti in vena a basse dosi, seguiti poi dalla somministrazione per bocca e gli ACE-inibitori in caso di ipertensione persistente. In classe IIA si trovano i calcio antagonisti a lunga durata d'azione se beta-bloccanti e nitroglicerina sono inefficaci o non tollerati, il pallone intraortico per ischemia severa e gli ACE-inibitori per tutti i pazienti post sindrome coronarica acuta.

Per quanto riguarda la terapia antitrombotica per via parenterale sia come eparina non frazionata che come eparina a basso peso molecolare sono ugualmente consigliate nelle linee guida americane. L'enoxaparina è consigliata per i casi con funzione renale normale e che devono eseguire bypass aorto-coronarico entro 24 ore. In quelle europee l'eparina non frazionata è consigliata con un livello di evidenza C per la riduzione dell'ischemia e B per la riduzione di infarto e morte mentre l'epa-



Vittore Carpaccio, *Storie di Sant'Orsola: il re di Bretagna accoglie gli ambasciatori inglesi*, 1495

rina a basso peso molecolare sono in classe IA. Gli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa sono consigliati nei pazienti che devono seguire una strategia invasiva.

Per la terapia antiaggregante, l'aspirina è raccomandata e l'impiego di clopidogrel è sicuramente mandatorio in caso di intolleranza all'aspirina ed in combinazione con l'aspirina in caso di pazienti sottoposti a stenting. Inoltre nelle linee guida americane è specificato che il clopidogrel sia continuato per 9 mesi in caso di impianto di stenting.

Per quanto riguarda la strategia invasiva, le linee guida europee la riservano ai pazienti con rischio moderato ed alto come rilevato dagli studi TIMI IIIb, VANQWISH FRISC II. In quelle americane l'indicazione alla strategia invasiva è riservata ai casi con ischemia ricorrente, il rialzo delle troponine, il recente sottoslivellamento del tratto ST, la sintomatologia di scompenso cardiaco con frazione d'eiezione inferiore al 40%, l'instabilità emodinamica e la tachicardia ventricolare sostenuta o storia di precedente angioplastica o di by-pass aortocoronarico.

Nuovi trial hanno dimostrato di avere un importante impatto sull'aggiornamento delle linee guida dell'infarto. Il SYNERGY ha confrontato l'efficacia clinica del trattamento con eparina non frazionata rispetto all'enoxaparina nei pazienti con sindrome coronarica acuta

ad alto rischio su 10.027 pazienti con end point di morte ed infarto a 30 giorni. Questo studio non ha registrato differenze negli eventi ischemici durante le procedure di interventistica o di bypass aorto coronarico. È stato registrato un maggior numero di sanguinamenti nel gruppo trattato con enoxaparina.

Nell'ARMYDA 2 il carico doppio di 600 mg di clopidogrel rispetto al dosaggio standard di 300 mg ha dimostrato di essere più rapido ed efficace nel ridurre gli infarti periprocedurali nei pazienti da sottoporre a rivascolarizzazione percutanea. Il CLARITY ha dimostrato che nei pazienti con STEMI l'aggiunta di clopidogrel in associazione al fibrinolitico e all'aspirina migliora la pervietà del vaso responsabile dell'infarto e riduce le complicanze ischemiche. Inoltre a 30 giorni riduce del 20% la mortalità cardiovascolare, il reinfarto e la rivascolarizzazione urgente.

Dalla teoria alla pratica nel Nord America

Nonostante i progressi nel trattamento delle sindromi coronariche acute basate sui dati dei trial randomizzati e sulle linee guida pubblicate, l'applicazione dei trattamenti consigliati nella corrente pratica clinica rimane tuttavia limitata.

Nonostante l'importanza delle linee guida, i dati che

provengono dal mondo reale dimostrano che non sempre esse vengono applicate. Bahit et al hanno riportato che la corretta applicazione delle linee guida attraverso la somministrazione di farmaci antiaggreganti, beta-bloccanti, ACE-inibitori, statine potrebbe permetterci di salvare 84.300 vite in più.

Diverse sono le problematiche sottostanti alla parziale aderenza alle linee guida nel mondo reale: esse vanno dall'inerzia del passato, la difficoltà di adeguare incentivi e qualità, l'incapacità di esplorare la rivoluzione dei sistemi informatizzati, di sistemi scarsamente organizzati, l'incremento delle condizioni croniche fino alla complessità crescente di scienza e tecnologia.

Nallamothu e Bates hanno recentemente analizzato retrospettivamente i tempi di trasferimento per angioplastica primaria per STEMI. In questo registro sono stati riportati i dati provenienti da 419 ospedali per 4.278 pazienti riportando una mediana totale di tempo door to balloon pari a 180 minuti.

Solo il 4.2% dei pazienti è stato trattato entro 90 minuti, cioè il tempo attualmente raccomandato nelle linee guida. Il ritardo è stato influenzato da: comorbidità, assenza di dolore toracico, ritardata presentazione dopo l'insorgenza dei sintomi, ECG aspecifico e presentazione in ospedale durante le ore di non piena attività.

Il NRMI 5 ha riportato un incremento della percentuale dei pazienti con infarto non trasferibili ma trattati con fibrinolisi entro 30 minuti, passando dal 29,4% nel 1994 al 49% nel 2004. Anche la percentuale di pazienti trattati con PCI entro i 90 minuti dall'ingresso in ospedale è salita durante le ore di lavoro al 46% ed al 27% durante orario extralavorativo.

Dal 1994 al 2004 anche il door to balloon è migliorato nei pazienti eleggibili per PCI, passando dai 113 minuti ai 99 minuti negli ospedali con emodinamica in sede e dai 233 minuti ai 162 minuti in quelli con trasferimento. Diversi sono i fattori implicati nel rapido trasferimento nei pazienti con soprasslivellamento del tratto ST: ECG a 12 derivazioni, presenza di rete regionale integrata per l'assistenza all'infarto miocardico ST, precoce attivazione del gruppo di emodinamica interventistica, trasferimento diretto al laboratorio di emodinamica piuttosto che da pronto soccorso a pronto soccorso.

Dall'analisi del NRMI 2 è emerso che il 24% di pazienti

eleggibili per la terapia riperfusiva non ha ricevuto alcuna forma di riperfusione. L'analisi multivariata ha dimostrato che la presentazione con blocco di branca sinistra, mancanza di dolore alla presentazione, età maggiore di 75 anni, sesso femminile e condizioni cardiovascolari preesistenti sono predittori indipendenti di mancanza di riperfusione. L'AMI GAP ha elaborato un modello collaborativo tra 10 centri del Michigan per misurare gli effetti di un progetto di miglioramento qualitativo per la aderenza alle linee guida nei pazienti con infarto. I risultati sono stati poi comparati con un gruppo di pazienti confrontabili a quelli inclusi nello studio ricoverati in altri 11 ospedali.

Il progetto è basato su un sistema collaborativo intra-ospedaliero e su algoritmi che permettono di stabilire delle priorità di cura. Le priorità precoci sono rappresentate dalla somministrazione di aspirina e beta-bloccanti entro 24 h, ottimizzare i tempi per fibrinolisi o per PCI, misurazione delle LDL entro 24 h. Quelle tardive sono rappresentate dalla somministrazione di aspirina, beta-bloccanti, ACE-inibitori ipolipemizzanti alla dimissione e consulenza dietetica.

Tale progetto ha permesso di aumentare la percentuale di casi di aderenza alle linee guida, soprattutto per l'aspirina (81 vs 87%, $p=.02$) ed i beta-bloccanti al momento del ricovero (65 vs 74%, $p=.04$) e di continuare l'aspirina (84 vs 92%, $p=.002$) ed interrompere il fumo (53 vs 65%, $p=.04$) al momento della dimissione. Il ricorso a questi strumenti (algoritmo sulle priorità ad esempio) ha permesso di innalzare significativamente il livello di aderenza alle linee guida.

CRUSADE (Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress ADverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines) fornisce un approccio innovativo nel trattamento dei pazienti con sindrome coronarica acuta NSTEMI. Esso è il frutto di uno sforzo cooperativo di oltre 400 centri per migliorare la qualità del trattamento e l'aderenza alle linee guida. I predittori per cui i pazienti arruolati erano più frequentemente sottoposti ad una strategia invasiva precoce entro 48 ore sono stati: l'assistenza cardiologica, l'età giovane, mancanza di precedenti episodi di scompenso cardiaco, la mancanza di insufficienza renale, modificazioni ecografiche ischemiche, marker car-



diaci positivi, la razza bianca ed il sesso maschile. I pazienti trattati con strategia invasiva sono più probabilmente trattati con farmaci e interventi raccomandati dalle linee guide e hanno un rischio più basso di mortalità (2.5 vs 3.7%, $p < .001$). L'approccio della strategia invasiva non è utilizzato nella maggioranza dei pazienti ad alto rischio con sindrome coronarica acuta. Questa strategia sembra essere riservata per i pazienti senza significative comorbidità e quelle curate da parte dei cardiologi ed è associata con un più basso rischio di mortalità.

Dalla teoria alla pratica in Italia ed in Europa

I trial clinici non riflettono la pratica clinica del mondo reale ed in alcune occasioni riportando dati statisticamente significativi ma clinicamente irrilevanti. La frequenza di randomizzazione media nei trial clinici è di 1 paziente a centro ogni mese. Virtualmente non esistono informazioni disponibili sulla prognosi dei pazienti non randomizzati. Nel TACTICS TIMI 18 ad esempio è stato reclutato un 0.5 paziente per centro al mese. I dati che provengono dai trial clinici derivano da aree geografiche selezionate ed investigano su popolazioni altamente selezionate e pertanto non riflettono la popolazione generale. I registri hanno lo scopo di fornire dati sul trattamento e la prognosi di pazienti non selezionati.

Il GISSI ha rappresentato un nuovo modello di valutazione sulla sicurezza e l'efficacia dei trattamenti su un

grande numero di pazienti: un trial applicato a una nazione, con un ampio arruolamento di pazienti molto simili a quelli della pratica clinica. Il GISSI ha confrontato strategie terapeutiche necessarie per migliorare la storia naturale, non essendo solo su una comparazione su un farmaco. Esso inoltre ha fornito delle importanti indicazioni sull'epidemiologia clinica ed ha rappresentato una occasione per ottimizzare la qualità di cura dei pazienti.

I registri italiani BLITZ 1 e 2 rappresentano quello che realmente avviene in Italia perché colleziona i dati di oltre la metà degli ospedali Italiani: il BLITZ 1 ha raccolto i dati di 13,2 pazienti per centro al mese, il BLITZ 2, 9, 2. IL BLITZ 1 ha arruolato prospetticamente 1959 pazienti con sindromi coronariche acute per analizzare i dati sul ritardo terapeutico, le strategie, la durata dell'ospedalizzazione e la prognosi a 30 giorni coinvolgendo 296 unità di terapia intensiva.

Il ritardo medio tra insorgenza dei sintomi ed arrivo in ospedale è stato di circa 2 h con il 76% dei pazienti ricoverati entro le prime 6 h. Il ritardo medio tra ricovero in ospedale e terapia ripercussiva negli STEMI è stato di 45 min. per la trombolisi e di 85 min. per la PCI primaria. La mortalità a breve termine è stata più bassa per gli STEMI e più alta nei NSTEMI.

Il BLITZ 2 ha arruolato 1888 pazienti con diagnosi di NSTEMI/UA in Italia. Da questo sono emersi molti dati interessanti riguardo il ricorso alla coronarografia nelle diverse regioni italiane: solo il 44 ed il 55% dei pazienti è stato sottoposto a indagine invasiva al centro e al sud dell'Italia contro il 68% nel nord. Il tipo di strategia è stato più influenzato dalla disponibilità dei laboratori di emodinamica rispetto al TIMI risk score.

La mortalità intraospedaliera è risultata essere dell'1.2% ed era più alta nei pazienti ad alto rischio e più anziani. Da questo studio si deduce che il trattamento attuale dei pazienti italiani con sindrome coronarica acuta è influenzato dalle disponibilità delle risorse ed i soggetti ad alto rischio sono sottotrattati.

Lo studio prospettico GRACE condotto in 95 ospedali di 14 nazioni ha raccolto i dati sulla gestione, la prognosi a breve e a lungo termine di 11543 pazienti con sindrome coronarica acuta. Questo studio ha rivelato che esistono sostanziali differenze basate sul tipo di ospeda-

le e sulla localizzazione geografica nel trattamento di questi pazienti. Lo studio GRACE rappresenta un punto di riferimento multinazionale per il miglioramento delle terapie di provata efficacia.

L'Euro Heart Survey ACS è stato condotto su 14.271 pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta ricoverati in 103 ospedali in 25 nazioni ed ha anch'esso confermato che esistono significative deviazioni dalle raccomandazioni delle linee guide correnti.

Un modo per ottimizzare i risultati ottenuti da larghi registri nazionali ed internazionali è collezionare e registrare in modo standard dati comuni. Database esistenti condividono gli stessi obiettivi ma non esiste accordo su quali variabili collezionare e non esiste una definizione condivisa per la maggior parte dei dati.

Come conseguenza i benefici di tale collezione e di comparazione dei dati da differenti fonti sono notevolmente ridotti. Un nuovo sistema, chiamato CARDS fornisce una base per la collezione di dati comparabili nei database e nei registri di cardiologia. L'accesso ad informazioni rilevanti ed in tempi accettabili è essenziale per il miglioramento della qualità attraverso la registrazione dei dati clinici ed il trattamento del rischio.

In conclusione è sempre più difficile l'utilizzo dei trial clinici randomizzati nelle linee guida. I registri possono supportare le indicazioni dei trial clinici se realmente rappresentativi di quello che avviene nel mondo reale e la standardizzazione della raccolta dei dati può fornire utili strumenti per il miglioramento e l'ottimizzazione della pratica clinica.

Bibliografia essenziale

1. American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Canadian Cardiovascular Society. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2004 Aug 31;110(9):e82-292.
2. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACC/AHA guideline update for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction—2002: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2002 Oct 1;106(14):1893-900.
3. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, Wallentin LC, Hamm CW, McFadden E, de Feyter PJ, Specchia G, Ruzyllo W. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation; recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2000 Sep;21(17):1406-32.
4. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KA, Julian D, Lengyel M, Neumann FJ, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FW, Wijns W; Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2003 Jan;24(1):28-66.
5. Mehta RH, Montoye CK, Gallogly M, Baker P, Blount A, Faul J, Roychoudhury C, Borzak S, Fox S, Franklin M, Freund M, Kline-Rogers E, LaLonde T, Orza M, Parrish R, Satwicz M, Smith MJ, Sobotka P, Winston S, Riba AA, Eagle KA; GAP Steering Committee of the American College of Cardiology. Improving quality of care for acute myocardial infarction: The Guidelines Applied in Practice (GAP) Initiative. *JAMA*. 2002 Mar 13;287(10):1269-76.
6. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. *Lancet* 1986;1:397-402.
7. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. GISSI-2: a factorial randomised trial of alteplase versus streptokinase and heparin versus no heparin among 12,490 patients with acute myocardial infarction. *Lancet* 1990;336:65-71.
8. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto Miocardico. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. *Lancet* 1994;343:1115-22.
9. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto miocardico. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. *Lancet* 1999;354:447-55.
10. GISSI-Avoidable Delay Study Group. Epidemiology of avoidable delay in the care of patients with acute myocardial infarction in Italy. A GISSI-generated study. *Arch Intern Med* 1995;155:1481-8.
11. A. Di Chiara, F. Chiarella, S. Savonitto, D. Lucci, L. Bolognese, S. De Servi, C. Greco, A. Boccanelli, P. Zonzin, S. Coccolini, A. P. Maggioni, BLITZ Investigators. Epidemiology of acute myocardial infarction in the Italian CCU network. The BLITZ Study. *Eur Heart J* 2003; 24,1616-29.
12. J.G.F.Cleland, K.Swedberg, F.Follath, M.Komajda, A.Cohen-Solal, J.C.Aguilar, R.Dietz, A.Gavazzi, R.Hobbs, J.Korewicki, H.C.Madeira, V.S.Moiseyev, I.Preda, W.H.van Gilst, J.Widimsky, N.Freemantle, J. Eastaugh, J.Mason. Working Group on Heart Failure of the European Society of Cardiology. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. *European Heart Journal* (2003)24,442-463.

COME PREVENIRE LA MALATTIA CARDIOVASCOLARE NELLE DONNE

DI RACHELE ADORISIO E LEONARDO DE LUCA

IL RISCHIO DI EVENTI CARDIOVASCOLARI NELLA DONNA IN ITALIA

La malattia cardiovascolare rappresenta la prima causa di morte tra le donne in Italia. Sebbene i tassi di mortalità siano diminuiti nelle ultime due decadi con un miglioramento dell'aspettativa di vita, l'incidenza di eventi cardiovascolari sembra aumentare. Ogni giorno tra le donne italiane di 25-74 anni, si verifica 1 infarto miocardico o ictus ogni 48 minuti. Lo studio longitudinale italiano PROGETTO CUORE ha permesso di costruire una carta del rischio per la donna italiana e di calcolare un punteggio per il rischio di eventi cardiovascolari. I fattori di rischio considerati sono la pressione sistolica, il fumo di sigaretta, la colesterolemia totale e HDL, diabete mellito ed il trattamento antiipertensivo.

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE: SOMIGLIANZE E DIFFERENZE CON GLI UOMINI

Nell'ambito della patologia cardiovascolare uomini e donne differiscono nel profilo di rischio, nei tempi di presentazione e nell'espressione clinica della malattia. Queste differenze sono legate a fattori fisici (struttura e superficie corporea), ad aspetti ormonali ed a fattori psicosociali e culturali.

L'ipertensione arteriosa, il fumo, la dislipidemia, la die-

ta, il diabete, l'obesità, la sedentarietà, e la menopausa rappresentano i fattori di rischio noti.

Dai dati dell'osservatorio epidemiologico cardiovascolare si evince che: il 30% degli uomini fuma in media 17 sigarette al giorno mentre il 21% delle donne ne fuma 13. L'inattività fisica è molto più presente tra le donne che tra gli uomini in quanto il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica contro il 34% degli uomini. L'obesità è più alta nelle donne: 22% delle donne contro il 18% degli uomini. Anche per la colesterolemia il dato è a sfavore delle donne in quanto il 24% delle donne ha un valore di colesterolo totale superiore a 240 mg/dl contro il 20% degli uomini. Mentre per l'ipertensione arteriosa di grado severo oppure sotto trattamento farmacologico specifico non esistono grandi differenze: il 33% degli uomini contro il 30% delle donne. Per quanto riguarda il diabete anche qui non esistono molte differenze: l'8% degli uomini contro il 6% delle donne.

Dall'analisi del Framingham study è stato dimostrato che nelle donne l'ipertensione arteriosa è il fattore di rischio per coronaropatia più importante insieme all'età. Secondo l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano il 30% delle donne è iperteso, di cui solo il 70% è trattato e meno della metà, il 41%, è trattato in modo adeguato. Inoltre si registra un significativo aumento di mortalità per le donne che sviluppano ipertensione in gravidanza. Se consideriamo l'ipertrofia ventricolare sinistra che rappresenta un fattore di rischio indipendente, nelle donne giovani essa aumenta il rischio di scompenso cardiaco di 17 volte e in quelle anziane di 7 volte.

Da non sottovalutare sono i risultati della terapia: l'aumento della sopravvivenza ottenuto con la terapia sembrerebbe inferiore nelle donne rispetto agli uomini e non c'è una soglia sotto la quale il rischio scompare.

Il fumo rappresenta la causa principale di morte come dimostrato in tutti gli studi epidemiologici per l'elevata associazione tra fumo e coronaropatia nelle donne. In Italia la prevalenza del tabagismo è in aumento. Gli studi epidemiologici sulla dislipidemia sono basati preva-



lentemente su popolazioni maschili riducendo quindi l'applicabilità dei risultati alle donne. In Italia è stata riportata una prevalenza superiore di ipercolesterolemia nelle donne, soprattutto al Sud. I trigliceridi poi sembrerebbero rappresentare un fattore specifico ed indipendente di rischio per donne ed anziani. I dati sul trattamento della dislipidemia anche in prevenzione secondaria per le donne ne dimostrano comunque l'efficacia. Per quanto riguarda la dieta, essa rappresenta un altro punto centrale tra le differenze tra uomini e donne in quanto esiste una maggiore resistenza nelle donne alle modifiche dietetiche rispetto ai maschi per le influenze esercitate dai fattori ambientali e culturali.

Il diabete è un fattore di rischio più importante rispetto agli uomini in quanto elimina l'effetto protettivo del sesso sul rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. Il rischio di mortalità per la coronaropatia è da 3 a 7 volte maggiore per le donne diabetiche che per quelle non diabetiche e da 2 a 3 volte maggiore per le donne diabetiche che per gli uomini diabetici. In uno studio di Natarajan in una popolazione di 10.871 adulti è emerso che in donne diabetiche da oltre 10 anni, il rischio di mortalità per coronaropatia è significativamente maggiore rispetto agli uomini. In un altro studio su 3.849 pazienti trattati appare evidente che le donne diabetiche sono sottotrattate rispetto ai maschi per quanto riguarda i fattori di rischio.

L'interrelazione tra diabete ed altri fattori di rischio è legata a diversi meccanismi: effetto della dislipidemia e pressione arteriosa, cambio di densità delle lipoproteine, aumento dei trigliceridi, riduzione delle HDL, riduzione dell'effetto protettivo degli estrogeni con aumento del fibrinogeno e diminuzione dell'attività fibrinolitica. Secondo l'osservatorio cardiologico italiano sono obesi il 18% degli uomini ed il 22% delle donne. A questo fattore di rischio si associa la dislipidemia, l'intolleranza glucidica e l'ipertensione arteriosa. Esistono però dati contraddittori sull'obesità da sola come fattore di rischio indipendente. L'obesità centrale predispone in misura maggiore ad ipertensione, dislipidemia e diabete.

Il Woman Health Study, studio prospettico osservazionale su donne in post menopausa con un periodo di follow up di 7 anni, ha dimostrato che l'esercizio fisico (anche solo 1 volta a settimana) riduce la mortalità. La pos-

sibilità di modificare i fattori di rischio dipende da fattori culturali, economici e sociali, la scolarità, le influenze religiose, la possibilità di esercitare un controllo sulla propria vita, le condizioni finanziarie ed il livello di autonomia. Lo studio THROMBO ha valutato le differenze legate al genere nel significato prognostico di fattori trombotogenici nel predire eventi, quali la morte cardiaca e il reinfarto non fatale. Sono stati inclusi nello studio 791 uomini e 254 donne nel post infarto. All'analisi multivariata il fattore VIIa è risultato un predittore significativo di eventi cardiaci nelle donne ($p=0.022$) ma non nei maschi. Il trend del valore del D-dimero aveva un maggiore valore prognostico nei maschi ($p=0.006$) ma non nelle donne ($p=0.36$).

Per quanto riguarda il periodo della menopausa diversi aspetti giocano un ruolo importante quali la modificazione del metabolismo e del sistema emocoagulativo con le conseguenti influenze sulla pressione arteriosa, sui lipidi e sulla funzione vascolare (microcircolo e reattività). Durante la menopausa il 49% delle donne è iperteso o in trattamento ipertensivo mentre il 18% è border line. Il 38% delle donne ha una colesterolemia maggiore di 240 mg/dl o è in trattamento ipolipemizzante ed il 35% delle donne è border line. Inoltre il 24% delle donne in menopausa ha un livello di trigliceridi superiore ai 150 mg/dl. Il 48% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero, il 30% di esse è obeso ed il 40% è sovrappeso. Il 10% di esse ha la diagnosi di diabete, il 33% di sindrome metabolica cioè obesità centrale in associazione all'ipertrigliceridemia o all'iperglicemia a digiuno.

Nel Reykjavik Study sono stati considerati 9.681 uomini e 8.888 donne con un follow up fino a 28 anni. La valutazione delle differenze nei fattori di rischio ha dimostrato che l'ipercolesterolemia è un fattore di rischio significativo per entrambi i sessi e diminuisce con l'età come pure il valore di glicemia a digiuno. Mentre l'ipertensione, l'ipertrofia ventricolare sinistra ed i trigliceridi rappresentano un fattore di rischio aggiuntivo per le donne.

Tra i nuovi strumenti per la valutazione del rischio non esistono attualmente evidenze per TAC RMN ed ECG da sforzo. La PET può essere utile per la valutazione della disfunzione endoteliale precoce e per monitorare la



Umberto Boccioni, Tre donne, 1910-1911

terapia ipolipemizzante intensiva in paziente ad altro rischio asintomatiche.

Nelle donne i fattori di rischio sopracitati spesso non sono riconosciuti e/o trattati. I trial principali sono disegnati su popolazioni maschili lasciando aperto un problema etico sulla somministrazione di farmaci in età fertile. Inoltre sono irrisolti diversi punti sugli effetti della terapia per le diversità nel metabolismo, con conseguenze sull'efficacia, e sugli effetti collaterali. Nella

prevenzione del rischio globale i singoli fattori vanno considerati come elementi di un contesto complessivo piuttosto che determinanti isolati e singolarmente nocivi. Il concetto di rischio cardiovascolare globale è un concetto dinamico. La forza di ogni fattore di rischio dipende notevolmente dal set degli altri fattori considerati. Nella pratica clinica i fattori di rischio non sono isolati ma spesso sono associati in cluster, pertanto la valutazione e la correzione di 1 singolo fattore di rischio può avere risultati positivi nella popolazione ma non nel singolo.

In conclusione esistono diversità genere-specifiche nei fattori di rischio: nella donna giocano un maggiore ruolo il diabete, l'ipertensione, trigliceridi, gli estrogeni, l'importanza di fattori culturali, stile di vita, la situazione finanziaria nonché l'autodeterminazione. Nella prevenzione della singola paziente è comunque importante valutare il rischio globale, cioè il ruolo relativo dei singoli fattori come elementi che insistono in un contesto complessivo.

GLI INTERVENTI DI PROVATA EFFICACIA NELLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE DELLA DONNA

Gli interventi di prevenzione che implicano modifiche sullo stile di vita sono rivolti a tutte le donne e sono assolutamente prioritari nella pratica clinica. Nelle linee guida sono raccomandazioni di classe I. Gli interventi sullo stile di vita riguardano la cessazione del fumo, l'attività fisica, la dieta, il mantenimento/riduzione del pe-

so, il trattamento della depressione e l'uso di acido folico ed omega 3.

Per quanto riguarda la cessazione del fumo nello studio di Kawachi et al è stato dimostrato che dopo 10 anni dall'interruzione del tabagismo il rischio relativo di mortalità è uguale a quello dei non fumatori. Lo JACC study, uno studio di coorte prospettico che ha valutato oltre 94.000 giapponesi di cui 52.901 donne, ha dimostrato che il rischio di mortalità per patologie cardiovascolari e coronaropatia diminuisce nei primi 2 anni mentre il rischio di stroke dopo 2-4 anni dalla sospensione. Tale beneficio è stato osservato sia per le donne del sottogruppo di età compresa tra i 40 ed i 64 anni sia per quelle tra i 65 e i 79 anni.

Anche l'attività fisica rappresenta un importante intervento nella prevenzione degli eventi cardiovascolari nella donna. Da una metanalisi di 23 specifiche coorti è emersa una relazione dose-risposta tra eventi cardiovascolari e tempo dedicato all'attività fisica. Sia il camminare che l'esercizio intenso sono associati ad una riduzione sostanziale del rischio di incidenza di eventi cardiovascolari tra donne in post menopausa. Studi osservazionali dimostrano che l'attività fisica moderata o intensa riduce il rischio di coronaropatia e di ictus. Tra i soggetti fisicamente attivi il rischio relativo di coronaropatia è inferiore al 30-50%. Il rischio si riduce proporzionalmente all'aumento del livello di attività fisica.

Lo studio NHANES I ha dimostrato che l'assunzione di frutta e verdura riduce la mortalità cardiovascolare. Nel GISSI prevenzione è stato dimostrato che il consumo di frutta più di una volta al giorno come il consumo di pesce più di 3 volte a settimana permette di ridurre gli eventi.

IL Lyon Diet Heart Study, trial randomizzato controllato, ha valutato i benefici di una dieta elaborata dall'AHA, simile a quella mediterranea, in 605 soggetti che avevano avuto un infarto miocardico acuto. Tale studio è stato interrotto precocemente per i significativi effetti benefici nel gruppo che seguiva tale dieta.

È stata infatti osservata una riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari ed infarto miocardico acuto non fatale del 72%.

La mortalità tra le donne è stata riscontrata anche nelle donne con un body mass index aumentato.

Peeters et al hanno dimostrato che l'aspettativa di vita all'età di 40 anni risulta ridotta maggiormente tra gli uomini rispetto alle donne che si presentano obese o sovrappeso.

I criteri clinici per la diagnosi di sindrome metabolica nella donna comprendono una circonferenza addominale maggiore di 88 cm, un valore di trigliceridi > 150 mg/dl, il valore di colesterolo < 50 mg/dl, una pressione arteriosa > 130/85 mmHg, ed un valore di glicemia a digiuno > 110 mg/dl. In un recente lavoro di Tankò et al è stato dimostrato che le pazienti con un aumento della circonferenza addominale ed un valore elevato di trigliceridi hanno un rischio aumentato di mortalità totale e per patologia cardiovascolare a 10 anni.

Un ulteriore dato interessante proviene dalla valutazione del grado di soddisfazione dal rapporto di coppia. Infatti quelle con un matrimonio insoddisfatto e le vedove hanno un maggior rischio di incorrere in una sindrome metabolica rispettivamente di 2.5 e di 5.8 volte maggiore rispetto a quelle con matrimonio soddisfatto.

Gli interventi sui fattori di rischio maggiori sono quelli sulla dislipidemia con interventi sullo stile di vita, sulla dieta e con il ricorso a farmaci soprattutto nelle pazienti con rischio alto ed intermedio. Diversi sono i trial di prevenzione primaria con le statine. Ultimamente l'ASCOT LLA ha dimostrato che l'atorvastatina riduce gli eventi cardiovascolari del 36% in 3.3 anni in 10.305 soggetti con ipertensione ed altri tre fattori di rischio. Recentemente anche il trial TNT ha dimostrato che l'intensa riduzione del profilo lipidico con 80 mg di atorvastatina riduce significativamente il rischio di eventi cardiovascolari maggiori, di eventi coronarici, di infarto miocardico non fatale e di stroke fatale e non fatale nei pazienti con coronaropatia stabile.

Per quanto riguarda l'ipertensione arteriosa ed il diabete è stato dimostrato il beneficio che il loro trattamento induce in termini di riduzione della mortalità e di eventi cardiovascolari.

Gli interventi preventivi con i farmaci prevedono l'utilizzo dell'aspirina, dei beta-bloccanti, gli ACE-inibitori nei pazienti ad alto rischio con un'indicazione di IA. I sartanici sono riservati nelle pazienti ad alto rischio, frazione d'eiezione < 40%, o con scompenso cardiaco clinico o intolleranti agli ACE-inibitori.



La Segreteria ANMCO

Nella fibrillazione atriale è consigliato il warfarin in classe IA, a meno che non siano a basso rischio di stroke o alto di sanguinamento. L'aspirina è sempre in classe IA se esistono controindicazioni al warfarin o a basso rischio di stroke. In un trial randomizzato è stato dimostrato che una bassa dose di aspirina nella prevenzione primaria della patologia cardiovascolare nelle donne riduce il rischio di stroke e di stroke ischemico senza aumentare l'incidenza di stroke emorragico né di infarto miocardico.

LE LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE NELLE DONNE

Le linee guida del 2004 rappresentano le prime linee guida basate su prove di efficacia per la prevenzione della patologia cardiovascolare nelle donne adulte con ampio spettro di rischio cardiovascolare.

Gli eventi clinici cardiovascolari considerati riguardano la morte, l'infarto miocardico acuto, l'ictus, la rivascolarizzazione miocardica e lo scompenso cardiaco o end point compositi.

Innanzitutto il livello di rischio a cui le donne fanno riferimento è quello del rischio globale del Framingham

Study. Nel gruppo di alto rischio vengono considerate le donne che abbiano un rischio di sviluppare patologia cardiovascolare a 10 anni maggiore del 20% e comprendono le pazienti con patologia cardiaca già acclarata, patologia cerebrovascolare, vasculopatia periferica o aneurisma aortico addominale, diabete mellito e patologia renale cronica.

Nel rischio intermedio (10-20%) si trovano quelle pazienti con patologia cardiovascolare subclinica (cioè ad esempio con delle calcificazioni coronariche), quelle con sindrome metabolica, con fattori di rischio multipli o con livelli marcatamente elevati di un singolo fattore di rischio, parenti di primo grado con precoce insorgenza di patologia cardiovascolare.

Le pazienti con un rischio inferiore al 10% sono quelle donne con più fattori di rischio, sindrome metabolica con 1 o nessun fattore di rischio. Al di sotto del 10%, si parla di rischio ottimale cioè casi in cui i livelli di rischio sono ottimali.

Le raccomandazioni cliniche considerano gli interventi dello stile di vita, interventi sui fattori di rischio maggiori o attraverso farmaci preventivi, prevenzione della fibrillazione atriale e dello stroke.

Per quanto riguarda lo stile di vita è necessario incorag-

giare le donne a smettere di fumare, incrementare il livello di attività fisica con un livello di intensità fisica intenso per almeno 30 minuti, tutti i giorni della settimana. Per la riabilitazione cardiaca con un programma guidato e adeguato dopo la sindrome coronarica acuta o l'intervento coronarico. Vanno incoraggiate le diete che riducono il consumo di grassi ed aumentano il consumo di frutta e verdura, la riduzione del peso corporeo ed una circonferenza addome < 88 cm. Anche i fattori psicosociali devono essere valutati per un eventuale intervento.

La strategia di prevenzione delle malattie cardiovascolari nelle donne è composta da 5 regole comprese nell'acronimo ALOHA e cioè:

- 1 stratificazione del rischio delle donne in alto, intermedio, basso od ottimale (ASSESS RISK)
- 2 modifiche dello stile di vita per prevenire la malattia cardiovascolare e cioè sospendere l'abitudine tabagica, l'esercizio regolare, gestione del peso e dieta povera di grassi (LYFESTYLE)
- 3 interventi mirati a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari sulla base del livello di evidenza (OTHER CARDIOVASCULAR RISK)
- 4 la più alta priorità per il rischio di interventi nella pratica clinica è basata sulla stratificazione del rischio (HIGHEST LEVEL)
- 5 evitare gli interventi non raccomandati quali la somministrazione di terapia ormonale a base di estrogeni per la prevenzione della malattia cardiovascolare, non somministrare antiossidanti e non somministrare aspirina nelle donne a basso rischio (AVOID CLASS III RACCOMANDATIONS).

Cioè per le donne ad alto rischio (>20%), le raccomandazioni in classe I comprendono l'interruzione dell'abitudine tabagica, l'incoraggiamento all'attività fisica, seguire una dieta a basso contenuto di grassi con il controllo del peso, della pressione arteriosa e dei grassi ematici e della glicemia. Anche la terapia farmacologica a base di aspirina, beta-bloccanti, ACE-inibitori o di sartanici. Inoltre per questa categoria del rischio, è fortemente consigliato il trattamento della depressione ed è di non provato beneficio la somministrazione di supplemento dietetico con acido folico o di acidi grassi omega 3.

Nelle donne di rischio intermedio cioè 10-20%, in clas-

se I si trovano tutte le raccomandazioni che riguardano le abitudini di vita ed il controllo dei valori pressori e lipidici. È inoltre consigliato l'uso dell'aspirina. Nelle donne di rischio basso (<10%) è indicata l'interruzione del fumo, l'attività fisica, la dieta mediterranea, riduzione o mantenimento del peso e la valutazione del rischio cardiovascolare come indicato.

Per la prevenzione dello stroke nelle pazienti con fibrillazione atriale è indicata l'assunzione di warfarin in caso di rischio intermedio alto e di aspirina nelle pazienti con controindicazione al warfarin o con basso rischio di stroke.

Bibliografia essenziale

1. S Panico, L Palmieri, D Vanuzzo, M Ferrario, S Giampaoli, Gruppo di Ricerca del Progetto CUORE. Il rischio di primo evento cardiovascolare maggiore nella donna italiana: risultati del Progetto CUORE Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 59S-63S.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 2002 Jul 17;288(3):321-33.
3. Ridker PM, Cook NR, Lee IM, Gordon D, Gaziano JM, Manson JE, Hennekens CH, Buring JE. A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. N Engl J Med. 2005 Mar 31;352(13):1293-304.
4. Kawado M, Suzuki S, Hashimoto S, Tokudome S, Yoshimura T, Tamakoshi A; JACC Study Group. Smoking and drinking habits five years after baseline in the JACC study. J Epidemiol. 2005 Mar;15 Suppl 1:S56-66.
5. Natarajan S, Liao Y, Sinha D, Cao G, McGee DL, Lipsitz SR. Sex differences in the effect of diabetes duration on coronary heart disease mortality. Arch Intern Med. 2005 Feb 28;165(4):430-5.
6. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobo N, Fabunmi RP, Grady D, Haan CK, Hayes SN, Judelson DR, Keenan NL, McBride P, Oparil S, Ouyang P, Oz MC, Mendelsohn ME, Pasternak RC, Pinn VW, Robertson RM, Schenck-Gustafsson K, Sila CA, Smith SC Jr, Sopko G, Taylor AL, Walsh BW, Wenger NK, Williams CL; American Heart Association; American College of Cardiology; American College of Nurse Practitioners; American College of Obstetricians and Gynecologists; American College of Physicians; American Medical Women's Association; Association of Black Cardiologists; Centers for Disease Control and Prevention; National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health; Office of Research on Women's Health; Society of Thoracic Surgeons; World Heart Federation. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women. J Am Coll Cardiol. 2004 Mar 3;43(5):900-21.

EPIDEMIOLOGIA DELLO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

DI RACHELE ADORISIO E LEONARDO DE LUCA

Lo scompenso cardiaco è una delle più importanti cause di mortalità e morbidità nei paesi occidentali. Tale sindrome clinica viene attualmente distinta in scompenso cardiaco acuto, una delle più comuni patologie in medicina d'urgenza, ed in scompenso cardiaco cronico, spesso complicato da episodi di aggravamento acuto.

Definizione

La sindrome dello scompenso cardiaco acuto (SSCA) è una condizione clinica complessa, in cui interagiscono differenti meccanismi fisiologici e biochimici. Essa è spesso accompagnata da disturbi del ritmo e della conduzione e da altre patologie cardiache concomitanti.

La SSCA può essere dovuta all'esacerbazione di una insufficienza cardiaca cronica, oppure essere la manifestazione di una patologia cardiaca di nuova insorgenza. La differenza tra queste due condizioni si riscontra nelle risposte fisiologiche, che nei casi di nuova insorgenza sono più pronunciate, mentre nel peggioramento di uno scompenso cronico possono risultare più attenuate, a causa dell'adattamento fisiopatologico già presente. Lo scompenso cardiaco acuto di nuova insorgenza può evolvere verso una insufficienza cardiaca cronica, che ri-

chiederà una terapia a vita o una procedura correttiva, o può essere un'insufficienza cardiaca transitoria, cioè non accompagnata da una alterazione miocardica o valvolare permanente.

La Società Europea di Cardiologia ha formato un gruppo di lavoro sullo scompenso cardiaco acuto nel 2002. Lo scompenso cardiaco acuto è definito da tale gruppo come "la rapida insorgenza di segni e sintomi secondari ad una alterata funzione cardiaca.

Può presentarsi con o senza una precedente patologia cardiaca. La disfunzione cardiaca può essere legata a una disfunzione sistolica o diastolica, ad aritmie, o a pre-load- e afterload-mismatch. Spesso pone a rischio di morte e richiede un trattamento urgente".

La Società Europea di Cardiologia inoltre classifica i pazienti con SSCA in base alla severità dei parametri emodinamici e su varie classi fisiopatologiche. Il paziente con la SSCA può presentare una delle diverse condizioni cliniche:

- 1) scompenso cardiaco de novo o come esacerbazione di una insufficienza cardiaca cronica con segni e sintomi di modesta entità
- 2) presenza di segni e sintomi di scompenso cardiaco associati a crisi ipertensiva, con funzione ventricolare sinistra relativamente preservata e segni radiologici di edema polmonare acuto
- 3) edema polmonare con severo distress respiratorio ed ortopnea
- 4) shock cardiogeno
- 5) scompenso cardiaco ad alta gittata, tipicamente associato a tireotossicosi, anemia, fistole artero-venose, ecc.
- 6) scompenso cardiaco destro, caratterizzato dalla sindrome da bassa gittata, con aumento della pressione venosa giugulare, epatomegalia e ipotensione.

Epidemiologia e Fattori Prognostici

L'epidemiologia della SSCA è nota dopo la pubblicazione del registro ADHERE (Acute Decompensated Heart



Failure National Registry) che ha raccolto i dati di oltre 100.000 pazienti ospedalizzati per scompenso cardiaco acuto, dello studio europeo l'EHFS (Euro Heart Failure Survey) che ha arruolato 11.327 pazienti, comprendenti sia i ricoverati per scompenso cardiaco sospetto o diagnosticato, sia pazienti ambulatoriali, e più recentemente dell'OPTIMIZE-HF che ha incluso quasi 35.000 pazienti (Tabella 1).

Nell'ADHERE e nell'EHFS l'età media dei pazienti era rispettivamente di 75 e 71 anni ed il 52% e il 47% rispettivamente erano donne. In entrambi i registri, tre pazienti su quattro avevano una precedente storia di insufficienza cardiaca, mentre uno su quattro presentava scompenso cardiaco di nuova insorgenza. La percentuale di insufficienza cardiaca diastolica variava tra il 40 e 50% circa.

La cardiopatia ischemica era la maggiore causa di scompenso cardiaco (57% dei pazienti nell'ADHERE); il 72% e il 53% aveva una storia di ipertensione nell'ADHERE e nell'EHFS rispettivamente, mentre il 23% e il 29% dei pazienti presentava una valvulopatia, come causa dello scompenso o come patologia concomitante.

La più comune patologia valvolare era l'insufficienza mitralica, mentre l'aritmia più frequente era la fibrillazione atriale. Il 44% e il 27% dei pazienti con scompenso cardiaco acuto erano affetti da diabete mellito nell'ADHERE e nell'EHFS rispettivamente ed il 30% e il 18% avevano insufficienza renale. In entrambi i registri il 50% dei pazienti presentava una pressione arteriosa sistolica elevata al momento del ricovero, mentre solo l'1-2% era in stato di shock. La differenza più eclatante tra lo studio europeo e quello americano è la durata della degenza in ospedale: nell'ADHERE è risultata essere mediamente di 4.3 giorni, mentre nell'EHFS di circa 11 giorni.

La mortalità intraospedaliera era del 4 e 7% rispettivamente nell'ADHERE e nell'EHFS. In quest'ultimo la mortalità a tre mesi era del 6.5% e il tasso di riospedalizzazione di circa il 24%. In recenti trial clinici sullo scompenso cardiaco acuto, la mortalità a 60 giorni è stata del 5-10%, mentre il tasso di riospedalizzazione è risultato pari al 20-25% circa.

Nel Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE), il 13% dei pazienti ospedalizzati con sindrome co-

ronarica acuta, senza scompenso cardiaco pregresso o shock cardiogeno, avevano una diagnosi di ammissione di insufficienza cardiaca (classe II o III di Killip). Tale diagnosi di ingresso era associata ad un aumento della mortalità, a una più lunga degenza e ad un più alto tasso di riospedalizzazione. L'evoluzione verso lo scompenso durante il ricovero in ospedale, rispetto alla sua diagnosi all'ingresso, era associata ad un maggior tasso di mortalità intraospedaliera.

Nello studio francese EPICAL su pazienti ospedalizzati con scompenso cardiaco avanzato, la mortalità ad un anno era del 35.4% e il tasso di riospedalizzazione pari all'81%. I pazienti venivano ricoverati in media 2.5 volte l'anno (il 64% per aggravamento dello scompenso) e trascorrevano circa 27.6 giorni dell'anno in ospedale.

Un altro importante dato da considerare è che l'eziologia dello scompenso cardiaco influenza la prognosi: i pazienti con cardiomiopatia ischemica hanno una pro-

	ADHERE (107,920 pts.)	EURO HF (11,327 pts.)	OPTIMIZE-HF (48,612 pts.)
Età media (anni)	75	71	73
Donne (%)	52	47	52
Progresso scompenso cardiaco (%)	75	65	87
FE < 40%	59	46	52
Cardiopatia ischemica (%)	57	68	50
Iipertensione (%)	72	53	71
Diabete (%)	44	27	42
Fibrillazione atriale (%)	31	43	31
Insufficienza renale (%)	30	17	N/A
Dispnea (%)	89	70	90?
Dyspnea a riposo (%)	34	40	45
Affaticamento (%)	32	35	23
Rantoli (%)	68	N/A	65
Edema periferico (%)	66	23	65
PA sistolica (%)			
< 90 mmHg	2	< 1	< 8
90 - 140 mmHg	48	70	44
> 140 mmHg	50	29	48
Lunghezza della degenza (gg)	4.3 (3, 7)	11	4 (3, 7)
Mortalità intraospedaliera (%)	4	7	4
Mortalità a 2-3 mesi (%)	N/A	6.5	9
Riospedalizzazione a 2-3 mesi (%)	N/A	24	31

Tabella 1 - Dati epidemiologici dai 3 maggiori registri sulla SSSA.
FE: frazione di eiezione; PA: pressione arteriosa.



Pierre Subleyras, *L'uomo anatomico*, 1416 ca.

gnosi peggiore rispetto a quelli con cardiomiopatia idiopatica. Inoltre un importante ruolo prognostico va attribuito a patologie concomitanti, come il diabete, l'anemia, ecc. ed a dati di laboratorio come elevati valori di creatinina, azotemia o l'iponatremia.

Anche il profilo emodinamico, come la presenza di segni di congestione polmonare o sistemica e l'ipoperfusione, influenza gli esiti a distanza dei pazienti con SSCA.

Il Registro ANMCO (Survey in Acute Heart Failure)

Il Survey in Acute Heart Failure è uno studio nazionale, multicentrico, prospettico, osservazionale proposto dall'ANMCO. L'obiettivo primario di questo registro era di descrivere l'epidemiologia dei pazienti ricoverati con SSCA nei reparti di Cardiologia dotati di UTIC in Italia. Obiettivi secondari erano la descrizione di percorsi diagnostici e terapeutici nella pratica clinica, la valutazione degli outcome intraospedalieri dei pazienti con SSCA e l'identificazione di predittori prognostici.

I criteri di inclusione all'arruolamento erano: pazienti

in classe NYHA III-IV (se presente infarto miocardico acuto veniva considerata la classe Killip III-IV), edema polmonare o shock cardiogeno, e necessità di terapia infusionale per scompenso cardiaco.

Il registro, che ha coinvolto 206 UTIC in tutta Italia, in un periodo di 3 mesi, ha arruolato 2.807 pazienti con SSCA.

L'età media dei pazienti arruolati è risultata essere pari a 73 ± 11 anni, con il 45.7% dei pazienti con età >75 anni. Il 39.5% era composto da donne, una diagnosi di pregresso infarto era presente nel 36.5% dei casi, una fibrillazione parossistica nel 21.3%, una insufficienza renale nel 24.7%, diabete mellito nel 38.4% e una storia di ipertensione nel 65.6% dei casi. La SSCA è stata classificata come di nuova insorgenza nel 44% dei casi, mentre nel 54.8% dei pazienti si è trattato di un peggioramento di un preesistente scompenso cardiaco cronico. Al momento del ricovero, il 49.6% dei pazienti presentava un edema polmonare, il 7.7% uno shock cardiogeno, il 25.8% era in classe funzionale NYHA III ad il 14.9% in NYHA IV. Una eziologia ischemica è stata diagnosticata nel 46% dei casi.

La frazione di eiezione media tra i pazienti con SSCA di nuova insorgenza è risultata essere pari al $40 \pm 13\%$, mentre nel gruppo con peggioramento di scompenso cardiaco cronico del $35 \pm 13\%$. Al momento del ricovero, la pressione arteriosa sistolica è risultata essere pari a 141 ± 37 mmHg, e >140 mmHg nel 43.1% dei casi.

I valori medi di creatinina, azotemia e natriemia sono stati rispettivamente di 1.7 ± 1 mg/dl, 81 ± 53 mg/dl e 137 ± 5 mEq/L.

Tra il trattamento farmacologico utilizzato si è riscontrato un elevato utilizzo di nitrati (51.3%) e soprattutto di inotropi positivi (24.6%), nonostante fosse presente un'elevata percentuale di forme ischemiche, i pazienti avessero una funzione sistolica preservata in 1/3 dei casi ed elevate pressioni arteriose sistoliche all'esordio.

L'utilizzo di inotropi è stato identificato anche come uno dei più importanti predittori di mortalità intraospedaliera. Un'alterata funzione renale, invece, identificata con elevati valori di creatininemia ed azotemia, è stato uno dei principali predittori di mortalità a 6 mesi. La mortalità totale intraospedaliera è stata pari al 7.3%, mentre al follow-up a 6 mesi, ottenuto nel 70.4% dei ca-

si, è stata del 21.9%. Tali percentuali, benché elevate, sono risultate comparabili rispetto ai registri americani ed europeo.

Conclusioni

La SSCA è una condizione complessa con un'etiologia ed una fisiopatologia ancora non ben definite ed associata a diverse comorbidità.

L'epidemiologia della SSCA è divenuta più chiara dopo la pubblicazione di larghi registri eseguiti in Nord America ed Europa. Tali studi hanno dimostrato che la SSCA presenta numerose differenze rispetto allo scompenso cardiaco cronico.

Lo studio clinico condotto dall'ANMCO ci aiuta maggiormente nell'identificazione dei pazienti con SSCA e nella comprensione dei protocolli diagnostici e terapeutici adottati nelle UTIC italiane.

Bibliografia Essenziale

- Cotter G, Moshkovitz Y, Milovanov O, Salah A, Blatt A, Krakover R, Vered Z, Kaluski E. Acute heart failure: a novel approach to its pathogenesis and treatment. *Eur J Heart Fail* 2002;4:227-34.
- Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, et al ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure): Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation; Endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation* 2001;104:2996-3007.
- Nieminen MS, Bohm M, Cowie MR, Drexler H, Filippatos G, Jondeau G, Hasin Y, Lopez-Sendon J, Mebazaa A, Metra M, Rhodes A, Swedberg K. Executive summary of the guidelines on the diagnosis and treatment of acute heart failure. The Task Force on Acute Heart Failure of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005;26:384-416.
- Nohria A, Tsang SW, Fang JC, Lewis EF, Jarcho JA, Mudge GH, Stevenson LW. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:1797-804.
- Cowie MR, Mosterd A, Wood DA, Deckers JW, Poole-Wilson PA, Sutton GC, Grobbee DE. The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J* 1997;18:208-25.
- Cuffe MS, Califf RM, Adams KE, Jr., Benza R, Bourge R, Colucci WS, Massie BM, O'Connor CM, Pina I, Quigg R, Silver MA, Gheorghide M. Short-term intravenous milrinone for acute exacerbation of chronic heart failure: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;287:1541-7.
- Cleland JG, Gemmell I, Khand A, Boddy A. Is the prognosis of heart failure improving? *Eur J Heart Fail* 1999;1:229-41.
- Stewart S, Demers C, Murdoch DR, McIntyre K, MacLeod ME, Kendrick S, Capewell S, McMurray JJ. Substantial between-hospital variation in outcome following first emergency admission for heart failure. *Eur Heart J* 2002;23:650-7.
- Massie BM, Shah NB. Evolving trends in the epidemiologic factors of heart failure: Rationale for preventive strategies and comprehensive disease management. *Am Heart J* 1997;133:703-12.
- Fonarow GC. The Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE): opportunities to improve care of patients hospitalized with acute decompensated heart failure. *Rev Cardiovasc Med* 2003;4 Suppl 7:S21-30.
- Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Gavazzi A, Hobbs R, Korewicki J, Madeira HC, Moiseyev VS, Preda I, van Gilst WH, Widimsky J, Freemantle N, Eastaugh J, Mason J. The EuroHeart Failure survey programme-a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442-63.
- Cohen-Solal A, Desnos M, Delahaye F, Emeriau JP, Hanania G. A national survey of heart failure in French hospitals. The Myocardopathy and Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology, the National College of General Hospital Cardiologists and the French Geriatrics Society. *Eur Heart J* 2000;21:763-9.
- Fonarow G, Abraham WT, Albert N, Gattis W, Gheorghide M, Greenberg B, O'Connor CM, She L, Yancy CW, Young JB. Impact of Evidence-Based Heart Failure Therapy Use at Hospital Discharge on Treatment Rates During Follow-Up: A Report From the Organized Program to Initiate Lifesaving Treatment in Hospitalized Patients With Heart Failure (OPTIMIZE-HF) [abstract]. *J Am Coll Cardiol* 2005;45 (suppl):345A.
- Steg PG, Dabbous OH, Feldman LJ, Cohen-Solal A, Aumont MC, Lopez-Sendon J, Budaj A, Goldberg RJ, Klein W, Anderson FA, Jr. Determinants and prognostic impact of heart failure complicating acute coronary syndromes: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Circulation* 2004;109:494-9.
- Publication Committee for the VMAC Investigators. Intravenous nesiritide vs nitroglycerin for treatment of decompensated congestive heart failure: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;287:1531-40.
- Zannad F, Braincon S, Juilliere Y, Mertes PM, Villemot JP, Alla F, Virion JM. Incidence, clinical and etiologic features, and outcomes of advanced chronic heart failure: the EPICAL Study. *Epidemiologie de l'Insuffisance Cardiaque Avancee en Lorraine. J Am Coll Cardiol* 1999;33:734-42.
- Bayram M, De Luca L, Massie MB, Gheorghide M. The Role of Dobutamine, Dopamine, and Milrinone in the Management of Acute Heart Failure Syndromes. *Am J Cardiol*, in press.
- Abraham WT, Adams KE, Fonarow GC, et al. In-hospital mortality in patients with acute decompensated heart failure requiring intravenous vasoactive medications. An analysis from the acute decompensated heart failure national registry (ADHERE). *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:57-64.
- Dec GW. Acute decompensated heart failure. The shrinking role of inotropic therapy. *J Am Coll Cardiol*. 2005;46:65-67.

RUOLO ATTUALE DELLE CELLULE STAMINALI NELLA RIGENERAZIONE MIOCARDICA

DI LEONARDO DE LUCA E RACHELE ADORISIO

In seguito ad un infarto miocardico, uno dei fattori che promuovono la progressione verso lo scompenso cardiaco è la perdita di cardiomiociti e la mancanza di adeguati meccanismi di riparazione endogena. Il tessuto miocardico danneggiato è sostituito con una cicatrice di tessuto fibroso, promuovendo il rimodellamento cardiaco e la riduzione della funzione ventricolare sinistra. Recentemente la terapia a base di cellule staminali (CS) è divenuta una realistica opportunità per la rigenerazione dei cardiomiociti danneggiati da un evento ischemico. Negli ultimi anni si sono ottenuti risultati promettenti, ma rimangono ancora molte problematiche insolte prima che le CS possano essere utilizzate nella pratica clinica. Le più importanti problematiche rimaste insolte sono correlate a quali tipi di cellule utilizzare, se le CS debbano essere differenziate in cardioblasti o cardiomiociti prima del loro impianto e come ciò debba essere ottenuto.

Cellule Staminali Embrionali (CSE)

Le CSE derivano dalla blastocisti embrionale. Un'importante caratteristica delle CSE in vitro, è la loro capacità di replicarsi indefinitamente. Ciò rende possibile la loro coltura su larga scala, uno dei requisiti fondamentali del trapianto cellulare. Inoltre, le CSE sono pluripotenti ed hanno la potenzialità di differenziarsi in tutte le principali linee cellulari.

Per l'applicazione delle CSE nella rigenerazione cardia-

ca, esse devono essere capaci di differenziarsi in cardiomiociti. Tale differenziazione in vitro può essere ottenuta facendo crescere le CSE in aggregati cellulari chiamati corpi embrioidi. Queste cellule possiedono fenotipi miocardici diversi in base all'espressione di fattori di trascrizione miocardico-specifici, geni e proteine.

È inoltre possibile indurre la differenziazione di CSE in cardiomiociti in colture con una sola linea cellulare, facendo crescere CSE con cardiomiociti maturi o utilizzando agenti stimolanti come la 5-azacitidina, acido ascorbico o retinico o fattori di crescita come derivati del TGF β , FGF, IGF e PDGF.

Nonostante le loro promettenti potenzialità, le CSE presentano alcune limitazioni nel loro utilizzo. Innanzitutto, considerata la loro origine allogenica, queste cellule possono causare una reazione di rigetto; inoltre le CSE sono per definizione cancerogene in quanto ancora indifferenziate; infine l'isolamento e l'uso di CSE sono al centro di intensi dibattiti etici e di restrizioni legislative in alcuni Paesi.

Cellule Staminali Somatiche (CSS)

CS multipotenti sono presenti in diversi tessuti. Esse danno origine a nuove CS ed a cellule differenziate che occorrono al mantenimento ed alla rigenerazione dei tessuti danneggiati. Precedentemente si pensava che le CSS si potessero differenziare solo nel tipo cellulare caratteristico del tessuto ove esse risiedessero. Esperimenti recenti hanno dimostrato che le CSS possono invece differenziarsi in cellule diverse dal tessuto d'origine. Sebbene la loro esatta origine rimanga discutibile, il midollo osseo, il tessuto adiposo, il fegato, il cervello, il derma, il muscolo scheletrico, il pancreas, i polmoni, il cuore ed il sangue periferico, posseggono CS o cellule progenitrici in grado di transdifferenziarsi.

Le CSS più studiate sono le cellule staminali ematopoietiche (CSEM) e le cellule staminali mesenchimali (CSM), entrambe di derivazione midollare. Sia le



CSEM che le CSM comprendono diverse popolazioni cellulari, alcune delle quali hanno dimostrato di possedere un maggiore potenziale differenziativo di altre. Comunque, la loro capacità di differenziarsi in cellule del muscolo cardiaco o scheletrico, cervello, fegato, organi gastrointestinali, rene, polmoni ed epidermide, sia in vitro che in vivo, le rendono candidate ideali per la rigenerazione di tessuto miocardico.

Differenziazione di CSS in vitro

Al fine di comprendere il processo mediante il quale le CSS si differenziano in cardiomiociti e quale fosse la popolazione cellulare col maggior potenziale differenziativo, sono stati eseguiti numerosi esperimenti in vitro sulle CSS. Tra tutte le popolazioni cellulari di derivazione midollare, è stato possibile dimostrare in vitro la differenziazione in cardiomiociti solo per le CSM. Ciò soprattutto perché le CSM riescono ad aderire facilmente a superfici plastiche, caratteristica che le altre cellule midollari non possiedono. La differenziazione in cardiomiociti in vitro è stata ottenuta con CSM derivate dal tessuto adiposo e dal midollo osseo umano ed animale.

Differenziazione di CSS in vivo

a) Midollo Osseo.

Le proprietà cardiomiogene delle cellule di derivazione midollare in vivo sono state osservate per la prima volta da Bitter et al. Dopo trapianto del midollo osseo di modelli femminili murini in maschi dello stesso gruppo con degenerazione muscolare cardiaca, questi autori hanno osservato la presenza di cardiomiociti con cromosoma Y integrati nel miocardio danneggiato. Ciò ha dimostrato che cellule circolanti di derivazione midollare possono essere reclutate dal miocardio danneggiato e possono inoltre differenziarsi in cardiomiociti.

Al fine di comprendere la capacità delle cellule di derivazione midollare di differenziarsi in cardiomiociti e riparare un eventuale danno miocardico, in molti studi le CS midollari sono state direttamente iniettate nel territorio miocardico danneggiato o nelle coronarie che irroravano il tessuto danneggiato sperimentalmente. Tali studi hanno dimostrato, rispetto ai controlli, un miglio-

ramento della funzione contrattile e della perfusione tissutale, una riduzione dell'area a rischio e del territorio miocardico danneggiato dopo infusione di CS.

Ad oggi, pochi studi hanno valutato la possibilità di iniettare nel miocardio direttamente parti di midollo osseo. Nella maggioranza dei casi, la frazione cellulare mononucleata di midollo osseo, in cui sono presenti le CS e le cellule progenitrici, è stata isolata in colture in vitro prima dell'iniezione.

b) Cellule Staminali Ematopoietiche.

Le CSEM di derivazione midollare sono state largamente studiate per il loro potenziale di differenziarsi in vivo. La prima dimostrazione che le CSEM possono rigenerare il tessuto miocardico appartiene a Jackson et al. Gli autori hanno isolato una specifica popolazione di CSEM e le hanno iniettate in modelli animali in cui era stata indotta un'ischemia miocardica. Sebbene la loro prevalenza non fosse molto elevata, dopo 2-4 settimane dall'infusione, sono stati riscontrati cardiomiociti di derivazione staminale soprattutto nell'area perinfartuale.

L'iniezione diretta di CSEM è stata anche investigata in modelli animali da Orlic et al. Dopo 9 giorni, nel 40% dei casi si è riscontrata una rigenerazione di tessuto cardiaco. Circa il 68% dell'area infartuata era occupata da miocardio neoformato. Ciò aveva portato anche ad un significativo aumento della sopravvivenza e della funzione cardiaca nei modelli animali in cui erano state iniettate le CSEM. In questo studio si è inoltre dimostrato che le CSEM si erano differenziate non solo in cardiomiociti, ma anche in cellule endoteliali e fibroblasti.

Successivamente diversi studi, utilizzando modelli più o meno simili, hanno fallito nel dimostrare benefici così evidenti delle CSEM. Ad oggi rimane quindi controverso il ruolo delle CSEM nella rigenerazione morfologica e funzionale del miocardio ischemico.

c) Cellule Staminali Mesenchimali.

Le CSM sono state valutate in molti studi per il loro dimostrato potenziale cardiomiogeno in vivo e specialmente dopo la dimostrazione in vitro della loro capacità di differenziarsi in cardiomiociti. Wang et al. hanno per primi dimostrato che le CSM di origine murina partecipano alla formazione di nuovi cardiomiociti in isolati



Michelangelo, Storie della Genesi: Creazione di Adamo, 1508-1512

cardiaci sani. Lo stesso potenziale è stato successivamente dimostrato in vivo anche per CSM umane, iniettate in modelli animali. Il beneficio delle CSM, in termini di riduzione dell'area infartuata e di miglioramento della funzione cardiaca globale, è stato dimostrato anche in modelli animali in cui era stato indotto un danno miocardico ischemico.

Mobilizzazione di CS Endogene

Un'altra possibilità di apportare CS a livello cardiaco, è quella di incrementare il numero di CS endogene circolanti, assumendo che esse possano migrare sino all'area di miocardio danneggiata.

La mobilizzazione di CS può essere ottenuta mediante

la somministrazione di citochine come il fattore stimolante le colonie di granulociti (G-CSF) ed il fattore delle CS. Queste due citochine stimolano il rilascio di CS dal midollo osseo alla circolazione sanguigna.

Orlic et al. hanno per primi iniettato queste due citochine in topi da 5 giorni prima l'induzione di un infarto miocardico sino a 3 giorni dopo. Dopo 27 giorni, la zona infartuale era ridotta del 40% e si erano sviluppati 15×10^6 nuovi miociti con un concomitante incremento della funzione cardiaca e della sopravvivenza rispetto ai controlli. Recentemente Seiler et al. hanno dimostrato, in uno studio randomizzato, placebo-controlled, a doppio cieco, che la somministrazione di 40 mcg di G-CSF in 21 pazienti con documentata coronaropatia aumenta significativamente l'entità del flusso collaterale rispetto ai controlli.

Rigenerazione Cardiaca nelle Cardiopatie di Origine non Ischemica

La maggior parte degli esperimenti in vivo con CS è stata eseguita creando dei modelli di danno ischemico, come ad esempio la legatura di un'arteria coronarica. Lo scompenso cardiaco cronico però può essere causato non solo da un danno ischemico ma anche da altri tipi di cardiomiopatie. Usando la doxorubicina, un antibiotico ed agente antineoplastico usato nella chemioterapia, sono stati creati modelli animali di scompenso cardiaco ad origine non ischemica ed è stato testato l'effetto delle CS. In alcuni studi riportati in letteratura si sono osservati benefici in termini di funzione cardiaca, rigenerazione di cardiomiociti, e sopravvivenza dopo infusione di cellule midollari allogeniche e cellule midollari mononucleate.

Cellule Progenitrici Cardiache

Sino a poco tempo fa, il cuore era considerato come un organo incapace di proliferare. Questo dogma è stato recentemente messo in discussione dopo la scoperta di

miociti circolanti in grado di eseguire una mitosi cellulare o una citochinesi sia in condizioni fisiologiche che patologiche. Ciò potrebbe implicare il fatto che una popolazione di CS o cellule progenitrici cardiache, sia residenti nel tessuto miocardico che reclutate dalla circolazione, possano dare origine a nuovi miociti. L'origine di queste cellule è ancora incerta: esse possono residuare dalla vita fetale o derivare dal midollo osseo. L'identificazione di questa nuova popolazione di cellule cardiomiogeniche è oggetto di diversi studi attualmente in corso.

Trial Clinici

I risultati incoraggianti ottenuti con le CS su modelli animali hanno portato ai primi studi multicentrici sull'uomo. Nello studio TOPCARE-AMI, pazienti con infarto miocardico erano randomizzati a ricevere infusione intracoronarica di cellule progenitrici circolanti (soprattutto cellule progenitrici endoteliali) o cellule di derivazione midollare. Ad un anno di follow-up si è osservato un incremento della frazione di eiezione, una riduzione dei volumi ventricolari sinistri e dell'infarct size, senza differenze significative tra i due gruppi. Durante il periodo di follow-up inoltre non si è osservato alcun evento cardiovascolare, dimostrando che la procedura di infusione intracoronarica è sicura ed efficace.

In un altro largo studio randomizzato di Perin et al., in pazienti con infarto miocardico venivano infuse cellule di provenienza midollare in zone di miocardio ischemico vitale. Gli eventi clinici sono stati monitorizzati per 2, 6 e 12 mesi. Si è registrato un significativo miglioramento nella perfusione miocardica nonché nella capacità funzionale nei pazienti trattati con infusione di CS rispetto ai controlli. L'incremento significativo della capacità all'esercizio veniva mantenuto anche a 12 mesi.

Uno dei primi studi randomizzati e controllati è stato eseguito da Wollert et al. Gli autori hanno randomizzato 60 pazienti con infarto miocardico acuto sottoposti ad angioplastica primaria di successo, ad infusione intracoronarica di cellule midollari autologhe o al trattamento farmacologico ottimale post-MI. A 6 mesi di follow-up, i pazienti che avevano ricevuto l'infusione delle CS mostravano un significativo miglioramento della

funzione ventricolare sinistra rispetto ai controlli.

Nel MAGIC trial invece, in cui sono state infuse nel lume coronario CS endogene in pazienti con infarto miocardico trattati con impianto di stent coronarico, è stata osservata un'elevata incidenza di restenosi intrastent ed il trial è stato quindi prematuramente interrotto. Ciò sottolinea la necessità di ulteriori ricerche prima che il trattamento con CS possa essere considerato del tutto sicuro.

La Proposta dell'ANMCO

L'ANMCO ha proposto la realizzazione di un programma nazionale sulle CS nei soggetti con angina refrattaria. Il programma nasce dall'esigenza di migliorare i sintomi e la sopravvivenza dei pazienti con angina refrattaria all'odierna terapia farmacologica ottimale, che non possono essere sottoposti a trattamento interventistico o chirurgico. Tali pazienti, in trattamento farmacologico ottimale da almeno 2 settimane, saranno randomizzati in uno studio multicentrico e controllato, a placebo o G-CSF (5 mcg/Kg) per 5-7 giorni e saranno seguiti per 6 mesi. Lo scopo dello studio proposto è la valutazione del G-CSF sulla perfusione miocardica e sulla funzione cardiaca a 4 settimane dalla somministrazione, mediante Scintigrafia Tc-99m Sestamibi.

Conclusioni

Il trattamento delle cardiopatie, soprattutto di origine ischemica, mediante l'utilizzo di CS è un'opzione promettente. Studi su modelli animali e sull'uomo hanno chiaramente dimostrato che le CS possono migliorare la funzione cardiaca dopo un infarto miocardico. Purtroppo però, l'ideale popolazione di cellule da utilizzare non è stata ancora del tutto identificata.

Ulteriori ricerche sono necessarie per chiarire i possibili rischi associati e determinare se gli immediati miglioramenti osservati possano tradursi in benefici clinici a lungo termine.

Bibliografia Essenziale

- Thomson J.A., Itskovitz-Eldor J., Shapiro S.S., Waknitz M.A., Swiergiel J.J., Marshall V.S., Jones J.M., Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts, *Science*, 1998;282:1145-1147.

- Gepstein L., Derivation and potential applications of human embryonic stem cells, *Circ. Res.*, 2002;91:866-876.
- Jiang Y., Jahagirdar B.N., Reinhardt R.L., Schwartz R.E., Keene C.D., X.R., Reyes M., Lenvik T., Lund T., Blackstad M., Du J., Aldrich S., Lisberg A., Low W.C., Largaespada D.A., Verfaillie C.M., Pluripotency of mesenchymal stem cells derived from adult marrow, *Nature*, 2002;418:41-49.
- Hakuno D., Fukuda K., Makino S., Konishi F., Tomita Y., Manabe T., Suzuki Y., Umezawa A., Ogawa S., Bone marrow-derived regenerated cardiomyocytes (CMG Cells) express functional adrenergic and muscarinic receptors, *Circulation*, 2002;105:380-386.
- Tomita S., Li R.K., Weisel R.D., Mickle D.A., Kim E.J., Sakai T., Jia Z.Q., Autologous transplantation of bone marrow cells improves damaged heart function, *Circulation*, 1999;100:II247-II256.
- Orlic D., Kajstura J., Chimenti S., Jakoniuk I., Anderson S.M., Li B., Pickel J., McKay R., Nadal-Ginard B., Bodine D.M., Leri A., Anversa P. Bone marrow cells regenerate infarcted myocardium, *Nature*, 2001;410:701-705.
- Balsam L.B., Wagers A.J., Christensen J.L., Kofidis T., Weissman I.L., Robbins R.C., Haematopoietic stem cells adopt mature haematopoietic fates in ischaemic myocardium, *Nature*, 2004;428:668-673.
- Murry C.E., Soonpaa M.H., Reinecke H., Nakajima H., Nakajima H.O., Rubart M., Pasumarthi K.B., Ismail V.J., Bartelmez S.H., Poppa V., Bradford G., Dowell J.D., Williams D.A., Field L.J., Haematopoietic stem cells do not transdifferentiate into cardiac myocytes in myocardial infarcts, *Nature*, 2004;428:664-668.
- Toma C., Pittenger M.F., Cahill K.S., Byrne B.J., Kessler P.D., Human mesenchymal stem cells differentiate to a cardiomyocyte phenotype in the adult murine heart, *Circulation*, 2002;105:93-98.
- Orlic D., Kajstura J., Chimenti S., Limana F., Jakoniuk I., Quaini F., Nadal-Ginard B., Bodine D.M., Leri A., Anversa P., Mobilized bone marrow cells repair the infarcted heart, improving function and survival, *Proc.Natl. Acad. Sci. U S A*, 2001;98:10344-10349.
- Seiler C., Poht T., Wustmann K., Huttler D., Nicolet P.A., Wiedekner S., Eberli F.R., Meier B. Promotion of collateral growth by granulocyte macrophage colony-stimulating factor in patients with coronary artery disease. A randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Circulation*. 2001;104:2012-17.
- Quaini F., Urbanek K., Beltrami A.P., Finato N., Beltrami C.A., Nadal-Ginard B., Kajstura J., Leri A., Anversa P., Chimerism of the transplanted heart, *N. Engl. J. Med.*, 2002;346:5-15.
- Anversa P., Nadal-Ginard B., Myocyte renewal and ventricular remodelling, *Nature*, 2002;415:240-243.
- Beltrami A.P., Barlucchi L., Torella D., Baker M., Limana F., Chimenti S., Kasahara H., Rota M., Musso E., Urbanek K., Leri A.,



Sognando l'ANMCO ... con i Dik Dik!

- Kajstura J., Nadal-Ginard B., Anversa P., Adult cardiac stem cells are multipotent and support myocardial regeneration, *Cell*, 2003;114: 763-776.
- Assmus B., Schachinger V., Teupe C., Britten M., Lehmann R., Dobert N., Grunwald F., Aicher A., Urbich C., Martin H., Hoelzer D., Dimmeler S., Zeiher A.M., Transplantation of Progenitor Cells and Regeneration Enhancement in Acute Myocardial Infarction (TOPCARE-AMI), *Circulation*, 2002;106:3009-3017.
- Schachinger V., Assmus B., Britten M.B., Honold J., Lehmann R., Teupe C., Abolmaali N.D., Vogl T.J., Hofmann W.K., Martin H., Dimmeler S., Zeiher A.M., Transplantation of progenitor cells and regeneration enhancement in acute myocardial infarction: final one-year results of the TOPCARE-AMI Trial, *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2004;44:1690-1699.
- Perin E.C., Dohmann H.F., Borojevic R., Silva S.A., Sousa A.L., Silva G.V., Mesquita C.T., Belem L., Vaughn W.K., Rangel F.O., Assad J.A., Carvalho A.C., Branco R.V., Rossi M.I., Dohmann H.J., Willerson J.T., Improved exercise capacity and ischemia 6 and 12 months after transendocardial injection of autologous bone marrow mononuclear cells for ischemic cardiomyopathy, *Circulation*, 2004;110:II213-II218.
- Wollert K.C., Meyer G.P., Lotz J., Ringes-Lichtenberg S., Lippolt P., Breidenbach C., Fichtner S., Korte T., Hornig B., Messinger D., Arseniev L., Hertenstein B., Ganser A., Drexler H., Intracoronary autologous bone-marrow cell transfer after myocardial infarction: the BOOST randomised controlled clinical trial, *Lancet*, 2004;364:141-148.
- Kang H.J., Kim H.S., Zhang S.Y., Park K.W., Cho H.J., Koo B.K., Kim Y.J., Soo L.D., Sohn D.W., Han K.S., Oh B.H., Lee M.M., Park Y.B., Effects of intracoronary infusion of peripheral blood stem-cells mobilised with granulocyte-colony stimulating factor on left ventricular systolic function and restenosis after coronary stenting in myocardial infarction: the MAGIC cell randomised clinical trial, *Lancet*, 2004;363:751-756.

NOTIZIE DAL XV CONGRESSO DELLA SOCIETÀ EUROPEA DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA: IPERTENSIONE E SINDROME DELL'APNEA OSTRUTTIVA

Ipertensione arteriosa e sleep-apnea sindrome: attenti a quei due...



Epidemiologia e diagnosi

La SAS è una malattia molto comune che riguarda circa il 5% della popolazione generale e colpisce in particolare gli individui di sesso maschile. Clinicamente è caratterizzata da quattro sintomi principali: sonnolenza diurna, frequenti risvegli notturni con nicturia, astenia mattutina con o senza cefalea e severo russamento notturno.

Quest'ultimo, detto anche roncopatia, è un disturbo causato dalla vibrazione degli organi delle prime vie aeree, che comprendono palato, ugola, tonsille, epiglottide e lingua. In pratica a ogni inspirazione il fondo del palato va a urtare contro la parete posteriore della faringe, costringendo una forzatura rumorosa nel passaggio dell'aria (Figure 1 e 2).

I fattori predisponenti sono l'obesità, l'età, l'abitudine al fumo ed il consumo d'alcolici che, associate ad anomalie delle vie respiratorie superiori, determinano il fenomeno del russamento e gli arresti respiratori notturni. La polisonnografia è l'esame "gold standard" per la diagnosi di SAS. Essa registra simultaneamente le fasi del sonno, quantificando il flusso aereo delle prime vie respiratorie (pressione nasale), i movimenti toracici ed

addominali, l'elettroencefalogramma e la saturazione di ossigeno dell'emoglobina.

Una poligrafia respiratoria registrata in condizioni di veglia è un esame egualmente utile ai fini diagnostici: l'apnea può essere ostruttiva (persistente ostruzione durante la respirazione), centrale (senza ostruzione respiratoria) o mista inizia come centrale e termina con l'ostruzione respiratoria).

La diagnosi si basa sul calcolo del numero d'apnee (definite come completa cessazione del flusso respiratorio) o ipopnee ostruttive (definite come la riduzione >50% del flusso aereo inspiratorio o almeno del 30% se associato ad episodi di risveglio notturno o desaturazione in misura >3%) che durano più di dieci secondi per ora di sonno (apnea-hypopnea index, AHI). La diagnosi è certa quando sono registrati 15 o più eventi per ora.

Aspetti fisiopatologici dell'interazione tra SAS e l'apparato cardiovascolare

I pazienti affetti da SAS presentano continue oscillazioni notturne dei parametri emodinamici. La pressione arteriosa (PA) si riduce bruscamente al termine di ogni episodio di apnea e quindi risale gradualmente fino ad

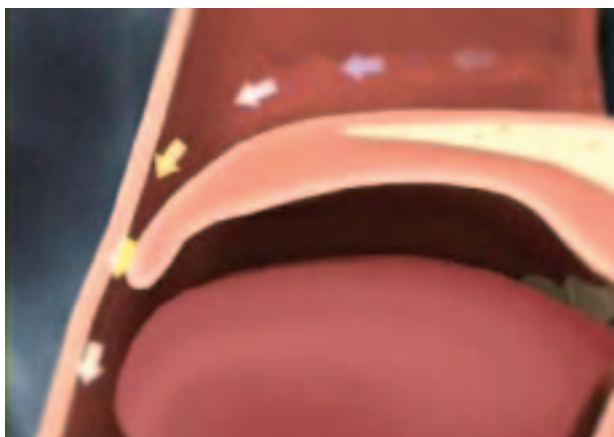


Figura 1

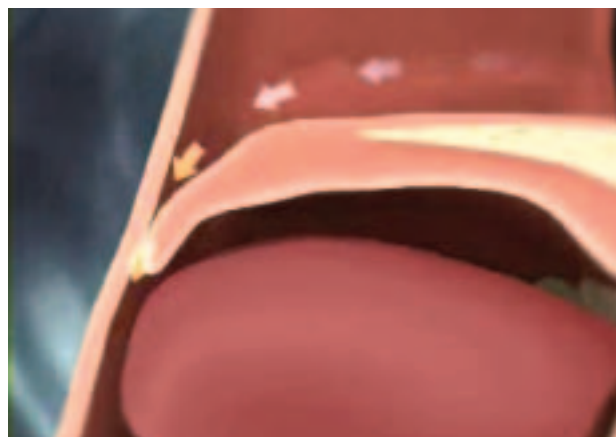


Figura 2

un picco che coincide al momento in cui la respirazione ricomincia nuovamente. La PA sistolica può aumentare da 15 fino ad 80 mmHg. Queste variazioni sono determinate da quattro tipi di stimoli: la desaturazione in ossigeno, l'incremento della PCO_2 , l'aumento dello sforzo respiratorio ed il risveglio al termine dell'apnea.

Tutti questi fenomeni, ed in particolare i ripetuti notturni cicli di desaturazione e di riossigenazione stimolano cronicamente l'attività simpatica adrenergica^{1 2}

come rilevato dall'aumento dei livelli di catecolamine sia plasmatici che urinari e dagli studi di microneurografia. I pazienti con SAS inoltre mostrano una ridotta sensibilità dei barocettori ad uno stimolo ipotensivo che può concorrere all'aumentato tono simpatico a riposo. In definitiva, questi meccanismi, insieme ad alterazioni del sistema renina-angiotensina, alla disfunzione dell'endotelio e dei chemocettori ed altre ancora, conducono all'aumento stabile delle resistenze vascolari periferiche³ che si riscontra in questi individui e probabilmente rendono ragione dell'elevata prevalenza di ipertrofia ventricolare sinistra legata sembrerebbe all'aumento del post-carico miocardico che si verifica durante gli episodi di apnea e all'ipertono simpatico⁴.

Prevalenza e caratteristiche dell'ipertensione nella SAS

La SAS è stata riconosciuta come una causa d'ipertensione arteriosa dalle linee guida americane del JNC-7. Diversi fattori predisponenti sono condivisi dalle due condizioni, tuttavia il soprappeso e l'iperinsulinemia sembrano essere quelli maggiormente rilevanti. Il rischio relativo d'ipertensione in chi russa è aumentato di 1.94 volte negli uomini e di 3.19 nelle donne con una prevalenza del 60% circa.

Tale prevalenza aumenta linearmente con il numero degli episodi d'apnea come dimostrato negli oltre 6.000 soggetti dello Sleep Heart Health Study⁵ e arriva a superare il 70% se è utilizzato il monitoraggio ambulatorio della PA (ABPM). L'ABPM inoltre ha chiarito che i pazienti affetti da SAS presentano un'elevata prevalenza d'ipertensione diastolica isolata e come prevedibile sono



in genere “non dippers”. Il dato più rilevante resta in ogni caso l'elevata incidenza di eventi avversi cardiovascolari nei pazienti con SAS, dall'angina pectoris all'infarto miocardico, allo scompenso cardiaco, agli eventi aritmici e cerebrovascolari; quando l'AHI > 20 poi, la mortalità cardiovascolare era circa del 40% a 8 anni⁶.

Terapia

La prima terapia della SAS è stata la tracheotomia. Attualmente le strategie te-

rapeutiche includono: modifiche posturali durante il sonno, evitare di dormire in posizione supina, la perdita di peso, evitare il consumo d'alcol e di sedativi ipnotici, strumenti che consentono lo spostamento in avanti della mandibola ed interventi chirurgici sulle prime vie respiratorie.

Il trattamento più diffuso è la respirazione a pressione positiva (CPAP) durante la notte, che previene il collasso delle vie aeree durante lo sforzo inspiratorio. Tale trattamento ha dimostrato a lungo termine di ridurre l'ipertono simpatico, migliorando il controllo pressorio. Per quanto riguarda la farmacoterapia, i beta-bloccanti sembrano essere più efficaci di altre classi di farmaci, probabilmente anche in questo caso per la spiccata attività inibente il sistema adrenergico.

Bibliografia essenziale

- ¹ Narkiewicz K, Somers VK. The sympathetic nervous system and obstructive sleep apnea: implications for hypertension. *J Hypertens* 1997;15:1613-9.
- ² Somers VK, Dyken ME, Clary MP, Abboud FM. Sympathetic neural mechanisms in obstructive sleep apnea. *J Clin Invest* 1995;96:1897-904.
- ³ Kraiczi H, Hedner J, Peker Y, Carlson J. Increased vasoconstrictor sensitivity in obstructive sleep-apnea. *J Appl Physiol* 2000;89:493-8.
- ⁴ Kraiczi H, Peker Y, Caldahl K, Samuelson A, Hedner J. Blood pressure, cardiac structure and severity of obstructive sleep apnea in a sleep clinic population. *J Hypertens* 2001;19:2071-8.
- ⁵ Nieto FJ, Young TB, Lind BK, Shahar E, Samet JM, Redine S, D'Agostino RB, Newman AB, Lebowitz MD, Pickering TG. Association of sleep-disorder breathing, sleep-apnea, and hypertension in a large community-based study. *JAMA* 2000;283:1829-36.
- ⁶ He J, Kryger MH, Zorick FJ, Conway W, Roth T. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest* 1988;94:9-14.

23 OTTOBRE 2005 CARDIOLOGIE APERTE CONTRATTACCO CARDIACO

Ruolo della comunicazione

Durante il XXXVI Congresso ANMCO HCF ha lanciato il *contrATTACCO CARDIACO* come tema principale delle Cardiologie Aperte 2005. All'iniziativa sta lavorando lo Steering Committee coordinato da Francesco Chiarella e composto da Franco Valagussa, Enrico Allievi, Mario Chiatto, Claudio Fresco, Marinella Gattone e Domenico Miceli del Progetto "Ridurre il Ritardo Decisionale nell'Attacco Cardiaco".

Infatti il ritardo nel contatto tempestivo con il Sistema di Emergenza Medica (SEM) che incrementa la mortalità fuori ospedale o la presentazione tardiva rimane l'ostacolo maggiore ad un più efficace trattamento dei pazienti con IMA.

La maggioranza dei pazienti che muoiono di arresto cardiaco fuori ospedale muoiono senza aver avuto contatto medico. E questo può vanificare o comunque rendere minore il risultato delle reti integrate per le sindromi coronariche acute.

Per questo la prima fase dell'iniziativa per ridurre il ritardo decisionale durante l'attacco cardiaco / minaccia di infarto miocardico è stata affidata alla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute diretta dal Prof. Claudio Bosio e con la coordinazione delle attività da parte del Dott. Luca Vecchio.

L'obiettivo era quello di valutare quale valore può avere la comunicazione sociale nel ridurre i tempi di intervento in presenza di segni di attacco cardiaco.

Si trattava anche di capire il perché di risultati incerti e/o contraddittori delle campagne di sensibilizzazione pubblicate. La maggior parte di queste campagne hanno proposto un messaggio centrato su:

- ♥ accrescere la conoscenza/consapevolezza dei segnali di attacco cardiaco
- ♥ sollecitare a farsi carico in prima persona dell'intervento:

- chiamando il SEM
- in qualche caso assumendo farmaci.

La logica che è alla base di questo tipo di comunicazione è che la carenza dei segni di allarme e delle azioni da intraprendere per far fronte alla situazione di possibile emergenza, sia condizione necessaria e sufficiente per determinare un comportamento adeguato. Che la conoscenza genera una condotta corretta.

È possibile che il tipo di messaggio e la sollecitazione proposta non siano adeguati a far adottare la giusta condotta in corso di sospetto infarto miocardico?

Per arrivare alla definizione di un messaggio efficace si è partiti dalle caratterizzazioni della grande mappa Sinottica Eurisko che distingue la popolazione in tre segmenti principali:

- "evoluto" e perciò informato e intraprendente;
- "medico di famiglia dipendente" restio ad assumere iniziative che non siano convalidate dal MMG;
- "disinteressato" o "distratto" che non si pone il problema.

Su questi modelli si applicava l'obiettivo di capire come viene percepito e quindi rappresentato il problema del soccorso precoce, quali sono gli orientamenti per gestire questa eventualità, quali sono poi le attese di comunicazione sul problema.

Il metodo impiegato è stato quello delle interviste "qualitative in profondità": in tutto 65 condotte sui 3 segmenti della popolazione (10+10+10), su ex infartuati (10) e familiari (10), su medici ed IP del 1.1.8. (15).

I temi affrontati nelle interviste sono stati:

1. la conoscenza del fenomeno:
 - rappresentazione dell'evento
 - conoscenza dei segni di allarme
 - rappresentazione delle persone a rischio e dei pazienti



2. la gestione dell'emergenza:

- le reazioni all'evento
- le azioni intraprese
- il ricorso all'1.1.8.

3. le ragioni del ritardo o della rapidità dell'intervento

4. le opinioni sulla campagna di comunicazione ("Prendi un'aspirina e chiama l'1.1.8.")

Gli elementi comuni a tutte le interviste sono:

1. è condivisa la percezione dell'evento come **drammatico, catastrofico, angosciante** di fronte al quale l'unica cosa da fare è chiamare aiuto
2. la conoscenza dei segnali e sintomi di attacco cardiaco appare diffusa e poco problematica
3. l'intensità del dolore toracico è l'elemento che più condiziona le reazioni e i comportamenti
4. l'ipotesi di una comunicazione sul tema del ritardo evitabile è vista con favore e interesse.

Emergono due dati di particolare interesse:

A. il problema cruciale nella rapida attivazione del soccorso non sembra la conoscenza dei segni/sintomi o il loro riconoscimento, ma piuttosto la attribuzione di

questi segni/sintomi ad un attacco cardiaco in corso, cioè la **corretta categorizzazione dell'esperienza**.

Passare cioè da una situazione in cui si pensa "sto provando questo dolore che potrebbe essere tante cose, che forse è anche un segnale di allarme serio, o che forse non è preoccupante..." ad un'altra situazione in cui si pensa "io sto avendo un infarto!!".

Indipendentemente dalle ragioni alla base della condotta - negazione o sottovalutazione del problema è in questa fase di sospetto, incertezza, dubbio non chiarito che si perde tempo prezioso.

B. quando si riconosce o si accetta di avere un infarto la prima richiesta è di **affidamento, di rassicurazione**

Cosa si fa

Si chiamano:

- i familiari o i colleghi o il medico per avere aiuto e sostegno;
- si vuole correre al più presto in Ospedale per essere curati

Cosa non si fa

- non si chiama un numero: 1.1.8.

- non si prendono iniziative di cura ad es. l'aspirina
- si ha paura di sbagliare, ci vogliono persone competenti.

LE IMPLICAZIONI PER LA COMUNICAZIONE

Sembra poco probabile che possa avere successo una comunicazione che solleciti a prendersi carico in prima persona del problema, sostituendosi nei primi momenti al medico: troppo forti sono le resistenze e le paure.

Ciò che la comunicazione può fare è cercare di facilitare il ricorso alle cure, sostenendo il processo decisionale e riducendo gli ostacoli che frenano la rapida attivazione della catena del soccorso.

L'area di intervento sembra essere dunque "l'area grigia" che precede la categorizzazione come infarto cardiaco o minaccia di infarto: area del sospetto, del dubbio, dell'incertezza che (forse) si sta correndo.

È sull'annullamento di questo periodo di incertezza, sul riconoscimento rapido del rischio e sulla possibilità di ridurre il rischio che si dovrebbe insistere.

Si tratta di configurare una comunicazione che riguardi la riduzione di un rischio potenziale "precedente alla crisi".

Si dovrebbe ricorrere ad una comunicazione che:

- dia motivazioni a sostegno del rischio e della legittimità di un sospetto
- fornisca indicazioni semplici per fugare il sospetto e ridurre il rischio
- proponga una gestione del problema basata sulla relazione con una persona competente ("1.1.8.").

Comportandosi come indicato si minimizza la possibilità di conseguenze negative.

LA PROPOSTA DEL "CONCETTO" DELLA COMUNICAZIONE

Potrebbe essere così:

- se provi un certo tipo di dolore (da precisare)
- può essere un problema di cuore
- togli il dubbio affidandoti a chi ti può aiutare: **chiama l'1.1.8.**
- arriverai così rapidamente a contatto di un medico e di uno staff competenti che possono darti la risposta giusta.

Questo tipo di messaggio evita allarme, lascia sullo sfondo l'evento infarto e la sua carica ansiogena, evita di evocare la necessità di fare qualcosa velocemente. Di fatto il richiamo alla fretta, alla velocità spesso rappresenta una forma diminuita di attribuzione al paziente della responsabilità della cura.

IMPLEMENTAZIONE DELLA CAMPAGNA

Disporre di una buona ipotesi per lo sviluppo di un messaggio è solo un punto di partenza per una campagna di comunicazione. Numerose sono le decisioni da prendere e le operazioni da compiere:

- identificare i destinatari
- ottimizzare il messaggio
- implementare l'identità sociale dell'1.1.8.
- selezionare i canali di comunicazione
- sviluppare un sistema di valutazione di processo e di risultato.

Sono queste le condizioni minime per rendere la comunicazione "socialmente competente" e offrire garanzie della sua efficacia. È quanto intendiamo provare a realizzare nella campagna "contrATTACCO CARDIACO", con l'aiuto indispensabile di tutte le unità operative cardiologiche che parteciperanno e con la coordinazione periferica dei referenti regionali di HCF.

CARDIOLOGIE APERTE ISTRUZIONI MINIME PER L'USO

PREPARAZIONE

1. condividere con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria l'adesione e l'organizzazione
2. definire localmente il formato e gli orari della iniziativa
3. creare un Gruppo Operativo con un Responsabile designato (indicato nella scheda come "richiedente". Il responsabile dovrà essere segnalato alla Segreteria HCF (heartcarfound@heartcarefound.org) e da questa al Referente Regionale HCF
4. provvedere a coinvolgere cardiologi, infermieri e volontari, dove esistono, nella preparazione della giornata e nella copertura dei turni
5. annunciare l'evento con le locandine da affiggere in città e in ospedale almeno due settimane prima

6. predisporre il percorso all'interno dell'Ospedale e della Unità Operativa di Cardiologia.

PROGRAMMA INDICATIVO

Un esempio di programma potrebbe essere:

- "apertura" ore 10 - 18, avendo previsto la costante presenza, a disposizione dei visitatori, di almeno 2 cardiologi e 2 infermieri, articolati in turni (es.: 3 turni con 2 cardiologi + 1-2 IP + 1-2 volontari per turno);
- percorso segnalato che preveda anche la visita a qualche laboratorio inattivo nella giornata festiva, evitando aree di degenza
- dove possibile prevedere un incontro ripetuto ogni 2-3 ore in un'aula a disposizione con breve presentazione seguita da discussione libera;
- distribuzione di materiale educativo (pieghevoli) che verrà inviato dalla Segreteria e potrà essere di produzione locale.

Dalla Segreteria il materiale inviato sarà relativo a:

1. segni di allarme dell'attacco cardiaco
2. mangiare sano e rischio cardiovascolare
3. muoviamoci di più
4. parliamo di fumo

- ai visitatori dovrà essere somministrato un questionario per una valutazione di gradimento.

Si raccomanda di non trascurare il tema del "contrATTACCO CARDIACO" per la riduzione del ritardo decisionale. Sarà per questo argomento fornito materiale in CDrom per eventuale proiezione.

Ogni U.O. di Cardiologia potrà comunque scegliere un formato diverso, inserendo momenti e materiali propri. L'importante è che cardiologi, infermieri e volontari si

mettano a disposizione dei cittadini che accettano l'invito a visitare la struttura.

La Segreteria HCF svolgerà le seguenti azioni:

- comunicazione ufficiale a Direttore Generale e Direttore Sanitario dell'intenzione espressa dalla U.O. di Cardiologia di partecipare all'iniziativa
- invio tempestivo dei materiali predisposti: questionario, locandine per l'affissione, pieghevoli, CDrom
- supporto da parte dei Referenti Regionali
- attivazione dell'Ufficio Stampa Nazionale e Regionale
- ritiro dei questionari compilati dai visitatori e di una nota del Responsabile che sintetizza i dati della giornata ed esprime commenti e critiche.

DALLE AREE

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2005-2006

AREA ARITMIE

Chairman: Maurizio Lunati (Milano)
Co-Chairman: Giuseppe Inama (Crema)
Comitato di Coordinamento: Vincenzo Ciconte (Catanzaro), Roberto Mantovan (Treviso), Carlo Menozzi (Reggio Emilia), Antonio Vincenti (Monza - MI)
Referente Area Chirurgica: Stefano Benussi (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/aritmie

AREA CHIRURGICA

Chairman: Claudio Zussa (Venezia - Mestre)
Co-Chairman: Claudio Grossi (Cuneo)
Comitato di Coordinamento: Pino Fundarò (Milano), Ugolino Livi (Udine), Maurizio Gentile (Pedara - CT), Luigi Martinelli (Genova)
Consulenti: Alessandro Mazzola (Teramo), Alessandro Pardini (Terni)
www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: Cesare Greco (Roma)
Co-Chairman: Gianni Casella (Bologna)
Comitato di Coordinamento: Lorenzo Borgo (Genova), Maurizio Del Pinto (Perugia), Patrizia Maras (Trieste), Zoran Olivari (Treviso)
Consulenti Scientifici: Claudio Fresco (Udine), Stefano Savonitto (Milano)
Consulente per le tematiche di rete e clinical competence: Claudio Cuccia (Brescia)
Consulente per le problematiche del dolore toracico: Filippo Ottani (Forlì)
Comitato Editoriale: Cesare Baldi (Salerno), Fabrizio Bandini (Firenze), Giovanni Barbieri (Roma), Maurizio Burattini (Roma), Maria Luisa Finocchiaro (Roma), Giuseppe Fradella (Firenze), Roberto Luongo (Roma), Danilo Neglia (Pisa)
Referente Area Chirurgica: Carlo Antona (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/utichotline

AREA INFORMATICA

Chairman: Antonio Di Chiara (Udine)
Co-Chairman: Luigi Badano (Udine)
Comitato di Coordinamento: Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria), Giancarlo Casolo (Firenze), Pier Camillo Pavesi (Bologna), Giuseppe Trocino (Monza - MI)
Consulenti tecnico-scientifici: Gianfranco Mazzotta (Genova), Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma), Davide Terranova (Padova), Paola Vaghi (Lissone - MI)
Referente Area Chirurgica: Paolo Magagna (Vicenza)

Comitato G8-Cardio ANMCO

Coordinatori: Antonio Di Chiara (Udine), Gianfranco Mazzotta (Genova)
Per l'aritmologia: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per l'ecocardiografia: Luigi Badano (Udine)
Per l'emodinamica: Leonardo Paloscia (Pescara)
Per l'ergometria: Roberto Tramarin (Pavia)
Per la prevenzione: Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Per la risonanza magnetica: Peter Knoll (Bolzano)
Per le SCA: Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)
www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman: Giuseppe Favretto (Motta di Livenza - TV)
Co-Chairman: Carlo D'Agostino (Bari-Carbonara)
Comitato di Coordinamento: Chiara Arcangeli (Firenze), Giovanna Mureddu (Nuoro), Andrea Rubboli (Bologna), Giovanni Tortorella (Reggio Emilia)
Consulenti: Franco Casazza (Milano), Stefano Ghio (Pavia), Pietro Zonzin (Rovigo)
Referente Area Chirurgica: Andrea Maria D'Armini (Pavia)
www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman: Vincenzo Cirrincione (Palermo)
Co-Chairman: Giuseppe Rosato (Avellino)
Comitato di Coordinamento: Franco Ingrilli (Palermo), Loredano Milani (San Donà di Piave - VE), Luciano Moretti (Ascoli Piceno), Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Consulenti: Ignazio Catalano (Palermo), Francesco Mazzuoli (Firenze), Giuseppe Pinelli (Bologna), Pier Antonio Ravazzi (Alessandria), Gino Tosolini (Udine)
Referente Area Chirurgica: Domenico Mercogliano (Alessandria)
www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING

Chairman: Quinto Tozzi (Roma)
Co-Chairman: Paolo Bonomo (Cagliari)
Comitato di Coordinamento: Maria Teresa Capalbi (Potenza), Claudio Coletta (Roma), Armando Francesconi (Sassuolo - MO), Renata Rebaudo (Pietra Ligure - SV)
Consulenti: Paola Di Giulio (Torino)
Referente Area Chirurgica: Antonio Vicentini (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman: Carmine Riccio (Caserta)
Co-Chairman: Furio Colivicchi (Roma)
Comitato di Coordinamento: Piero Clavario (Arenzano - GE), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Stefania De Feo (Peschiera del Garda - VR), Stefano Urbinati (Bologna)
Consulente Editoriale: Maurizio Abrignani (Trapani)
Consulente per la formazione: Massimo Ugucioni (Roma)
Referente Area Chirurgica: Paolo Ferrara (Avellino)
www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman: Andrea Di Lenarda (Trieste)
Co-Chairman: Fabrizio Oliva (Milano)
Comitato di Coordinamento: Guido Gigli (Sestri Levante - GE), Andrea Mortara (Monza - MI), Giovanni Pulignano (Roma), Luigi Tarantini (Belluno)
Consulenti: Gianfranco Alunni (Perugia), Gabriele Castelli (Firenze), Giuseppe Di Tano (Messina), Alessandro Filippi (Mozzanica - BG), Giuseppina Majani (Montescano - PV), Giovanni Mathieu (Pinerolo - TO)
Medical Writer: Renata De Maria (Milano)
Referente Area Chirurgica: Ettore Vitali (Milano)
www.anmco.it/aree/elenco/scompenso



Il ruolo dell'Area oggi

Il programma dell'Area Management & Qualità nel biennio 2005-2006 alla luce delle evoluzioni (o involuzioni) del Servizio Sanitario Nazionale

Uno dei grandi meriti dell'Associazione, al di là del patrimonio scientifico, culturale e di metodologia della ricerca, è stato avere compreso in tempo il senso del profondo cambiamento che si stava verificando sotto gli occhi, spesso disattenti, del mondo sanitario nei primi anni Novanta. La natura "eversiva" della 502/92 e della 517/93 rispetto all'interpretazione dello stato sociale non fu capita fino in fondo nemmeno dagli strati culturalmente più avanzati del mondo politico, sindacale e sociale dell'epoca (sembra passato un secolo!).

Ma già nel '94 l'ANMCO tentava di comprenderne i meccanismi intrinseci al fine di difendersi, cioè difendere la sanità pubblica e quindi l'equità sociale, la qualità dei servizi, l'appropriatezza delle prestazioni ecc. Vennero fuori i primi corsi di management, le pubblicazioni sui DRG, gli studi di outcome che ci permisero l'analisi della realtà sanitaria, almeno nel settore cardiologico, e quindi l'elaborazione di nuovi modelli organizzativi. La progettazione e l'implementazione del sistema delle Reti, vero asse portante della politica dell'ANMCO degli ultimi anni, viene da lontano, viene cioè dalla comprensione

"scientifica" dei bisogni sanitari, e dalla necessità di una risposta in termini di "welfare".

Gli ultimi anni sono stati peraltro contraddistinti da ulteriori "evoluzioni" legislative che hanno certamente complicato il quadro generale: la devolution, e quindi nei fatti la mancanza di un progetto unitario (ed equo) sul territorio nazionale, la normativa sui LEA, con l'identificazione di 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, se erogati in regime di ricovero ordinario, quindi non rimborsabili (è ovvio che il numero di questi DRG è destinato

a crescere, in base alle compatibilità economiche!).

D'altro canto ormai i Direttori Generali, tranne casi rari e illuminati, puntano esclusivamente a contrarre in senso indiscriminato le spese, senza un filo conduttore di mission e vision aziendale, frustrando gli entusiasmi e i progetti professionali di migliaia di medici, che non riescono più a trovare nei loro percorsi motivazioni ideali.

A questo punto si impone come Società Scientifica il coinvolgimento attivo dei Rappresentanti delle Regioni e dei Direttori Generali nel-



la elaborazione e implementazione dei progetti in cui è evidente l'interesse sociale: la costituzione delle Reti assistenziali per i pazienti acuti, i modelli di continuità assistenziale in rete per i pazienti cronici.

È proprio su questi target che l'Area ha cominciato/continuato a lavorare: le Linee Guida sul Management Gestionale e Organizzativo dello Scompensamento Cardiaco, già in fase avanzata di sviluppo e realizzate in stretta collaborazione con l'Area Scompensamento Cardiaco verranno presentate ufficialmente in una Consensus Conference a Firenze il 3 e 4 dicembre di quest'anno alla presenza dei Rappresentanti istituzionali delle Regioni. È prevista una sperimentazione gestionale nel 2006 in centri selezionati del territorio nazionale.

La definizione del DRG di percorso si fonda sul modello gestionale del disease management e disease staging, progetto ambizioso ma necessario se vogliamo proporre modelli innovativi di organizzazione sanitaria e di finanziamento nel territorio al di là dei DRG.

Sono in atto contatti, e in alcuni casi progetti come in Piemonte, con la FIASO sulle reti assistenziali.

Entro l'estate dovrebbe inoltre essere disponibile sul Sito WEB dell'ANMCO il dettaglio delle attività in corso e sarà quindi possibile una dialettica con i Soci che vogliono discutere i progetti stessi e proporre idee e innovazioni.

A mio parere in sostanza l'Area Ma-

nagement & Qualità dell'ANMCO dovrà avere un ruolo nell'implementazione del Governo Clinico in Cardiologia, cioè l'insieme delle regole, dei processi e dei comportamenti che influenzano il modo in cui una organizzazione eroga l'assistenza sanitaria. Alcune di queste regole sono:

- sviluppare la cultura dell'accountability (responsabilità);
- favorire l'adozione di pratiche basate sulle prove scientifiche di efficacia,

sistema, come il nostro, basato sul rimborso delle prestazioni isorisorse;

- ricercare il coinvolgimento di tutti i protagonisti della prestazione a cominciare dal paziente.

Il problema di fondo è tenere insieme i diversi sistemi settoriali di governance (clinica, finanziaria, gestionale, della ricerca, dell'informazione, ecc.) ed eliminare le sovrapposizioni esistenti, con l'obiettivo di riallineare i diversi processi che le sottendono.



- garantire il rispetto degli standard di servizio (NICE);
- includere il piano della qualità professionale nella programmazione generale delle Aziende Sanitarie;
- inserire un programma di risk management;
- coniugare l'evoluzione clinica e il rinnovamento tecnologico in un

È sulla base dell'interpretazione e della ridefinizione di questo nuovo ruolo che vorrei proporre di ridenominare l'Area Management & Qualità come Area del Governo Clinico. Sarei contento di eventuali feedback dei Soci interessati alla tematica. La proposta sarà presentata agli Organi Istituzionali dell'Associazione.

NURSING

DI QUINTO TOZZI



Riflessioni sul Cardionursing 2005

È da poco concluso il Cardionursing 2005. È quindi ancora una volta tempo di bilanci.

La sensazione soggettiva più evidente è molto simile a quella che si prova dopo una corsa molto impegnativa ed in cui si è riusciti ad arrivare con un buon tempo alla meta: grande soddisfazione, stanchezza, qualche piccolo rammarico per non aver pensato ad alcune tra le molte cose prese in considerazione e fatte e, soprattutto, il grande desiderio di fare ancora meglio la prossima volta, un entusiasmo che cresce, la necessità di non perdere l'allenamento.

Il Congresso di quest'anno è stato, a giudizio di molti, di grande interesse e per il Comitato di Coordinamento e per molti altri di grande soddisfazione.

Si è aperto con un'ampia Main Session incentrata sui maggiori temi e le prospettive future della professione infermieristica: argomenti di ampio respiro ed interesse anche pratico relativi ai nuovi orizzonti organizzativi, formativi e professionali esposti da esperti di livello nazionale e conclusa da una Tavola Rotonda con esponenti delle istituzioni e del mondo accademico.

Come sempre non è stato possibile, per evidenti questioni di spazio

e di tempi, toccare tutti i temi desiderati.

Siamo stati costretti a scegliere e ci siamo necessariamente concentrati su quelli segnalatici lo scorso anno e quelli ritenuti di maggiore utilità con l'accortezza di alternare temi teorici ad altri eminentemente pratici dando comunque sempre grande risalto all'esposizione di esperienze concrete di rinnovamento organizzativo e professionale.

Temi nuovi per il Congresso e di grande interesse sono stati l'assistenza infermieristica personalizzata, le interazioni tra farmaci, il ruolo della semeiotica cardiovascolare per gli infermieri, la documentazione integrata, gli incentivi per le attività infermieristiche, ed altri ancora. I Minimaster sono ormai divenuti un assoluto punto di riferimento formativo per l'alta qualità dei contenuti, i temi e l'interesse dei partecipanti, conferma ne è stata l'eleva-



Carpaccio, *Nascita di Maria*, 1504

tissima richiesta di partecipazione. Il Congresso è terminato con la consueta Sessione Plenaria congiunta con i Cardiologi: la Convention delle UTIC, in cui anche l'Area Nursing ha fatto sentire autorevolmente la propria voce ed esperienza quale elemento imprescindibile al raggiungimento di tutti gli outcome clinici cardiologici.

Ha fatto quindi seguito uno dei principali Simposi dedicato al Risk Management ed alla sicurezza dei pazienti focalizzandosi in particolare, ma non solo, sul ruolo fondamentale che ha la professione infermieristica in tale ambito; il tema, tipicamente multiprofessionale, è di indiscussa valenza strategica per tutte le branche dell'area sanitaria e cardiologica in particolare ed è ritenuto ormai in tutto il mondo (e forse, ancora per qualche tempo, un po' meno da noi) un elemento ineliminabile di tutte le attività sanitarie per le ricadute non più solo potenziali ed il grande potere condizionante che avrà sempre di più sulle nostre attività professionali ed organizzative.

Come sempre grande rilievo è stato dato alle Comunicazioni ed ai Poster quale voce ed espressione tangibile della vitalità dell'Area. Anche quest'anno sono state caratterizzate dalla ormai abituale ricchezza dei contenuti e delle esperienze ed associate ad una sempre maggiore capacità di esposizione dei relatori quale segno indiscusso di una oggettiva crescita culturale degli infermieri italiani di Cardiologia.



A questo riguardo colgo l'occasione per divulgare, al fine di una mai eccessiva trasparenza, le modalità di valutazione degli abstract: vengono tutti inviati in cieco cioè senza i nomi degli autori e della unità operativa di appartenenza (si prega pertanto di non menzionare mai all'interno dell'abstract il nome del centro), a tutto il Comitato di Coordinamento dell'Area che esprime per ognuno un valore da 0 a 10; vengono eliminati quelli con voto minore od uguale a 5 e viene quindi fatta dalla Segreteria la somma aritmetica e stilata automaticamente una graduatoria. In base alla disponibilità delle aule ed ai tempi tecnici necessari alla relazione e discussione viene stabilito il numero teorico massimo delle Comunicazioni orali.

Alla prima parte della graduatoria degli abstract vengono assegnate le Comunicazioni sino al numero massimo possibile in base agli spazi; le prime 4 in assoluto sono esposte e premiate in aula grande. I restanti abstract con punteggio sufficiente sono assegnati come Poster. Per la prima volta quest'an-

no è stato possibile offrire l'ospitalità al primo Relatore delle Comunicazioni orali. È stato questo un importante e non scontato obiettivo raggiunto dal Comitato di Coordinamento dell'Area con il supporto del Presidente e del Consiglio Direttivo con l'esplicito intento di incentivare e premiare concretamente e pubblicamente coloro che con dedizione e sacrificio hanno lavorato su temi interessanti e proposto a tutti la loro esperienza (nella speranza ultima che serva da incentivo ed esempio a replicarla nelle nostre realtà quotidiane).

Ci adopereremo strenuamente affinché tale iniziativa possa essere mantenuta anche il prossimo anno e che venga inoltre offerta l'iscrizione al Cardionursing. È divenuta gradita tradizione anche l'esposizione e la premiazione nella Sala Cavaniglia delle Migliori Comunicazioni classificate.

Nel corso della riunione degli iscritti all'Area Nursing è stato posto fortemente l'accento sulla necessità ed il ruolo dei Referenti Regionali (un Infermiere ed un Cardiologo individuati dai Presidenti Regionali) che dovranno diventare il vero tessuto connettivo dell'Area e la cinghia di trasmissione tra le molteplici realtà locali ed il Comitato di Coordinamento dell'Area sia in termini di informazioni sulle attività dell'Area Nursing, sia come proposte da far pervenire al centro sia, infine, come promotori e sostenitori di iniziative locali.

Si invitano tutti i lettori a pren-

dere visione dei nomi dei Referenti Regionali consultando il Sito WEB dell'ANMCO alla pagina www.anmco.it/aree/elenco/nursing/referenti o telefonando alla Segreteria delle Aree ANMCO al numero verde: 800.467.867.

L'obiettivo e l'auspicio personale e del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing è che ognuno dei partecipanti sia tornato nelle proprie realtà operative portando con sé sia un arricchimento culturale che, soprattutto, la curiosità ed il desiderio di provare a realizzare nella propria realtà professionale alcuni degli argomenti affrontati nel Cardionursing 2005.

La vera efficacia della formazione non è infatti solo nell'aggiornamento culturale (che in realtà è solo uno strumento), ma nel tradurre le nuove conoscenze in reali e tangibili miglioramenti organizzativi e professionali che accrescano, in ultima analisi, la qualità dell'assistenza dei nostri pazienti. Altre novità del Cardionursing 2005 sono gli atti: non più in formato cartaceo ma direttamente on-line sul sito WEB dell'ANMCO nella sezione dell'Area Nursing (www.anmco.it/aree/elenco/nursing/presentazioni).

Sono già in rete non solo le relazioni scritte (quelle inviateci dai relatori) ma anche (e soprattutto) le diapositive proiettate al Congresso consentendo in tal modo a tutti coloro che non hanno avuto l'opportunità di venire direttamente a Firenze di aggiornarsi ugualmente. È questo un grande sforzo ed una

grande novità che speriamo di perfezionare ulteriormente il prossimo anno.

Termino con un'ultima considerazione scaturita dalla percezione in aula e dai commenti avvertiti in platea nel corso delle sessioni: quasi sempre ascoltando un relatore esporre interessanti ed affascinanti esperienze organizzative o professionali ci si sente frustrati per l'acuta percezione della distanza forse troppo grande tra quanto esposto e le nostre (quasi sempre disastrose) realtà lavorative; ciò a volte diminuisce paradossalmente invece che aumentare la speranza di cambiamento ed approfondisce ulteriormente il divario tra ciò che vorremmo fare e ciò che crediamo di poter fare.

È questo un atteggiamento comune e comprensibile ma in parte sicuramente errato; in realtà ciò che possiamo realmente fare è quasi sempre molto di più di quello che crediamo di poter fare e ciò che sembrava lontano è in realtà più vicino di quanto creduto. La consapevolezza della nostra realtà migliorabile ed il riferimento a ciò che vorremmo e potremmo fare è già infatti, di per sé, l'inizio concreto del cambiamento.

Il vero problema è sovente in parte dentro di noi: quando crediamo che cambiare per migliorare sia inutile o impossibile e ci si accontenta professionalmente di soprav-



Ex-voto, 1898

vivere (o ci si nasconde dietro una presunta ma non dimostrata ineluttabilità del presente). Il solo individuare ed iniziare a mettere in pratica delle procedure semplici, coinvolgere i colleghi e dare noi per primi esempio di entusiasmo e di fiducia nella possibilità di cambiamento è il primo vero, grande, difficile e fondamentale passo ma anche la dimostrazione che è quasi sempre possibile iniziare a migliorare. È questo il primo coraggioso passo per un percorso di rinnovamento.

Aspettare che siano altri, forse con altri interessi e prospettive, a proporcerci e supportarci nei cambiamenti che interessano direttamente il nostro modo di lavorare e la nostra professionalità potrebbe essere un'attesa vana e, qualora avvenga, non è detto che sia sicuramente a nostro vantaggio.

Molto spesso le maggiori resistenze al cambiamento sono infatti proprio dentro di noi come dentro di noi sono però, più vicine di quanto si tema, anche le maggiori motivazioni a rinnovarsi.

SCOMPENSO CARDIACO

DI GIOVANNI PULIGNANO, DONATELLA DEL SINDACO, ANDREA DI LENARDA

Un nuovo approccio allo scompenso cardiaco in età avanzata

L'attuale trend demografico ed epidemiologico dello scompenso cardiaco impone una evoluzione dell'approccio clinico tradizionale

La persona anziana possiede peculiarità che condizionano l'approccio assistenziale sia dal punto di vista clinico che gestionale-organizzativo. Tali peculiarità sono sintetizzate nei termini di cronicità, fragilità e disabilità, situazioni che si traducono in elevata morbilità e ridotta qualità e quantità di vita. Gli anziani sono un segmento di popolazione in rapida crescita e, pur rappresentando poco più del 10%, assorbono già oltre 1/3 della spesa sanitaria. Nei prossimi decenni ciò comporterà una evoluzione della domanda di salute: l'aumento di cronici e disabili e l'insufficienza dell'assistenza "familiare" si confronteranno con l'esigenza di contenimento della spesa. Saranno necessari nuovi modelli gestionali e un nuovo contesto legislativo e finanziario. Non si tratterà di applicare all'anziano solo le conoscenze specialistiche e le tecnologie biomediche più avanzate, ma occorrerà offrire una medicina specificamente elaborata per un soggetto che non esaurisce in ambito ospedaliero il suo ciclo terapeutico e per il quale la cronicità rappresenta la realtà quotidiana. Ciò spiega la diversità della geriatria (prevenire la fragilità e ridurre al minimo il danno delle malattie croniche, otti-

mizzando l'utilizzazione delle funzioni residue) dalla medicina tradizionale (guarire le singole malattie ed evitare la morte prematura). Lo stato di salute dell'anziano, dipendendo da problemi diversi (di ordine fisico, psicologico, socio-economico ed ambientale) necessita quindi di un intervento specifico e globale.

Trend demografico-epidemiologico e organizzazione della Cardiologia

Quali saranno le conseguenze sull'organizzazione funzionale della Cardiologia? W.W. Parmley (1), alla domanda: "Do we practice Geriatric Cardiology?" rispondeva: "sì e no, sì perché ormai noi Cardiologi curiamo una popolazione di età geriatrica, e no perché non siamo ancora preparati a gestire in modo appropriato l'anziano fragile". Lo stesso quindi concludeva: "...noi dobbiamo apprendere dai geriatri quegli elementi dell'assistenza all'anziano che ci potranno qualificare pienamente a praticare la cardiologia geriatrica". Non si tratta quindi di affidare tutti i cardiopatici anziani ai soli geriatri o di trasformare noi stessi in geriatri, ma di acquisire nella pratica cardiologica strumenti e modalità gestionali

adatti a curare in modo appropriato questa fascia di età. Un esempio ci viene dallo scompenso cardiaco. Nell'anziano, la cura basata sul modello biomedico tradizionale è ostacolata da eterogeneità clinica, presentazioni atipiche, eziologia multipla, comorbidità. Le conseguenze sono evidenti, nonostante i progressi compiuti in ambito terapeutico, la prognosi degli anziani risulta scadente rispetto a quella dei trial clinici. La scarsità di evidenze derivanti da trial e, conseguentemente, di raccomandazioni specifiche, è sicuramente una delle ragioni per cui l'impatto a livello di popolazione delle nuove terapie è stato inferiore alle attese. Anche se i 2/3 dei pazienti sono anziani, non esistono Linee-Guida specifiche e le indicazioni disponibili si limitano a sintetici paragrafi di quelle generali o a statement finalizzati al miglioramento della qualità di cura.

Peculiarità dell'anziano con scompenso cardiaco

L'eterogeneità dell'anziano dipende dalla dinamica interazione tra cardiopatia, invecchiamento, comorbidità, stato funzionale e psicocognitivo e fattori socio-ambientali. Per comorbidità non dobbiamo intendere solo quelle "internisti-



Jan Steen, *Come cantano i vecchi, così cinguettano i giovani*, 1663-65 ca.

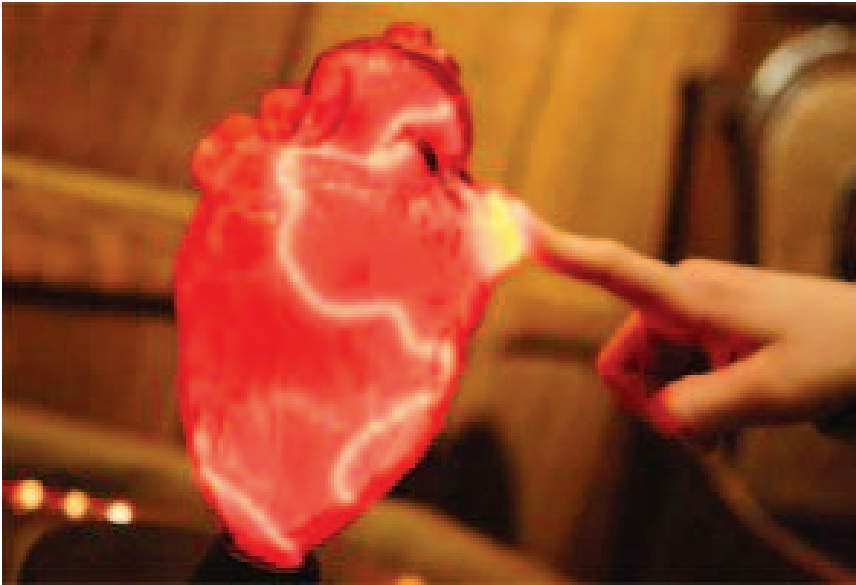
che” – diabete, anemia, insufficienza renale e broncopneumopatie – ma anche quelle tipicamente “geriatriche” – demenza, depressione, cadute, deficit sensoriali, problemi di deambulazione. La coesistenza di disabilità (dipendenza per attività quotidiane come camminare, alimentarsi, vestirsi, lavarsi, ecc.), polipatologia e deficit cognitivo caratterizza l’anziano “fragile”. Comorbidità e fragilità condizionano l’intensità dell’approccio cardiologico, sia sul piano diagnostico che

terapeutico, in modo particolare quando si tratta di porre indicazione a procedure a elevato costo e contenuto tecnologico quali quelle di cardiologia interventistica e cardiocirurgia o l’impianto di devices e per le quali il profilo di costo/efficacia è più sfumato per la ridotta aspettativa di vita. Inoltre, il deficit sensoriale o cognitivo compromettono la capacità di comunicare efficacemente; problemi di carattere sociale, emotivo, funzionale ed economico possono avere

conseguenze sui comportamenti di auto-cura. La disabilità e il deficit cognitivo influenzano il consumo di risorse sanitarie (come le frequenti ospedalizzazioni) e sociali, la qualità e quantità di vita.

È necessario recuperare un approccio più ampio

Se le variabili tipiche dell’anziano non vengono sistematicamente ricercate, identificate e raccolte i rischi di formulare una diagnosi incompleta, non somministrare trat-



tamenti appropriati, non scegliere giuste sedi, modalità e intensità di follow-up, indurre reazioni avverse sono elevati. Quindi, una sintetica valutazione di autosufficienza, stato cognitivo, comorbidità e motilità dovrebbe far parte dell'approccio di routine dell'anziano cardiopatico mediante la valutazione multidimensionale. Al tempo stesso, andrebbero recuperate, come auspicato da J.F. Cleland (2), le competenze per gestire in modo appropriato le frequenti comorbidità "internistiche".

Una facile obiezione, già sollevata più volte, è che un siffatto approccio è sicuramente "time-consuming" rispetto a organici e carichi di lavoro attuali, e anacronistico rispetto al rapido evolvere di conoscenze sempre più specialistiche. Tuttavia, i risultati positivi ottenuti dai modelli gestionali multidisciplinari sono stati possibili soprattutto grazie all'acquisizione di questa

mentalità (3). Inoltre, il tempo medico-paziente è un fondamento della Medicina di qualità. La necessità di selezionare in modo appropriato – con relativi risvolti medico-legali e di economia sanitaria – coorti di ottuagenari per interventi di bypass o impianto di ICD convincerà anche i più scettici.

In tale ottica, la valutazione multidimensionale, i database dedicati e la collaborazione con le figure professionali coinvolte costituiscono condizioni indispensabili per ottenere risultati positivi. Il miglioramento della qualità di cura dell'anziano con scompenso richiederà quindi sia di garantire appropriatezza dei processi di diagnosi e cura, sia di prendere in carico il paziente in un modello organizzato e personalizzato. Questo approccio impone, ovviamente, una riorganizzazione dei servizi, basata su pochi elementi costitutivi: 1) Assistenza Continuativa e Coordinata; 2)

Educazione e potenziamento dell'auto-cura; 3) Multidisciplinarietà; 4) Rete Integrata di Servizi; 5) Valutazione Multidimensionale. Gli obiettivi saranno non solo il miglioramento di qualità di vita, sopravvivenza e spesa sanitaria, ma anche il mantenimento dell'indipendenza funzionale.

Alcuni decenni orsono la Cardiologia si è evoluta come disciplina autonoma dalla Medicina Interna e in modo analogo è nata la Geriatria. I tempi sembrano maturi per una coraggiosa contaminazione tra le tre discipline, sia sul piano culturale che su quello organizzativo-strutturale, ciascuna col suo specifico apporto. Alcuni – in tempi di "high tech" – potrebbero pensare ad un passo indietro. Siamo ragionevolmente sicuri che per molti dei nostri pazienti si tratterebbe di un grande balzo in avanti. Su questo argomento di enorme rilevanza, il mondo clinico reale si attende segnali positivi sia dai vertici delle Associazioni Scientifiche, sia dai responsabili amministrativi e politici della Sanità Pubblica.

1) Parmley WW. Do we practice geriatric cardiology? *J Am Coll Cardiol.* 1997 Jan;29(1):217-8.

2) Cleland JG, Clark AL. Delivering the cumulative benefits of triple therapy to improve outcomes in heart failure: too many cooks will spoil the broth. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1234-7.

3) McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trial. *J Am Coll Cardiol.* 2004 Aug 18;44(4):810-9.

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 prelevamento.

Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina seguente 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 tramite:

- bollettino di c/c postale (n. c/c postale 16340507 intestato a ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
- carta di credito (utilizzando il modulo sottoriportato)

L'iscrizione prevede il pagamento di € 10,00 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 50,00 per i Soci Aggregati

Il suddetto importo include la somma di € 15,00 (quindici/00) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società CEPI s.r.l., con sede a Roma, Via N. Tartaglia n. 3, 00197 Roma, Codice Fiscale: 00393740584 e Partita IVA 00877781005, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Italian Heart Journal" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology, Official Journal of the Italian Society for Cardiac Surgery".

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

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 10,00 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

Socio Aggregato

- € 50,00

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza:

____/____

firma: _____

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2004 - 2006

ABRUZZO - Dott. ANGELO VACRI

Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE)
tel. 085/8271-8276215 - fax 085/8276392 - e-mail: angelougo.vacri@tin.it

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza
tel. 0971/613563 - fax 0971613003 - e-mail: sistopz@tiscali.it

CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

Presidio Ospedaliero - Via Viccinelli - 87075 Trebisacce (CS)
tel. 0981/5091-509263 - fax 0981/500164 - e-mail: compama@libero.it

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

Osp. G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 Benevento - tel. 0824/57679-689
fax 0824/57679 - e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

EMILIA ROMAGNA - Dott. UMBERTO GUIDUCCI

Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento, 80 - 42100 Reggio Emilia
tel. 0522/296111 - fax 0522/296495 - e-mail: guiducci.umberto@asmn.re.it

FRILUI VENEZIA GIULIA - Dott. GIANFRANCO SINAGRA

Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111
fax 040/761637 - e-mail: gianfranco.sinagra@aots.sanita.fvg.it

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma
tel. 06/33061-33062467 - fax 06/33062489 - e-mail: fabammirati@libero.it

LIGURIA - Dott. GIANFRANCO MAZZOTTA

Ospedali Galliera - Via A. Volta, 8 - 16128 Genova - tel. 010/5634940-179
fax 010/57481037 - e-mail: gianfranco.mazzotta@galliera.it

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
tel. 02/64442308 - fax 02/64442818 - e-mail: amafric@tin.it

MARCHE - Dott. MARCELLO MANFRIN

Osp. Cardiologico G.M. Lancisi - c/o Polo Osped. Torrette - 60122 Ancona
tel. 071/5965320-348 - fax 071/5965032 - e-mail: manfrinmar@libero.it

MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso
tel. 0874/4091-409319 - fax 0874/409442 - e-mail: cardiologiabc@virgilio.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott. ANGELO SANTE BONGO

Ospedale Maggiore della Carità - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara
tel. 0321/3733336-243 - fax 0321/34897 - e-mail: a.s.bongo@libero.it

P.A. BOLZANO - Dott. WERNER RAUHE

Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 Bolzano
tel. 0471/909950 - fax 0471/909977 - e-mail: werraubz@yahoo.it

P.A. TRENTO - Dott. ROBERTO BETTINI

Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN)
tel. 0461/6111111 - fax 0461/611199 - e-mail: bettini@tn.apss.tn.it

PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi
tel. 0831/537466 - fax 0831/537778 - e-mail: ignonegf@libero.it

SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 Cagliari
tel. 070/539517-510 - fax 070/531400 - e-mail: giampaolo.scorcu@tin.it

SICILIA - Dott. MICHELE GULIZIA

Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania
tel. 095/7591111 - fax 095/506773 - e-mail: michele.gulizia@tin.it

TOSCANA - Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 Firenze
tel. 055/4277285 - fax 055/241027 - e-mail: frmazzuo@tin.it

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

Ospedale Civile Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 Terni
tel. 0744/2051 - 205274 - fax 0744/205294 - e-mail: g.rasetti@aospertni.it

VENETO - Dott. GIORGIO RIGATELLI

Divisione di Cardiologia - Via Giannella, 1 - 37045 Legnago (VR)
tel. 0442/632299-632111 - fax 0442/632149 - e-mail: giorgiorigatelli@yahoo.it

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR) | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia (CCN) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) |
| | | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |

Sono interessato alla seguente Area:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - 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. 196/2003 (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. 196/2003. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono il Centro Servizi ANMCO srl, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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. 196/2003, 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 ai sensi della L. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

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

- Milano, Via Olgettina, 58, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

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 Presidente Regionale _____

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

Il Segretario Generale _____

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

Progetto Cuore nelle scuole di Trebisacce, Cetraro, Castrovillari. Progetto ReCIPE e Progetto REMICA

È tempo di vacanze, di bilanci, di pagelle di rendiconti finali. L'anno scolastico chiude i battenti. I bambini calabresi stanchi per le fatiche sostenute nell'anno scolastico 2004-2005, sono stati premiati oltre che per l'impegno che hanno profuso nel corso dell'anno a

violenza. Bisogna farsi piccoli come i ragazzi e partecipare alle loro stesse passioni. Perciò un cardiologo quando parla con i ragazzi, deve parlare al "cuore" dei piccoli con parole semplici e spiegare le "questioni di cuore" con linguaggi chiari, cosa che non sempre un medico

riesce a fare. Le insegnanti di alcuni plessi scolastici della provincia di Cosenza insieme ad alcuni Cardiologi Ospedalieri ANMCO hanno ben interpretato questo e hanno raccolto la semina di un laborioso ed entusiasta progetto enunciato nel Programma ANMCO 2004-2006 regionale sulla Prevenzione in cui medici cardiologi ospedalieri e insegnanti didattici seminano nozioni di sane abitudini alimentari, igiene alimentare e corretti stili di vita per combattere alcuni fattori di rischio come il Fumo, l'Obesità, l'Ipertensione e il Colesterolo. In alcune cittadine calabresi infatti come Trebisacce, Cetraro e Castrovillari si è celebrato un fine anno ve-



imparare storia, scienze e geografia, anche per aver studiato una nuova disciplina dal titolo **"l'educazione alla salute"**.

Come in tutte le scuole, anche in Calabria abbiamo ben pensato che se vogliamo raggiungere un obiettivo, dobbiamo stare dalla parte dei bambini e guardare il mondo con i loro occhi. Quando parliamo con loro, anche di cose importanti e utili, bisogna lasciare che la distanza tra la fantasia infantile e la realtà razionale degli adulti diminuisca poco per volta senza



ramente d'eccezione con Cardiologi, insegnanti ed alunni delle scuole medie inferiori impegnati a concludere il **Progetto Cuore** iniziato all'inizio dell'anno scolastico 2004-05.

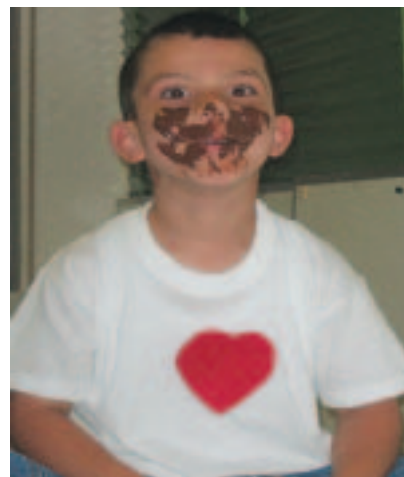
A **Trebisacce** il principio secondo cui "prevenire è meglio che curare" ha ispirato il progetto didattico **"Questioni di cuore"** che ha interessato le classi elementari della scuola S. Giovanni Bosco. Questo progetto si è concluso con una rappresentazione teatrale coordinata dall'insegnante Lilli Donato Gambardella in cui il cuore è il protagonista assoluto e gli alunni hanno interpretato ed esaltato sia la funzione circolatoria che quella sentimentale.

I cardiologi ospedalieri calabresi sono da tempo scesi in prima linea a sostenere e dimostrare in prima persona, come ha fatto il Dott. Mario Chiatto Presidente Regionale dell'ANMCO, che il cuore, in quan-

to motore della macchina-uomo, ha bisogno di accorgimenti sin dalla più tenera età. Infatti cattive abitudini, specie alimentari, alimentati da pubblicità televisiva spesso negativa, possono causare in età adulta problemi di obesità, colesterolo e diabete. Perché i messaggi educativi siano recepiti nel verso giusto è necessario che arrivino ai bambini in modo gioioso e con linguaggi semplici; la rappresentazione teatrale è perciò il modo più facile per recepire concetti basilari di vita: una buona alimentazione per una buona salute, più calorie che richiedono maggiore attività fisica.

A **Cetraro** la fine dell'anno scolastico è stata caratterizzata da una rappresentazione teatrale il cui spettacolo ha avuto come filo conduttore i rischi collegati a uno stile di vita poco salutare. Simpaticamente interpretate dai bambini, hanno sfilato sul palco le "personi-

fizzazioni" del Diabete Mellito, dell'ipertensione Arteriosa, della Nicotina, dei Carboidrati, dei Grassi alimentari e della vita sedentaria, il tutto sottolineato da immaginari dialoghi e da canti inerenti i temi e



il progetto in questione. Questo progetto è stato sviluppato e promosso, a partire dal 2004 con un'opera di sensibilizzazione capillare sui problemi legati alla salute del cuore in cui gli insegnanti sono stati invitati a partecipare a **"Scuola di cuore"** e grazie alla loro abilità di "farsi piccoli con i piccoli" sono riusciti a istruire gli alunni sulle malattie di cuore.

La rappresentazione teatrale sulla famiglia dei Fattori di Rischio, già presentata a Cosenza in dicembre, ha visto i bambini attori compiti, ma freschi e allegri. Il tono dominante è stata un'ironia capace di smorzare con toni e gesti ben argomentati temi che sicuramente non era possibile trattare in altri modi. In pochi minuti i bambini hanno saputo lanciare messaggi





utili per diffondere la cultura della prevenzione e per lanciare proposte future come quello di allargare già dal prossimo anno scolastico, il raggio d'azione ai genitori degli alunni per correggere in modo incisivo le abitudini alimentari delle nostre famiglie.

A **Castrovillari** il Dott. Giovanni Bisignani, ha presentato il suo libro **"A Scuola di cuore"**, un libro bello, semplice e piacevole. Sicuramente è un libro per la famiglia dove si dovranno trovare le condizioni favorevoli per realizzare uno stile di vita salvacuore.

È una favola in cui i due protagonisti Dimitri e Giovannino portano per mano il lettore a scoprire il meraviglioso funzionamento della macchina cuore e gli forniscono i giusti consigli per salvaguardarlo dalle insidie della vita moderna.

La presentazione è stata fatta dal Prof. Franco Valagussa Presidente Heart Care Foundation.

Si è svolto dal 26 al 28 maggio 2005, nel suggestivo scenario di Scilla, perla dello stretto, il Convegno Nazionale di Cardiologia **"Scilla Cuore V edizione"** organizzato dall'U.O. di Riabilitazione Cardiorepiratoria dell'Ospedale "Scillesi

d'America" di Scilla. Gli organizzatori dell'importante manifestazione scientifica, Dottori Ermete Tripodi e Vincenzo Montemurro, anche per quest'anno hanno mantenuto la formula

interattiva di aggiornamento, ritenendola un efficace e valido strumento di approfondimento per i Cardiologi Clinici e Medici di Medicina Generale.

Gli argomenti trattati riguardanti le grandi tematiche cardiologiche e in particolare gli aspetti fisiopatologici, diagnostici e terapeutici delle patologie cardiovascolari, sono stati articolati in tre giornate di studio con master interattivi dedicati a Medici, Infermieri e Tecnici di Cardiologia e simposi dedicati a temi come la Cardiopatia Ischemica, l'Aritmologia, la Sindrome metabolica,

l'ipertensione Arteriosa e la Sindrome Coronarica Acuta. I partecipanti del Convegno sono stati circa 500.

Progetto REMICA (REgistro Mor-te Cardiaca Improvvisa CAlabria) approvato dal Direttivo Regionale ANMCO Calabria e proposto dal Dott. Franco De Rosa utile per le categorie a rischio e per implementare Linee Guida comuni in sede di prevenzione primaria e secondaria. Il progetto diverrà operativo dopo approvazione del Consiglio Direttivo ANMCO.

Progetto ReCIPE (Registro Calabrese Iper-tensione Polmonare Embolica) proposto dal Dott. Oscar Serafini cardiologo dell'Ospedale Civile di Cosenza con lo scopo di costituire un Registro Regionale finalizzato alla valutazione della ipertensione polmonare cronica post embolica e della disfunzione ventricolare destra.



FRIULI VENEZIA GIULIA

DI ROBERTO CHIOZZA

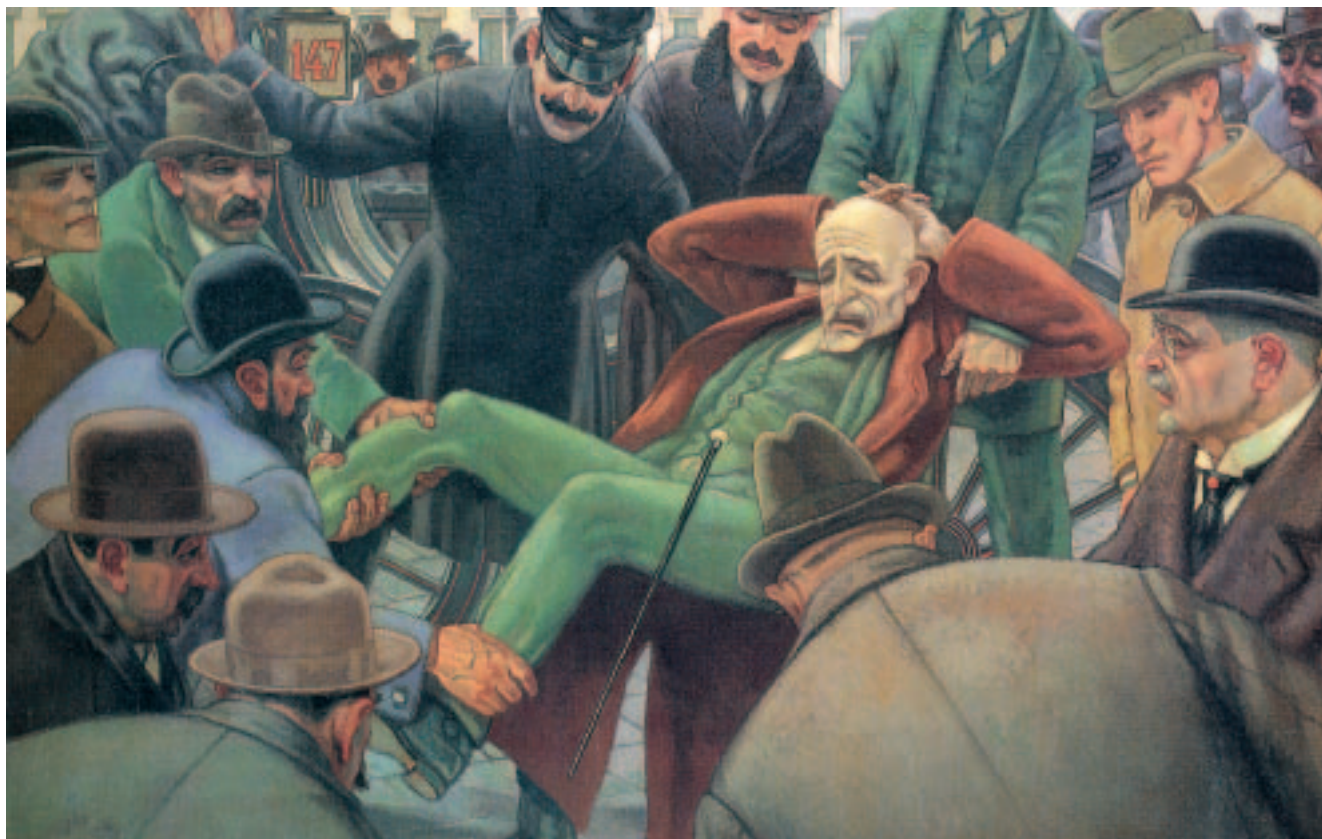

**GORIZIA: CONVEGNO REGIONALE
ANMCO
“La Riabilitazione Cardiologica nel
paziente con scompenso cardiaco cronico”**

Dopo il successo dell'incontro svoltosi l'anno scorso, sul tema dell'assistenza integrata Ospedale-Territorio del paziente con scompenso cronico, il gruppo della Cardiologia di Gorizia, diretta dal Dott. Diran Igidbashian, ci ha riprova- to proponendo, sempre in tema di scompenso, il difficile e per certi versi “nuovo” tema dei percorsi riabilitativi. Grazie anche alla collaborazione

del Consiglio Regionale ANMCO, e in particolare del suo Presidente Gianfranco Sinagra, siamo riusciti a far incontrare sabato 14 maggio 2005, nella bella cornice della Sede Universitaria, rappresentanti di tutte le realtà cardiologiche regionali, oltre a Fisiatri, Internisti, Medici di Medicina Generale, Psicologi, Fisioterapisti e Infermieri Professionali (delle cardiologie e del territorio). L'incontro è stato pertanto caratte-

rizzato da interdisciplinarietà e multiprofessionalità.

Dopo una bella relazione introduttiva del Dott. Stefano Urbinati (Bologna, Ospedale Bellaria), che ha magistralmente illustrato lo “stato dell'arte”, presentando dati finalmente significativi ed “evidence based” sull'efficacia della riabilitazione anche in questo gruppo di pazienti, ha parlato la Dott.ssa Maria Cecilia Albanese di Udine, re-



Leonardo Dudreville, *Un caduto*, 1919

sponsabile dell'Ambulatorio per lo Scompenso e del Centro Trapianti, esponendo il punto di vista del Clinico e sottolineando sì l'utilità del processo riabilitativo, ma anche le difficoltà oggettive a mantenere "percorsi" lineari e continuità assistenziale. Sono seguiti interventi più "tecnici", sugli specifici aspetti riabilitativi e le peculiarità dei pazienti cronici, in parte legate anche all'etiologia, da parte del Dott. Maurizio Carone (Ospedale Riabilitativo Gervasutta, Udine) e del Dott. Roberto Marini (Gorizia).

La mattinata si è conclusa con una ampia e articolata discussione, dalla quale sono emersi punti di vista differenziati, a volte in modo anche "forte", ma sempre con spirito costruttivo. Come sempre, molte voci hanno sottolineato i forti limiti legati alla carenza di risorse, in particolare, umane.

Nel pomeriggio vi è stato un confronto tra le esperienze e i progetti sul tema tra le Aree Vaste della nostra Regione. Sono intervenuti il Dott. Gori (Trieste-Gorizia), il Dott. Carone (Udine) e il Dott. Martin

(Pordenone). Un interessante intervento della nostra psicologa, Dott.ssa Patrizia Portolan, sulle problematiche cognitive del paziente con scompenso cronico, ha chiuso le relazioni previste.

La giornata si è chiusa con un panel di discussione, che ha coinvolto, oltre ai già citati relatori, i responsabili di tutte le U.O. di Cardiologia regionali.

In conclusione possiamo dire che si è tentato di identificare gli ambiti di gestione più appropriati per le diverse tipologie di pazienti:

- A) ambulatoriale, in stretta connessione con i Medici di Medicina Generale, per pazienti stabili;
- B) in struttura specialistica in regime di "Day-Hospital" (pazienti post dimissione per eventi acuti);
- C) in regime di ricovero, per pazienti instabili e critici.

È stata sottolineata la necessaria contiguità tra struttura per acuti e strutture riabilitative, onde consentire continuità delle cure, la necessità di un'attenta pianificazione del Follow-up e dell'utilizzo di protocolli omogenei.

"Last but non least" è emersa la necessità di raccordo con i reparti di Medicina Generale, in considerazione del fatto che anche nella nostra Regione circa l'80% dei ricoveri per scompenso cardiaco acuto non avviene in ambito Cardiologico, ma Medico.

Una giornata positiva, insomma, che ci stimola a pensare ad una iniziativa analoga per il prossimo anno.



Angiolotto Ermacora Modotto, Fiori sulla terrazza della casa avita in Udine, 1927

FRIULI VENEZIA GIULIA

DI MARIA GRAZIA BALDIN, CLAUDIO PANDULLO, DANIELA PAVAN, GIANFRANCO SINAGRA

Come soddisfare i bisogni della popolazione ottimizzando le risorse finite: governo delle liste di attesa? L'esperienza del Friuli Venezia Giulia

Presente il Dott. Giorgio Simon dell'Agenda Regionale della Sanità Friuli Venezia Giulia Dirigente Responsabile dell'Area dei Percorsi Assistenziali dell'Agenda Regionale della Sanità si è svolto l'Incontro Clinico-Organizzativo dall'ANMCO Friuli Venezia Giulia (FVG) sul problema "Come soddisfare i bisogni della popolazione ottimizzando le risorse finite: governo delle liste di attesa?".

Come è tradizione di questi incontri che hanno caratterizzato l'attuale mandato, in apertura sono stati presentati tre casi clinici emblematici sul problema dell'inappropriatezza e della mancata prioritizzazione finalizzati al governo delle liste d'attesa (Figura 1).

Il Dott. Giorgio Simon dell'Agenda Regionale della Sanità ha presentato i dati relativi alle prestazioni cardiologiche così come fotografati dalle statistiche annuali e da alcune rilevazioni campione.

Ogni anno in FVG vengono effettuate (rilevazioni da CUP) circa 64.000 visite per pazienti esterni. Ciò fotografa ovviamente solo una parte dell'attività di consulenza alla quale le strutture cardiologiche devono destinare risorse crescenti. Il numero totale di prestazioni cardiologiche per ambulatoriali

nella Regione FVG è di 220.000 per una popolazione di 1.200.000 abitanti.

In alcune realtà, come ad esempio quella relativa alla provincia di Trieste, vi è una richiesta mensile che va dalle 1.800 alle 1.400 prestazioni prenotate tramite CUP (Figura 2).

È stato sottolineato come sia inevitabile una attesa in lista per prestazioni non prioritarie e come a fronte di tempi genericamente definiti "inaccettabilmente lunghi" vi sia stato un raddoppio del numero di alcune prestazioni eseguite. Pertanto l'estensione dell'offerta non è uno strumento per governare la domanda.

È stata quindi presentata l'esperienza dei vari centri regionali e ne sono emerse sostanziali differenze che andrebbero almeno parzialmente rese più omogenee.

In alcune realtà i codici cosiddetti priori-

tari hanno una risposta tempestiva e congrua ma ciò non è una costante.

Alcune realtà non garantiscono l'accesso alla diagnosi strumentale non invasiva (principalmente ecocardiografia e prova da sforzo) se non previa visita cardiologica specialistica, mentre in altre prevale la

FATTORI DETERMINANTI LE LISTE DI ATTESA

- Aumento della domanda di salute per:
 - 1) mutamenti epidemiologici
 - 2) invecchiamento della popolazione con lunga sopravvivenza di patologie complesse
 - 3) avanzamento tecnologico
 - 4) arricchimento culturale della popolazione (media, Internet) con diffusa sensibilizzazione alle necessità di prevenzione e precoce diagnosi delle cardiopatie
- Limitatezza delle risorse umane, tecnologiche, finanziarie e strutturali rispetto alla domanda

Figura 1

I principali determinanti dello sviluppo delle liste di attesa

LE DIMENSIONI DELLA RICHIESTA NELL' AREA ASS1: 2003 vs 2004

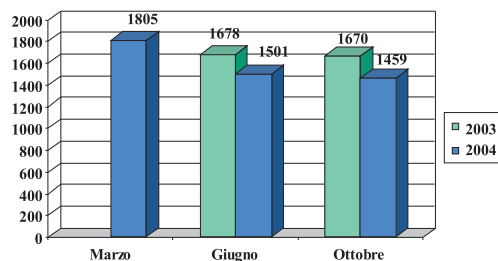


Figura 2

Andamento delle richieste di visita cardiologica prenotate tramite CUP rilevato in alcuni mesi campione presso l'ASS 1 Triestina: confronto 2003-2004. Dati forniti dal Sistema Informativo (SOSI)

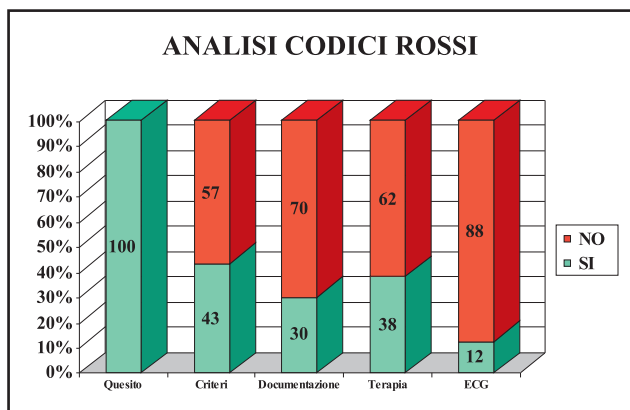


Figura 3

Analisi della appropriatezza di invio relativa ai Codici Rossi (visita da eseguire entro 7 giorni) eseguita presso l'ASS 1 Triestina nel periodo gennaio-marzo 2005.

Quesito: riportato sulla richiesta il quesito clinico. **Criteri:** adesione della richiesta ai criteri di priorità concordati. **Documentazione:** riportata sulla richiesta, o allegata alla stessa, la documentazione relativa al caso clinico ed al problema relativo. **Terapia:** elenco della terapia in atto. **ECG:** esecuzione di un elettrocardiogramma in previsione della visita, come stabilito dal protocollo per la prioritizzazione delle visite.

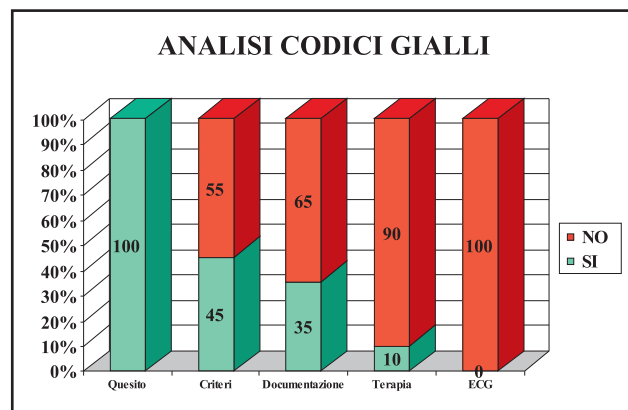


Figura 4

Analisi della appropriatezza di invio relativa ai Codici Gialli (visita da eseguire entro 30 giorni) eseguita presso l'ASS 1 Triestina nel periodo gennaio-marzo 2005.

Vedi legenda della Figura 3

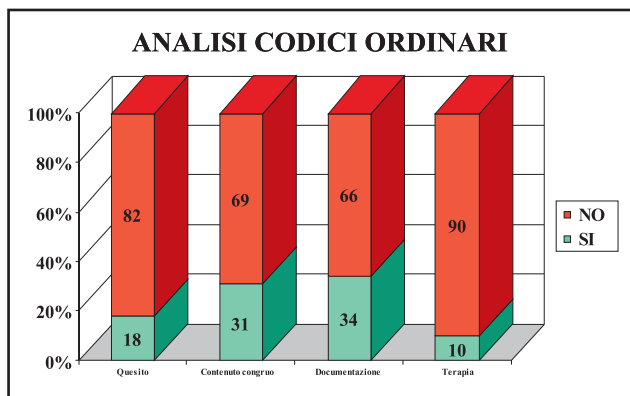


Figura 5

Analisi della appropriatezza di invio relativa ai Codici non prioritari eseguita presso l'ASS 1 Triestina in un mese campione. Vedi legenda Figura 3 e 4

i codici gialli o fascia B e non prioritarizzate (controlli programmati).

Per la diagnostica strumentale non invasiva a parte l'eccezione dell'isontinogoriziano (che di fatto ha presentato reali difficoltà operative) non vi è accesso a prestazioni urgenti (entro 48 ore) se non per i pazienti osservati in PS.

Dall'esperienza dell'ASS 1 Triestina emerge come pur condividendo i codici di priorità con i Medici di Famiglia nella pratica quotidiana questi non vengano poi applicati. Fra le irregolarità formali la più evidente è la mancanza di informazioni anamnestiche in più del 60% delle prescrizioni esaminate, men-

tre il rispetto dei criteri di priorità viene rispettato in poco più del 40% (Figura 3 e 4).

Se invece vengono valutati le prescrizioni al di fuori delle liste di priorità le informazioni idonee contenute si riducono ulteriormente (Figura 5).

Il Dott. Gian Luigi Nicolosi (Direttore della Cardiologia di Pordenone) ha sottolineato alcuni elementi da ritenersi necessari per una alleanza fra decisore pubblico, medico di medicina generale, cittadini e specialisti cardiologi che garantisca una accurata identificazione dei bisogni e percorsi condivisi di prioritizzazione per prestazioni che siano di elevata appropriatezza.

Su questo aspetto è stata sottolineata l'irrinunciabile necessità che gli interlocutori MMG siano "rappresentativi" della realtà nella quale operano con la presenza sia della componente tecnico-scientifica che sindacale della Medicina di famiglia.

Serrato è stato il confronto con i

strategia "open access".

I livelli di priorità ed i criteri per identificarli sono diffusi, ed inoltre non sono recepiti ed applicati in tutto il territorio regionale. In generale i livelli di priorità extra urgenza (visita entro 24-48 ore) tendono ai criteri suggeriti dalla Federazione Italiana di Cardiologia-ANMCO-SIC e cioè 7-10 gg per i codici rossi o fascia A, entro 30 gg per

rappresentanti della Medicina di Famiglia. Erano presenti i rappresentanti delle principali sigle sindacali e scientifiche (FIMG, SNAMI, SIMG). I medici presenti hanno giustamente riaffermato il loro ruolo nella gestione dei pazienti e nella condivisione dei percorsi di cura. Sono state segnalate le difficoltà che derivano dall'“imposizione” di protocolli, linee guida, disposizioni, controlli e timori di ordine medicolegale. Sotto questo punto di vista è stato sottolineato il disagio di dover “subire” protocolli non sempre largamente condivisi.

Infine è stata sottolineata la necessità di traghettare il sistema da una gestione basata sulla prestazione ed una invece fondata sul percorso diagnostico e terapeutico.

In conclusione è sembrato di poter tracciare alcuni punti:

- esiste nel sistema delle prenotazioni una criticità di base che consiste nella: scarsa adesione ai protocolli concordati, mancata comunicazione di dati anamnestici, terapia in atto, esami precedentemente eseguiti, mancata funzione di filtro formale al momento della prenotazione, attenzione focalizzata sulla prestazione piuttosto che sul percorso;
- vi sono ambiti di competenza-utenza (decisore, specialista, MMG, cittadini) che vanno interpellati e devono sedere insieme ai tavoli di concertazione;
- bisogna implementare strategie di comunicazione da parte della classe politica e professionale con



Pavel Filonov, Composizione, 1938

- i cittadini per spiegare dinamiche che possono alimentare improprie percezioni di iniquità o cattiva organizzazione;
- le liste costituiscono un indicatore, per certi versi utili, di efficienza ma le strategie di contenimento non possono semplicisticamente passare attraverso l'imposizione di tempi avulsi dalla verifica dei criteri di appropriatezza e sostenibilità organizzativa;
- vi sono aspetti organizzativi (rapporti e funzioni del CUP, informatizzazione, ecc.) che devono essere implementati;
- ai MMG e figure specialistiche è richiesto di contribuire all'“alleanza” per la gestione dei Pazienti che li veda collaborare e non contrapporsi; viene inoltre richiesto di fornire più informazioni possibili nella formulazione dei quesiti clinici

alle visite specialistiche cardiologiche o esami strumentali, ove previsto;

- appare necessario monitorare l'efficacia degli strumenti di prioritizzazione introdotti e la loro reale capacità di incidere sui tempi di attesa per le prestazioni realmente prioritarie, per le quali ciò costituisce un obiettivo irrinunciabile di una buona medicina.

Alla fine dell'incontro il rappresentante dell'Agenzia Regionale della Sanità ha auspicato la creazione di una Commissione Regionale per lo studio del problema delle liste di attesa e dei protocolli di priorità.

È auspicio dell'ANMCO FVG che tale Commissione venga ufficializzata quanto prima e che veda nell'Associazione un elemento di riferimento tecnico, scientifico ed organizzativo.

LOMBARDIA

DI ANTONIO MAFRICI



Dalla Regione Lombardia

Ad un anno dall'insediamento del nuovo Consiglio Regionale, abbiamo fatto un primo bilancio del lavoro sin qui svolto.

Il Consiglio si è riunito con cadenza mensile, escluso il mese di agosto 2004; è motivo di soddisfazione l'aver constatato una partecipazione costante ed attiva a ranghi completi per quasi tutte le riunioni, alle quali hanno partecipato il nostro Consigliere Nazionale, quando libero dagli impegni del CD, i Referenti HCF (per motivi di estensione geografica ne sono stati individuati due) e, a turno, i Referenti Provinciali e il Referente per l'Area Chirurgica. Questo primo anno è stato dedicato prevalentemente alla riorganizzazione dell'Associazione. È da tempo che si assiste ad una palpabile perdita di interesse ed entusiasmo verso l'attività associativa, confermata dalla ridotta partecipazione alle assemblee, anche in occasione delle elezioni.

Per questo motivo abbiamo impostato, con grande difficoltà, un lavoro inteso a fornirci dati per una maggior conoscenza della situazione organizzativa della Cardiologia lombarda, individuando dei Referenti provinciali che, a loro volta, avrebbero dovuto individuare i Referenti aziendali (sia per le strutture

pubbliche che accreditate), in modo da avere una più diretta penetrazione in periferia verso la base.

A tale scopo è stato preparato anche un questionario che, a cura dei Referenti provinciali e con l'aiuto dei Referenti aziendali, ci dovrebbe portare ad ottenere una fotografia reale della Cardiologia lombarda e delle sue esigenze organizzative e culturali.

Il lavoro non è stato e non è facile: da una parte gli impegni delle persone individuate, dall'altra un'abitudine a vivere in maniera distaccata la vita associativa, hanno fatto sì che questo meccanismo iniziasse a girare con una notevole lentezza e difficoltà. Ad oggi solo tre Referenti provinciali hanno completato i questionari; altri si sono attivati per individuare i Referenti aziendali, ma si intuisce come sia necessario fare uno sforzo supplementare per ridare slancio all'attività associativa, recuperare la voglia, se non l'entusiasmo, dei più scettici e fare nuove adesioni.

Il Consiglio Regionale auspica che, attraverso una presenza costante di sollecitazione, i Soci (specie i più anziani) intravedano la possibilità di un cambiamento e di un'ANMCO Regionale più vicina alle loro aspettative, e i più giovani (pochi,

ma ci sono) sviluppino un maggior grado di interesse a partecipare (presenziando le riunioni e le assemblee e presentandosi come candidati alle prossime elezioni) e siano promotori anche di iniziative culturali e organizzative.

Importante, a tale scopo, saranno i segnali di cambiamento che vengono dall'attuale Consiglio Direttivo e che riguardano, ad esempio, l'organizzazione delle Campagne Educazionali Nazionali. Il coinvolgimento reale e sempre più precoce nella fase organizzativa, con la reale possibilità di concordare date, sedi e persone faciliterà e favorirà il lavoro in ambito regionale.

Per quanto riguarda l'attività scientifica, è stata una precisa scelta di questo Consiglio di limitarla, per questo anno, a pochi eventi ma significativi (privilegiando, come detto prima l'aspetto organizzativo), ed elaborando nel contempo, per il prossimo anno, una serie di manifestazioni che coinvolgano anche gli infermieri.

Di rilievo, per l'anno 2005, è stato l'avvio, assieme alla Delegazione lombarda dei Diabetologi dell'AMD, del Corso residenziale su SCA e diabete, un Corso dalla spiccata interattività, al quale sono stati invitati medici ed infermieri di tut-



Emilio Longoni, L'alba sull'isola di San Giulio d'Orta, 1915-1920

te le UTIC lombarde assieme a medici e infermieri delle diabetologie corrispondenti. Il Corso verrà ripetuto più volte (ad oggi sono previste due edizioni per questo anno e tre per il prossimo) dal momento che partecipano solo nove équipes cardio-diabetologiche per volta, e questo per favorire la massima interattività dei gruppi di lavoro, condotti dai formatori della AMD. Il primo Corso si è svolto in una sede prestigiosa (Villa Serbelloni a Bellagio, sul lago di Como) grazie ad un grant delle società Astra Zeneca e SIMESA, ed ha ottenuto un indubbio successo (valutato con i questionari di ingresso e uscita) legato anche alla formula (nuova soprattutto per i Cardiologi) dei gruppi di lavoro che hanno utiliz-

zato la tecnica del metaplan e del problem solving.

Altri incontri previsti per questo anno saranno l'evento formativo extramurale (8 ottobre, La telecardiologia come strumento di integrazione tra ospedale e territorio) proposto dal Consiglio Regionale e l'evento previsto per la metà di novembre (Risk Management e problematiche medico-legali nella Cardiologia) in occasione dell'Assemblea annuale.

In cantiere vi sono comunque altre iniziative, e tra queste quella in fase avanzata di realizzazione riguarda le nuove competenze nelle UTIC, affrontate in un Corso per medici e infermieri delle cardiologie, con dimostrazioni pratiche circa l'utilizzo del contropulsatore aortico, della

emofiltrazione e della ventilazione non invasiva.

Con l'elezione del nuovo Presidente SIC (Prof. J. Salerno), sono stati ripresi i rapporti federativi: le Delegazioni delle due Associazioni si sono incontrate il 7 luglio per mettere a punto un programma di collaborazione sia scientifica che organizzativa.

Analoghi incontri sono stati fatti coi rappresentanti del SICI-GISE (Dott. Viecca, Dott. De Servi) coi quali si sono definiti alcuni possibili ambiti di ricerca regionale comune e si è ottenuto un incontro con le autorità regionali per impostare una discussione sui rimborsi degli stent medicati; con AIAC è già prevista una Riunione per valutare la realizzazione in comune di alcuni



Aroldo Bonzagni, Uscita dalla Scala, 1910

eventi di carattere culturale. Per quanto riguarda i rapporti con le autorità regionali, siamo in attesa di un assetto più definitivo per riprendere i contatti ufficiali, anche se nei primi giorni di luglio è stato richiesto all'Associazione, nella persona del suo Presidente Regionale, di partecipare ad una Riunione per discutere sui dati amministrativi relativi alle SCA e per risolvere alcuni importanti questioni legate ai rimborsi extra budget per i pazienti con diagnosi di infarto miocardico. Tra gli obiettivi da realizzare la formazione di una Commissione ad hoc, che dia sull'argomento un parere tecnico che possa poi venire incorporato nelle successive delibere regionali. Si lavorerà inoltre sul database regionale delle SCA per valutare i dati amministrativi, confrontarli con

quelli clinici e valutare l'outcome in termini di nuovi ricoveri o procedure. Ancora, dovrebbe essere varata una Commissione per l'attuazione del piano per le malattie cardio-cerebro-vascolari, della quale dovrebbero far parte i rappresentanti di tutte le Società Scientifiche che hanno partecipato alla sua stesura (ricordo che, grazie al lavoro dei Dott. Marzegalli, Oltrona Visconti e Vincenti, sono state incorporate molte parti del documento FIC "Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia"). Come Delegazione Regionale abbiamo aderito all'offerta di avere delle pagine WEB nel Sito ufficiale ANMCO e aspettiamo la piena operatività per riempirlo di notizie e proposte sperando possa diventare un altro strumento di collo-

quio e fidelizzazione con la base. In conclusione, credo che questo primo anno possa essere considerato, da parte nostra, soddisfacente come, ci auguriamo, almeno per una parte dei Soci Lombardi (in costante crescita); abbiamo lavorato pensando al futuro dell'Associazione, per cercare di ricucire una trama in alcuni punti disgregata, e per rivitalizzare l'interesse di ogni Socio, anche quello più distante, attraverso un'opera di informazione e di contatti quanto più costanti (alle Riunioni del Consiglio Regionale sono sempre invitati i Referenti provinciali, tutta la corrispondenza che riguarda il Direttivo Regionale è girata per conoscenza ai Referenti provinciali e, quando saranno tutti identificati, lo sarà anche ai Referenti aziendali). È un lavoro oscuro e faticoso, dal quale non ci aspettiamo effetti immediati ma che, nel lungo periodo, speriamo dia buoni frutti. Nel frattempo dovremo continuare a lavorare con sempre uguale entusiasmo: sollecitiamo una maggiore partecipazione da parte di tutti gli Associati, con un contatto diretto o mediato dai Referenti provinciali. Un invito particolare è rivolto ai giovani ma anche ai meno giovani, nuovi e vecchi Soci: proponetevi quali referenti aziendali o provinciali, o come candidati alle elezioni regionali, formulateci quesiti o proposte, ma anche critiche, se occorre, ma partecipate di più alle attività della nostra Associazione.

MOLISE

DI E. MUSACCHIO, P.L. PILONE, C. SCHIATTARELLA, V. FRANCO, M. SINISCALCHI

**Il picco pressorio mattutino batte:
l'apparato cardiovascolare risponde****Un nuovo modo di classificare gli ipertesi:
soggetti con e senza "picco" pressorio mattutino**

Nel corso degli ultimi 20 anni abbiamo imparato veramente tanto sull'ipertensione arteriosa ed i continui aggiornamenti delle linee guida Europee ed Americane, assieme alle interminabili discussioni e polemiche sui livelli pressori da considerare patologici, rendono bene l'idea sul fervore culturale, gli interessi economici e la necessità di continuare a studiare questa malattia sistemica dalle tante sfalcettature.

Aldilà di ogni considerazione, l'ipertensione arteriosa rimane un fattore di rischio hard e presso ogni ambulatorio medico, specialistico o di medicina generale, molte risorse vengono utilizzate per la gestione della malattia ipertensiva.

Una serie di studi degli anni '50 e '60, tra cui il Framingham Heart Study, hanno inequivocabilmente dimostrato il maggiore rischio di mortalità e di malattie cardiovascolari nei soggetti con livelli pressori più elevati.

Circa 1 miliardo di individui nel mondo è affetta da ipertensione arteriosa e la prevalenza è in aumento. Secondo dati pubblicati recentemente i soggetti normotesi all'età di 55 anni hanno il 90% di probabilità di diventare ipertesi nell'arco della vita. D'altra parte c'è

un rapporto continuo, e indipendente dagli altri fattori di rischio, tra ipertensione e rischio di malattie cardiovascolari. Ogni incremento di 20 mmHg della pressione sistolica o di 10 mmHg di quella diastolica raddoppia il rischio di malattie cardiovascolari per i soggetti di età compresa

tra 40 e 70 anni; questo rapporto è valido per un arco di valori pressori compreso tra 115/75 e 185/115 mmHg.

Nell'ultimo quinquennio fondamentalmente ci sono state 3 grosse novità: a) lo studio ALLHAT (Antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial); b) le nuove linee guida JNC VII; c) l'aver compreso che alcuni soggetti ipertesi presentano una prognosi peggiore per i danni indotti dal picco ipertensivo mattutino.

Lo studio ALLHAT, aldilà di ogni critica, ha chiarito in modo inequivocabile la pari efficacia di diverse classi di farmaci nel ridurre i livelli tensivi ed in particolare la forza antipertensiva dei diuretici.

La Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pres-



Magritte, L'impero delle luci, 1950

sure (JNC) VII del 2003, in controcorsa con le linee guida Europee e dell'OMS, ha emanato delle linee guida semplificate: Pressione Normale (< 120/80 mmHg); Preipertensione (120-139/80-89 mmHg); Ipertensione I stadio (140-159/90-99 mmHg); Ipertensione II stadio (>160/100 mmHg).

I soggetti che rientrano nella categoria della Preipertensione hanno un rischio maggiore di diventare ipertesi rispetto ai soggetti normotesi; coloro che presentano valori pressori compresi tra 130/80 e 139/89 hanno un rischio doppio di sviluppare ipertensione rispetto a quelli con valori inferiori (1-2-3).

Oltre il merito della facile memorizzazione tale classificazione ha avuto il pregio di riproporre quanto in passato era avvenuto per il diabete mellito e per le neoplasie: il termine precancerosi richiama l'atten-

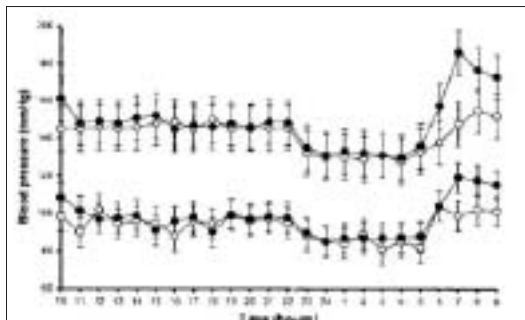


Figura 1 - Profilo pressorio delle 24 ore;
● pz con picco; ○ pz senza picco mattutino

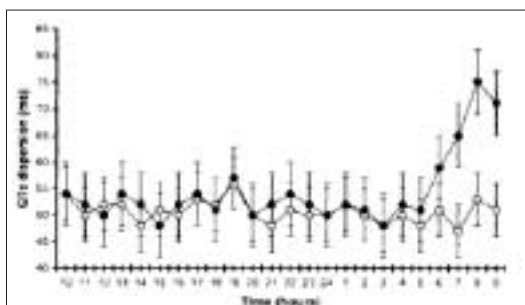


Figura 2 - Profilo della dispersione del QTc in soggetti ipertesi;
● pz con picco; ○ pz senza picco mattutino



Ospedale "Cardarelli" di Campobasso

zione e determina dei cambiamenti nello stile di vita; condiziona dei controlli medici più routinari e comunque il paziente dedica una maggiore attenzione per la salute in generale.

Nell'ambito di questo scenario corpulento il monitoraggio pressorio delle 24 ore ha consentito di riconoscere almeno 3 diversi profili pressori circadiani: dipping, non-dipping, extreme dipping, che sono associati a diverso e relativamente specifico danno d'organo. Gli extreme dipper hanno un calo

pressorio notturno superiore al 20% e presentano un danno prevalente al SNC con una encefalopatia lacunare silente (4); i pazienti con pattern pressorio dipper hanno un calo notturno tra il 10-20%, viceversa i soggetti non dipper hanno un calo pressorio < 10% e presentano una elettiva tendenza all'ipertrofia ventricolare sinistra, particolarmente le donne (5). L'osservazione epidemiologica di una variazione circadiana nell'epoca di insorgenza delle malattie cardiovascolari acute nei soggetti ipertesi ha suscitato l'interesse di molti gruppi di ricerca: IMA, arresto cardiaco, aritmie e morte improvvisa cardiaca sono più frequenti nelle prime ore del mattino

(dalle 6 alle 12.00) e presentano il livello più basso di incidenza durante le ore notturne.

Il metodo di indagine scientifica applicata a tale osservazione ha consentito di sottoclassificare, ulteriormente, gli ipertesi in pazienti con picco e senza picco mattutino (PM). Il PM è stato definito attraverso un rialzo, tra le 06:00-10:00, della sistolica ≥ 50 mmHg e/o della diastolica ≥ 22 mmHg rispetto ai valori pressori medi della notte (Fig. 1).

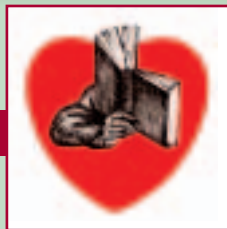
Gli ipertesi con picco pressorio mattutino hanno presentato un

prevalente drive simpatico, un QTc ed una dispersione del QTc maggiore rispetto ai soggetti senza picco; inoltre lo spessore medio-intimale carotideo ed i livelli circolanti di markers infiammatori (CRP, IL-6, and IL-18) sono risultati più elevati nel gruppo con picco mattutino (6-7) (Fig. 2).

Questi fenomeni, insieme ad una impennata dell'aggregazione piastrinica, di una inibizione della fibrinolisi ed un incremento dell'after-load cardiaco, possono spiegare, almeno in parte, gli infarti e le aritmie ventricolari maggiori che si hanno nelle prime ore del mattino.

Bibliografia

1. JAMA 2003;289:2560-2572.
2. Valsan RS et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men. The Framingham Heart Study. *JAMA* 2002; 287:1003-1010.
3. Lewington S et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. *Lancet* 2002;360:1903-1913.
4. Kario K, Matsuo T, Kobayashi H, et al. Relation between nocturnal fall of blood pressure and silent cerebrovascular damage in elderly hypertensives: advanced silent cerebrovascular damage in extreme-dippers. *Hypertension*. 1996;27:130-135.
5. Verdecchia P. Left ventricular mass in dippers and non-dippers. *J. Hypertens* 1995, 13: 1481-1482.
6. Raffaele Marfella, Pasquale Gualdiro, Mario Siniscalchi, Caterina Carusone, Mario Verza, Salvatore Marzano, Katherine Esposito, Dario Giugliano. *Hypertension*. 2003;41:237-243.
7. Raffaele Marfella, Mario Siniscalchi, Francesco Nappo, Pasquale Gualdiro, Katherine Esposito, Ferdinando Carlo Sasso, Federico Cacciapuoti, Clara Di Filippo, Francesco Rossi, Michele D'Amico, and Dario Giugliano. *Am J Hypertens* 2005;18:308-318. 2005 American Journal of Hypertension.



Intervista alla Prof.ssa Maria Grazia Modena

di GESSICA ITALIANI

La Prof.ssa Maria Grazia Modena è ordinario di Cardiologia presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e Direttore del Dipartimento integrato di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico.

È stata Presidente del Comitato Europeo "Donne in Cardiologia" ed è stata Presidente della Società Italiana di Ecocardiografia (SIEC). Attualmente è Presidente della Società Italiana di Cardiologia (SIC). Il 10 giugno 2005 ha ottenuto il premio Marisa Belisario, dell'omonima Fondazione, dedicato alle donne che più si sono distinte nell'imprenditoria, nelle arti, nelle scienze e nella politica.



Lei ha cominciato il suo percorso lavorativo occupandosi di ecocardiografia, io stessa la ricordo bene ai Congressi della SIEC. Ci racconta di quegli anni, dei suoi maestri e degli ambienti in cui si è formata?

Con piacere perché ho un ricordo molto gradevole di quegli anni che rappresentano un marker emblematico dell'inizio della mia "carriera". Correvano i primi anni '80 (io mi ero laureata nel 1977) l'ecocardiografia era agli inizi e prosperava solo in pochi avveduti centri in Italia. Era vista da molti come un videogame, innocuo, non invasivo e pertanto ideale per una donna. Feci un corso al Niguarda dal Dott. Pezzano e ne fui stregata.

Ne feci un altro dal Prof. Zardini a Torino e fui ulteriormente convinta che si trattasse del futuro. Mi capitò dopo qualche tempo la fortuna di avere un abstract accettato al Congresso del Dott. Roelandt al Thoraxenter di Rotterdam dove ebbi l'occasione di ascoltare una "parata" di Guru dell'ecocardiografia da Feigenbaum a Popp a Tajik. Fu quest'ultimo che mi folgorò; presentava il famoso articolo pubblicato nel 1981 su Mayo Proceedings sulle correlazioni anatomiche dell'ecocardiografia bidimensionale, per cui gli chiesi di poter frequentare il suo laboratorio. Trascorsi per tre anni le mie vacanze estive alla Mayo Clinic ed ebbi così l'opportunità di imparare la metodica in uno dei templi del-

l'eco e di instaurare dei rapporti di amicizia indelebili.

Recentemente è stata nominata Presidente Nazionale della SIC: quali le scelte programmatiche da Lei proposte che ritiene vincenti e più innovative?

Alleggerire gli apparati burocratici di governo e assicurare un ricambio per una gestione più snella della Società, rinforzare la *mission* in termini di formazione e di supporto ai giovani, collaborare con l'ANMCO a livello regionale e centrale attraverso la Federazione per

l'interfaccia con l'Europa e il processo di confederazione delle Società di settore e le altre Società, nell'ottica di una Società almeno virtualmente unica.

Come si augura che sarà il futuro della FIC (Federazione Italiana di Cardiologia)? Pensa che ci sarà spazio per un impegno federativo anche nel campo della formazione e della ricerca clinica cardiologica?

La FIC è la nostra presentazione attuale, INDISPENSABILE, in Europa, ma il passo successivo, che auspico molto prossimo, è appunto la formazione e la ricerca clinica unica. Non ci si può che potenziare alleando le forze e smentendo la filosofia pluripartitica italiana.

Negli ultimi anni ANMCO e SIC hanno impiegato molte energie nel tentativo di una condivisione culturale e di percorsi; molto è stato fatto e altro rimane da fare. Cadrà, grazie al suo impegno, l'ultima barriera della didattica esclusivamente universitaria?

Innanzitutto non la vedo, purtroppo, come l'ultima barriera, ma, a proposito della sua domanda, non penso che il mio impegno o quello di una Società Scientifica possano giocare un grosso ruolo in questo campo perché più di competenza politico-ministeriale.

Personalmente ritengo che si debba realizzare (cosa che



La Prof.ssa M.G. Modena alla Mayo Clinic

avviene già nella mia piccola realtà modenese) un'ottima integrazione di forze sia a livello assistenziale che didattico. Non dico nulla di nuovo asserendo che là dove c'è una buona assistenza sussistono le possibilità di una buona didattica e ricerca.

Leggendo la sua storia professionale emerge un filo conduttore legato all'estremo interesse verso le problematiche della prevenzione e delle malattie cardiovascolari nella donna. Tanta attenzione al mondo femminile deriva anche dalla capacità di riuscire a vedere "oltre" i problemi di salute di una donna?

Certamente sarà scattato anche in Lei, e in molte colleghe, la scintilla di ascoltare le altre donne con una sensibilità diversa che nulla ha a che fare con uno spirito femminista, ma che fa parte di un sentire comune. Il giuramento di Ippocrate non è *gender-related*, ma certamente si avvale per la donna medico di una capacità di coinvolgimento e di intuito singolari.

Secondo Lei è reale la discriminazione verso le donne nella ricerca clinica? Ad es. molti studi in passato escludevano il sesso femminile...

Non parlerei di una vera discriminazione, ma di un limite legato al disegno dei trial, basti pensare a quello, improponibile ai giorni nostri, di aver messo l'età come criterio di esclusione, comune a tutti i grandi trial del più recente passato. È assurdo pensare che solo il problema età abbia fatto capire che la malattia cardiovascolare, nella sua globalità, non è *gender-related*. Certamente includere la donna nel disegno dei trial ha delle ricadute in termini di complessità dello studio e di costi perché occorre creare sottogruppi che includano diverse fasce d'età, dall'epoca fertile alla menopausa. Per fortuna le conoscenze stanno evolvendo e la decisione della *Food and Drug Administration* e dell'NIH di non finanziare studi che non includano almeno il 25% di donne, sta ottenendo consenso anche da noi.

Non crede che anche nelle Società Scientifiche esista una certa discriminazione verso i giovani e le donne? Tempo fa, proprio in queste pagine, Giuseppe Stefanino provocatoriamente ha parlato di ANMCO come di Associazione Nazionale Maschi Cardiologi Ospedalieri. Lei che ne pensa?

Verso i giovani la definirei una scarsa attribuzione di incarichi, perché può essere comprensibile che l'età sia in buona parte una determinante della carriera. Visto tuttavia che chi lavora per noi sono spesso i giovani, io ritengo personalmente che un riconoscimento in termini di visibilità o, perché no anche economico, vada incentivato.

Per quanto riguarda le donne, in questo momento sicuramente c'è una scarsa rappresentanza, soprattutto nell'ANMCO, ma visto che i numeri parlano, non potrà perpetuarsi a lungo questo disequilibrio.

Esistono personalità femminili, in entrambe le Società, di grande spessore e so che ci sono molte aspettative dal mio attuale ruolo. Aspettative che sto deludendo, ma spero solo momentaneamente. Confido, una volta vista la realizzazione delle basi del mio programma in SIC, di potermi dedicare a un programma per le Donne cardiologo.

Chissà che non sia l'universo femminile la via per abbattere le barriere. Certamente da sola non riuscirei a fare nulla e, a questo proposito, sarei lieta di suggerimenti a 360 gradi ed è su queste vostre pagine che ho la prima opportunità di fare questo "calling".

Lei è certamente una delle poche donne ad aver sfondato il "tetto di cristallo" e, pochi giorni fa, ai suoi numerosi riconoscimenti si è aggiunto il Premio Marisa Belisario. Con quali mezzi e a quale prezzo oggi le donne riescono a superare quel "tetto"?

Io l'ho sfondato e senza farmi male, perché ho avuto molte opportunità e molta fortuna nella vita sentimentale e professionale. Però non rappresento l'identikit tipico della donna Cardiologo italiana.

Mi spiego meglio: oltre alle suddette opportunità, mi sono



sposata tardi e non ho figli (il tutto non in modo programmato); ho un marito che è il mio supporto e il mio grande consigliere e che fa il mio stesso lavoro in un'altra disciplina. Probabilmente altre donne lo sfondano a prezzi più alti.

Si legge nel Corriere della Sera: “...le donne sono sì il 61,3 per cento dei dipendenti tra medici, infermieri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, ma tra i dirigenti di struttura complessa sono meno del 10 per cento. Sempre di più le iscritte a Medicina, sempre di più le donne, ma sempre poche ai vertici. E sempre le stesse le specializzazioni preferite: pediatria e ginecologia”. Secondo Lei, perché l'aumento numerico delle donne non va di pari passo con l'aumento di ruoli significativi, di più eque retribuzioni, diritti e dignità? È, a mio parere, solo questione di tempo. I numeri daranno ragione a ruoli adeguati, con le dovute conseguenze sul piano economico e sociale. Si assiste già ad un cospicuo aumento della presenza di donne nelle specialità tradizionalmente maschili, quali chirurgia e ortopedia, e soprattutto cardiologia, con donne medico sempre più determinate.

Lei ha affermato diverse volte che “quando la donna sceglie di dedicarsi alla famiglia è spesso costretta ad abbandonare la carriera”. Eppure la donna nella famiglia è tradizionalmente custode della salute di tutti.

Lei, a cosa ha rinunciato per la carriera?

Tenendo conto di quanto le ho detto nella risposta precedente, a nulla.

Laura Paoletti, filosofa contemporanea dell'Università di Roma, intervistata da un noto giornalista, ha detto: “La forza degli uomini sta nel prendersi sul serio. Le donne invece soppesano meglio sé e gli altri. E sono più sobrie. Da qualità, questo diventa un handicap. In un'assemblea, se prende la parola un uomo, tutti zittiscono. Per una donna, nel migliore dei casi, c'è un sorridente interesse. Una cordialità lusinghiera per la sua femminilità, non per la robustezza del suo pensiero che in realtà non teme confronti con quello dell'uomo”. Quale il suo commento...

Sono in linea al 100% e aggiungerei: in un'assemblea se la donna vuole superare il sorridente interesse e calamitare l'attenzione deve essere sicura e, spesso, alzare la voce; non deve stupirsi se in una riunione i posti a fianco a lei sono vuoti e se alle sue robuste osservazioni i colleghi sembrano indifferenti (è spesso solo una finzione).

Per finire, quali di queste virtù riterrebbe fondamentale per affrontare il futuro nel nostro quotidiano lavoro come nella vita: coraggio, determinazione, fiducia, pazienza, saggezza, speranza?

Determinazione.

Ringraziamento "Targa d'Oro", Firenze 1 giugno 2005

di GIUSEPPE PINELLI

Mi sono chiesto cosa avrei detto e cosa avrei provato nel ricevere la Targa d'Oro dell'ANMCO, un intreccio di sentimenti che agitano il mio animo colmo di tanti ricordi felici e nello stesso tempo struggenti. Innanzitutto un caldo ringraziamento al Consiglio Direttivo dell'ANMCO ed un fraterno abbraccio al Presidente Dott. Di Pasquale che ha voluto consegnarmi direttamente la Targa d'Oro dell'ANMCO in una atmosfera di sincera commozione. E poi una serie di domande dalle risposte a volte difficili con la consapevolezza di aver agito sempre con tanto entusiasmo e vera passione per lo sviluppo culturale, scientifico ed organizzativo della nostra Associazione. Entusiasmo che vuol dire spirito di servizio che ci ha sempre armati nel portare avanti un patrimonio di idee e di proposte dell'ANMCO di cui tutti dobbiamo esserne fieri. Questo riconoscimento mi conforta del fatto di aver agito sempre per il bene dell'Associazione anche se a volte si può sbagliare, a volte si creano dei dissapori e di ciò mi



scuso verso coloro che magari si sono sentiti offesi o dimenticati. Quando si riceve una onorificenza nel tratto finale di una vita professionale si pensa anche con struggente nostalgia agli anni che trascorrono veloci, ...troppo veloci (!), ai tanti ricordi che hanno costellato il lungo percorso della vita di medico, in questo caso di cardiologo, che come tanti di voi si è dedicato a questa disciplina convinto che questa fosse la scelta giusta sul piano professionale, culturale e scientifico.

Certamente all'inizio della professione il medico è assalito da molti dubbi e poche certezze, la nostra Associazione ha avuto il merito di

rafforzare in noi la consapevolezza del sapere che ci ha reso più forti nell'affrontare le malattie del cuore, certi di poter essere di aiuto nei momenti in cui vi è maggiormente bisogno di professionalità e di solidarietà verso il malato. Penso che tutti noi abbiamo il dovere di operare sempre con la massima dedizione nei confronti dei pazienti e l'Associazione abbia il merito di offrire gli strumenti giusti per essere adeguati al grande compito di curare e curare al meglio.

Questa Targa d'Oro non la metterò in un cassetto o su un mobile per farla vedere agli amici, ai colleghi, ai conoscenti ma rimarrà un'impronta indelebile nel mio animo di ciò che ha rappresentato e rappresenta per me e per tutti coloro che in questi anni ho conosciuto, un insieme di sentimenti di amicizia, simpatia e stima reciproca.

Una grande famiglia mi ha accolto nel lontano 1970, una grande famiglia mi ha accompagnato nel lungo cammino della vita professionale e umana, questo è il ricordo che l'ANMCO mi ha dato, questo è ciò che serberò sempre nel mio cuore.



LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

di Giovanni Gregorio

*...mettetevi bene in mente questo: una volta laureato
bisogna dare alla società conto e ragione di questa laurea.*

Voi, in fondo, laureandovi, non avete fatto altro che impiantare una regolare contabilità con tanto di libro mastro, nel quale gli altri, non voi, si prenderanno la briga di segnare le entrate e le uscite dei meriti e dei demeriti che via via si verificheranno durante il vostro impegno di professionista, marito e padre di famiglia.

EDUARDO DE FILIPPO
Gli esami non finiscono mai, Atto I

La valutazione dei dirigenti

Gli elementi qualificanti ed innovativi, delineati dalla legge di riforma per la Dirigenza Medica, sono la dinamicità delle funzioni e la verifica delle attività. La valutazione dei dirigenti è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa: essa è caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro, che resta a tempo indeterminato.

La valutazione deve essere oggettiva, equa, partecipata e condivisa. Il processo di valutazione perché risponda a tali requisiti presuppone che il dirigente valutato sia costantemente e pienamente informato ed abbia la possibilità di partecipare attivamente alle diverse fasi della valutazione stessa. Altro fattore determinante per una corretta valutazione sono le qualità del valutatore, al quale sono richieste oltre che competenze tecniche, gestionali e professionali anche specifiche capacità di giudizio in rapporto alla tipologia delle attività e dell'incarico da valutare.

I risultati finali della valutazione effettuata dagli organismi di verifica sono riportati nel fascicolo personale. Tutti i giudizi definitivi conseguiti dai dirigenti sono parte integrante degli elementi di valutazione delle Aziende sanitarie per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico.

Verifica dei Dirigenti e Tipologia di incarico

Il processo di valutazione del Dirigente deve fondarsi su un giudizio oggettivo dei risultati conseguiti nel periodo di riferimento, tenendo conto del contesto organizzativo, delle risorse impegnate e della tipologia di incarico. L'incarico attribuito al dirigente può essere (Figura 1):

- incarico di direzione di struttura complessa;
- incarico professionale di alta specializzazione;
- incarico di direzione di struttura semplice, dipartimentale o intra U.O.;

- incarico di natura professionale;
- incarico di consulenza, di studio, di ricerca, di ispezione, di verifica e di controllo.

Organismi preposti alla verifica delle attività dei dirigenti

Gli organismi preposti alla verifica dei dirigenti sono:

- il Collegio Tecnico nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore del Dipartimento per la valutazione dei responsabili e delle strutture del Dipartimento. Il Collegio è presieduto di norma dal Direttore Sanitario dell'Azienda per la valutazione dei Direttori del Dipartimento, anche quando la valutazione riguarda la rispettiva Struttura Complessa.
- il Nucleo di Valutazione, composto da esperti nominati dal Direttore Generale sulla base delle prescrizioni dell'Atto Aziendale.



Figura 1

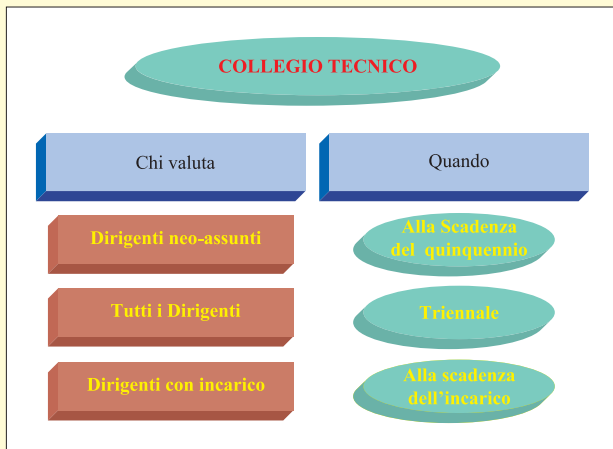


Figura 2

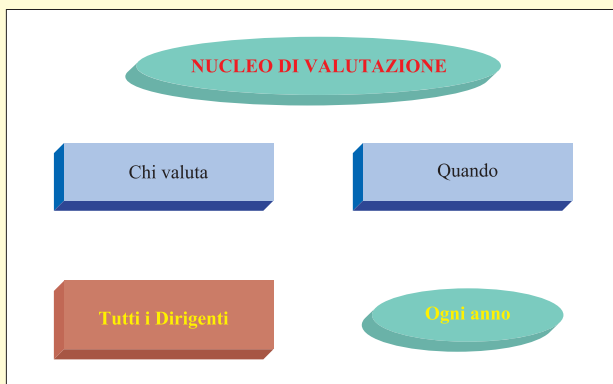


Figura 3



Figura 4

Il Collegio Tecnico (Figura 2) procede alla verifica:

- delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti indipendentemente dall'incarico conferito, con cadenza triennale;
- dei dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa o semplice, alla scadenza dell'incarico loro conferito;

c) dei dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento di incarico, al termine del primo quinquennio di servizio.

Il Nucleo di Valutazione (Figura 3) procede alla verifica annuale:

- dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa ed anche di struttura semplice ove sia affidata la gestione di risorse;
- dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti, in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Criteri di Valutazione

Le procedure di valutazione devono essere improntate ai seguenti principi:

- trasparenza dei criteri e dei risultati
 - oggettività dei metodi di valutazione
 - informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio.
- L'oggetto della valutazione per tutti i dirigenti, oltre gli obiettivi specifici riferiti alla singola professionalità ed ai relativi criteri di verifica dei risultati, è costituito, in linea di principio, dai seguenti elementi:
- tipologia quali-quantitativa delle prestazioni effettuate dall'interessato o dalla Struttura in caso di valutazione dell'attività riguardi la direzione di Struttura;
 - collaborazione interna e livello di partecipazione multi-professionale nell'organizzazione dipartimentale;
 - livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e qualità dell'apporto specifico;
 - capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali;
 - risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi;
 - capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali nonché i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;
 - attività scientifica, di ricerca e di aggiornamento anche in riferimento al raggiungimento del minimo di credito formativo stabilito dalla Commissione Ministeriale per la Educazione Continua in Medicina;
 - osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati;
 - rispetto del codice di comportamento dei Dipendenti Pubblici.

La verifica è un processo complesso nel quale vengono analizzate le capacità manageriali, organizzative, di relazione e di comunicazione, di aggiornamento e formazione, di innovazione, di produttività ed efficienza, di appropriatezza e qualità delle prestazioni, di rispetto degli indirizzi azienda-

li, di raggiungimento degli obiettivi assegnati (Figura 4). La verifica annuale da parte del Nucleo di Valutazione viene effettuata di solito tramite delle Schede di Valutazione compilate dal Direttore della Struttura complessa per i Dirigenti medici e dal Direttore del Dipartimento per i Direttori di Struttura complessa. La scheda di valutazione per i Direttori di Dipartimento è di solito compilata dal Direttore Sanitario dell'Azienda. La scheda è controfirmata dal dirigente valutato che ha la facoltà di annotarvi le proprie osservazioni. La verifica triennale o al termine dell'incarico da parte del Collegio Tecnico è effettuata sulla base di una relazione analitica delle attività connesse all'incarico e di solito prevede un colloquio con l'interessato al quale la valutazione viene partecipata.

Effetti della valutazione positiva

L'esito positivo (Figura 5) della valutazione triennale e quella al termine dell'incarico costituisce condizione per la conferma od il conferimento di nuovi incarichi di maggior rilievo professionale o gestionale.

L'esito positivo della valutazione al termine del quinto anno dei dirigenti neo assunti può comportare l'attribuzione di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici.

L'esito positivo della verifica annuale da parte del Nucleo di Valutazione comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato. Per i dirigenti con incarico, gestionale o professionale, essa concorre anche alla formazione del giudizio nella valutazione alla scadenza dell'incarico.

Effetti della valutazione negativa

L'accertamento della responsabilità dirigenziale a seguito dei processi di valutazione, prima della formulazione del giudizio negativo, deve essere preceduto da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una persona di fiducia.

L'accertamento della responsabilità dirigenziale in fatti che evidenzino scostamenti rispetto agli obiettivi e compiti professionali propri dei dirigenti comporta l'assunzione di provvedimenti che devono essere commisurati sia alla posizione rivestita dal dirigente nell'ambito aziendale sia all'entità degli scostamenti rilevati.

Per i dirigenti con incarico, professionale o gestionale, la valutazione negativa (Figura 5) dovuta alla inosservanza delle direttive ed ai risultati negativi della attività professionale o della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa può determinare:

- perdita della retribuzione di risultato in tutto o in parte;
- la revoca dell'incarico e l'affidamento di altro incarico con valenza diversa e di valore economico inferiore a quello in atto. Ai dirigenti con incarico di direzione di



Figura 5

struttura complessa la revoca del relativo incarico comporta l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore.

I dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa che, comunque, al termine del periodo di incarico non superino positivamente la verifica per la conferma dello stesso, fatto salvo il caso di recesso dal rapporto di lavoro, sono mantenuti in servizio con altro incarico professionale, congelando contestualmente un posto di dirigente.

In presenza di valutazione negativa – annuale, triennale ed al termine dell'incarico – definita in base ad elementi di particolare gravità, anche estranei alla prestazione lavorativa, resta ferma la facoltà di recesso dell'azienda previa attuazione delle procedure previste dalla normativa vigente.

Considerazioni sulla Valutazione dei Dirigenti

L'attuale sistema di valutazione si presta ad una serie di osservazioni che possono essere riassunte nei seguenti punti:

- la valutazione è un processo complesso ed articolato che presuppone una adeguata preparazione dei valutatori ma anche una presa di coscienza da parte del valutato che deve essere consapevole delle verifiche alle quali la sua attività di Dirigente è sottoposta;
- vi è la necessità che siano individuati sistemi omogenei per l'analisi delle attività e che i percorsi valutativi siano i più oggettivi possibili;
- le verifiche annuali dovrebbero essere soprattutto centrate sul raggiungimento degli obiettivi assegnati e sul rispetto degli indirizzi dell'Azienda, del Dipartimento e della Struttura di appartenenza mentre la verifica al termine dell'incarico dovrebbe riguardare il complesso delle attività afferenti all'incarico per il quale il dirigente viene valutato;
- la cultura della valutazione è assente sia nella nostra organizzazione sanitaria sia nel bagaglio formativo del Dirigente medico.

BUONSENNO CLINICO E SVILUPPO TECNOLOGICO: ETICA ED ECONOMIA

In un corretto rapporto fra buonsenso clinico, etica ed economia si colloca il corretto utilizzo di quanto ci offre continuamente lo sviluppo tecnologico

di Paolo Bocconcelli

Non vale la pena di allarmarsi: non sono un esperto di etica né tanto meno di economia. Mi accontenterei di considerarmi un clinico di buona e ormai anche piuttosto lunga esperienza. Ciò nonostante sempre più spesso i quesiti terapeutici che tutti siamo chiamati a risolvere quotidianamente interferiscono sia con l'etica che con l'economia. Dobbiamo far fronte ad uno sviluppo tecnologico coinvolgente e attraente, ma non di meno dobbiamo mantenere un equilibrio nelle scelte, che tenga conto prima dell'interesse del paziente, poi di un corretto rapporto fra costi e benefici.

La popolazione invecchia, le malattie croniche e degenerative aumentano: aumentano anche i sopravvissuti ai nostri trattamenti che sono sicuramente più efficaci. Ai calcoli molto trionfalistici di un incremento annuale dell'attesa di vita, non fa però da contraltare il dato dell'aumento degli invalidi.

Stiamo creando una società di anziani efficienti talora insinuando addirittura una vernice di giovanilismo (una nuova ed effimera categoria di "giovani vecchi")? Oppure stiamo drammaticamente aumentando il numero degli invalidi ("vecchi e invalidi")? In questo quadro di popolazione, all'interno del quale, per quanto ci riguarda come Cardiologi, la cardiopatia dilatativa di qualunque origine essa sia, la fa da padrone, si accavallano ragionamenti clinici e derivano scelte che attraversano trasversalmente e profondamente etica ed economia.

Agli strumenti terapeutici tradizionali di tipo farmacologico, l'industria e la ricerca ci propongono, in modo a tratti ineguale, soluzioni alternative, ricche di aspettative e costose. Costose solo in termini economici? Non credo. Di qui il buonsenso. Banale, penserete voi: ad ogni paziente la sua scelta terapeutica... individualizzare... ogni caso è storia a sé.

Eppure quello che la tecnologia ci offre oggi sollecita anche ragionamenti più generali, insinua la possibilità di discriminanti in termini di popolazione.

Mi riferisco all'impiego del Defibrillatore Impiantabile, del Pacemaker Biventricolare e del Defibrillatore Biventricolare. Qualcuno sarebbe tentato di affermare che vi

è un solo strumento: il Defibrillatore Biventricolare.

È al top delle possibilità tecnologiche e terapeutiche, garantisce un miglioramento della qualità di vita e anche una riduzione di mortalità con incremento dell'aspettativa di vita (**Studio Companion, Studio SCD-HeFT**). Allora perché non a tutti coloro che ne hanno l'indicazione secondo le linee guida? Ma è lo strumento più costoso, allora bisogna centellinare.

E il Pacemaker Biventricolare? Finalmente anche lui ha dimostrato che può allungare la vita (**Studio Care HF**): in fondo ce lo aspettavamo che prima o poi ci riuscisse. Un po' perché se stai meglio forse campi anche di più, un po' anche perché era un imperativo per l'industria riuscire nell'intento.

Ma alla fine, nonostante tutti questi sforzi, dopo tre anni tutte le curve di sopravvivenza si riuniscono: il beneficio tecnologico si dilegua e la storia naturale della patologia di fondo prevale (Figura 1: **"Clinical and economic implications of the multicenter automatic defibrillator implantation trial-II", Al-Khatib SM, et al. Ann Intern Med. 2005 Apr 19;142(8):593-600**).

Allora forse vale la pena di porsi una domanda: esiste un'età e/o una condizione clinica nelle quali sia da privilegiare il miglioramento della qualità piuttosto che l'aumento dell'aspettativa della vita?

In altri termini, se mai raggiungerò gli 80 o, se volete, gli

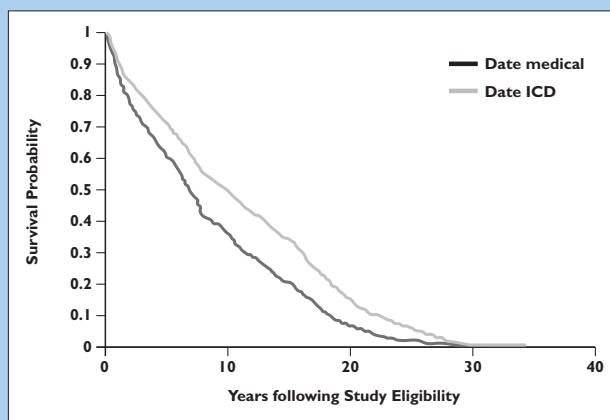


Figura 1



Giorgione, *I tre filosofi*, 1505

85 anni, domandatemi, per favore, se morire improvvisamente mi fa paura o se mi spaventa di più ricevere 20 scariche di defibrillatore in una giornata e poi morire in shock cardiogeno.

Purtroppo ci è già toccato di vedere (e sta diventando un'esperienza comune) chi ci ha implorato di spegnere il defibrillatore per lasciarlo morire in pace e per fortuna anche in questo caso la tecnologia ci è venuta incontro: la batteria si è esaurita e finalmente il paziente ha potuto riposare.

Ma vi è chi discute sulla eticità o meno di disattivare il device in determinate circostanze (**Berger JT. "The ethics of deactivating implanted cardioverter defibrillators" *Ann Intern Med.* 2005;142:631-634**) e come vedete siamo finiti all'etica. Allora, fra economia, buonsenso ed etica forse qualche strada si può intravedere. Credo che sia opportuno, prima di tutto per il

paziente (perché appunto i "costi" non sono solo economici), cercare di individuare chi debba aspirare ad un giusto allungamento (possibilmente superiore a 3 anni) dell'aspettativa di vita e chi invece abbia diritto a godersi più serenamente quanto gli resta da vivere, se possibile lontano dall'ospedale e con meno sofferenza per sé e per chi lo circonda. In questo modo forse, risparmiando un poco sul secondo tipo di popolazione, potremo garantire ad una fetta più ampia della prima il massimo che la tecnologia ci offre.

Come a mio parere giustamente sostenuto da **Boriani e coll.** (SIC - Roma, 2004) recentemente, l'impianto di un defibrillatore deve essere considerato più che un intervento economicamente vantaggioso, un investimento per il futuro di qualcuno: e come tutti gli investimenti, per ottenere un rendimento efficace, deve essere ben orientato.

**Un breve commento all'articolo del Dott. Paolo Bocconcelli
scritto dal Prof. Bruno Milone,
componente della Commissione Etica dell'ANMCO**

*Ci vuole tutta la vita per imparare a vivere e,
ciò che è più strano ancora, ci vuol tutta la vita
per imparare a morire.*

SENECA

Nel passato la morte era un evento improvviso e prematuro. Inoltre, in situazioni particolarmente gravi, il processo che portava alla fine della vita umana era irreversibile. Nel caso di un incidente che colpiva irrimediabilmente le funzioni vitali o il cervello, oppure nel caso di una grave malattia allo stadio terminale, non era possibile fare ricorso a strumenti o a macchine che, svolgendo funzioni non più garantite dal corpo del morente, ne ritardano la morte.

Oggi la medicina ha cambiato le condizioni del morire permettendo un allungamento della vita media. Nello stesso tempo, prolungando il periodo di senescenza, sono aumentate le malattie degenerative (ad esempio, il morbo di Alzheimer) e il ricorso alla ospedalizzazione,

per cui alla lunga non sempre i miglioramenti della durata della vita sono stati accompagnati da miglioramenti anche della qualità della vita.

Pertanto la discussione etica oggi verte sulla possibilità di aggiungere un "diritto alla morte" fra i diritti della persona che non erano contemplati dalla morale tradizionale. Ma non voglio in queste poche righe affrontare il tema dell'eutanasia.

La questione è un'altra. La vera trasformazione epocale sta nel fatto che la morte non è più discussa e affrontata come evento cui dare un senso, ma venga ridotta ad un fatto privato o tutt'al più di igiene sociale. Secoli di storia culturale umana sono stati accantonati a livello della discussione pubblica e la morte è diventata l'indicibile, l'evento sempre comunque straordinario cui la religione e la filosofia non preparano più.

Oltre che un diritto alla morte bisogna recuperare la virtù del saper morire.

Bruno Milone



Giorgione, *Tre età dell'uomo*, 1510

LA DIFFICILE COMUNICAZIONE IN MEDICINA NEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

di Francesco Bovenzi

L'ANMCO in risposta alle richieste e ai nuovi bisogni di salute del Cittadino ha dedicato quest'anno, nell'ambito del XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia, ampio spazio alla cultura della comunicazione in Medicina. Un bagaglio di sapere e saper fare, una palestra di idee, di invito per aprirsi allo scambio e costruzione di relazioni.

Comunicare – mettere qualcosa in comune con qualcuno – anche questo un prioritario momento formativo, un'opportunità, uno strumento strategico e, ancor più, una risorsa che si fonda sulla competenza, ma anche sulla consapevolezza della estrema complessità che caratterizza le relazioni umane.

Il cardiologo, dunque, non solo bravo ad “auscultare” un cuore, ma capace di ascoltare la “sua” parola. È questo, in fondo, il principio su cui fonda la difesa dell'umanizzazione dell'assistenza: l'uomo e il diritto alla sua centralità, alla sua appartenenza ad un contesto familiare, sociale e lavorativo, al rispetto delle sue idee, dei suoi sentimenti, desideri, attese... insomma, una reale dignità di soggetto e non oggetto di prestazioni.

Il forte razionale che induce a ricercare quell'insostituibile dialogo è anche la straordinaria unicità e irripetibilità che caratterizza il rapporto medico-paziente. Il rischio è che le nuove tecnologie, sempre più d'avanguardia proprio in cardiologia e ispiratrici dei bisogni di salute, si sostituiscano al ruolo del medico, unico interprete del complesso flusso di informazioni prodotto dalle metodiche e dai comportamenti clinici.

Proprio per questo, la salute che resta un diritto fondamentale della persona, andrebbe tutelata non solo nella dimensione organica, ma anche umanistica. L'esercizio effettivo di tale diritto implica la consapevole e inderogabile partecipazione del Cittadino alle decisioni che lo riguardano.

Assistiamo ad una rapida crescita della domanda di prestazioni dovuta a fenomeni vari, su tutti l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e la messa a punto di apparecchiature

re sofisticate di diagnostica specialistica.

I bisogni di salute, d'altro canto, fondano le attese sul desiderio di scelte immediate, pragmatiche, poco importa se improprie, come spesso accade in campo diagnostico.

Proviamo a immaginare se questi comportamenti fossero pienamente alimentati dalla carenza di una corretta comunicazione. Il rischio a breve è di veder bypassare la figura del medico, impoverendo quel suo ruolo storico di mediatore, “esperto” della salute e custode di atti umani tra uomini.

A questo si aggiunge la scarsa consapevolezza del pensiero, vecchio quanto l'uomo, che ogni malattia ha una sua propria specificità, che la rende non uguale per tutti.

Un uomo è solo e irripetibile, nel corpo e “nell'anima”, nella salute e nella malattia. Questi rischi effettivi di disinformazione potranno essere circoscritti solo mettendo in campo una forte comunicazione a tutti i livelli, che sia capace di riaffermare la fiducia, i ruoli, orientare gli stili di vita, indicare i comportamenti corretti in tema di prevenzione, di diagnosi e di cura.

Tutto questo obbliga i soggetti istituzionali, i medici, le Fondazioni e le Società Scientifiche a riqualificare il dialogo interno ed esterno sui temi della cura e della salute, liberandolo da tutte quelle emergenti ingerenze che sono confondenti e incapaci, infine, di assicurare.

La comunicazione in materia sanitaria deve andare oltre l'informazione, inserendosi in un quadro di relazioni che vincolano alla trasparenza, affidabilità, completezza e interattività tra tutti gli attori in campo.

Oltre che divulgare conoscenze, la comunicazione medica deve trasmettere modelli, istituire priorità comportamentali e formare delle consuetudini che dovranno in positivo incidere direttamente sulla qualità della vita dei soggetti coinvolti. Oggi percepiamo un'iniziale sproporzione nei rapporti tra medici e pazienti, troppo sbilanciati a favore della componente scientifico-tecnologica, rispetto alla

componente più propriamente umana e relazionale. Come ci ricorda Kafka, "è più facile scrivere una ricetta che parlare con un sofferente". L'ANMCO come problem solving ai nuovi bisogni di salute auspica un riaffermato rap-

porto tra cittadini/pazienti, istituzioni e medici – fondato sulla comunicazione, sull'ascolto, sulla fiducia e sulla comprensione – il solo capace di garantire un'omogenea assistenza ed un'efficiente educazione alla salute.



Eduard Munch, Autoritratto con l'influenza spagnola, 1919

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: NUOVO IMPEGNO PER I CARDIOLOGI

I nuovi assetti organizzativi e gestionali della cardiologia sono un utile presupposto per affrontare in modo sistematico la prevenzione degli incidenti, degli eventi avversi e dei danni

di Umberto Guiducci

Premessa

Il rischio clinico si correla con l'attività sanitaria e la sua gestione è finalizzata alla identificazione di eventi indesiderati reali o potenziali al fine di prevenirli.

Nelle Aziende sanitarie il rischio clinico (rischio di errori sanitari o di eventi avversi non dovuti a errori) è una delle tre componenti fondamentali del rischio globale, stante che in questo contesto esistono anche un rischio relativo al personale ed uno relativo ad aspetti non clinici; i medici sono chiamati a partecipare alla gestione della parte clinica (clinical risk management - CRM).

Nella Regione Emilia-Romagna, l'applicazione del sistema di incident reporting (riconosciuto come efficace strategia di risk management) è già stato in molte realtà istituzionalizzato; si tratta di incentivare segnalazioni spontanee, da parte degli operatori, di eventi (o quasi eventi) avversi.

Recentemente nella stessa Regione è stato promosso un convegno sul rischio e sicurezza in sanità. Questi nuovi aspetti coinvolgono tutti i medici ospedalieri italiani per cui anche i cardiologi devono acquisire una mentalità adeguata alle nuove realtà che avanzano.

Il rischio clinico in cardiologia

Le attività connesse alla gestione del rischio clinico si intersecano con i nuovi assetti organizzativi dell'assistenza (in particolare quella ospedaliera): **il Dipartimento e l'assistenza integrata in rete**. L'assistenza sanitaria in rete secondo il modello Hub&Spoke è nata per realizzare un equilibrio tra concentrazione e diffusione dei servizi sanitari con particolare riferimento alle prestazioni con elevato contenuto tecnologico o di clinica competenza (questo modello è stato recentemente adottato dall'ANMCO e dalla FIC). La concentrazione in centri Hub delle funzioni cardiologiche più complesse avviene per garantire la qualità delle prestazioni e l'equità di accesso a tutti i cittadini in modo anche da rispondere ai requisiti stringenti dei modelli di accreditamento e/o di certificazione della qualità in

sanità. Una rete cardiologica si caratterizza inoltre per i rapporti collaborativi anziché competitivi tra le UUOO che rappresentano i nodi fondamentali e nel cui contesto l'attività di governo clinico si correla fortemente con la gestione del rischio clinico. Una rete cardiologica, per numero e qualità di pazienti e tipo di procedure, è gravata da elevati rischi potenziali in quanto è costituita da strutture ad alta intensità di cura (UTIC) e da laboratori interventistici avanzati (emodinamica e aritmologia). L'organizzazione della rete e del Dipartimento non hanno fino ad ora affrontato organicamente l'implementazione di sistemi compiuti di gestione del rischio clinico, tuttavia il perseguimento di obiettivi orientati alla qualità (come il modello di accreditamento della Regione Emilia-Romagna) rappresenta uno stimolo e un incentivo affinché si sviluppi nei professionisti una mentalità disponibile su questi temi. Tutti i capitoli che afferiscono all'accreditamento presentano collegamenti con il rischio clinico e la sua gestione. Le azioni svolte per adeguare i reparti al modello di accreditamento si rivelano essere anche strumenti per il risk management.

Alcuni esempi sono rappresentati da: **pianificazione delle attività, identificazione di standard di prodotto, azioni di comuni-**



Livia Alessandrini, Ragione e Sentimento, 2005

cazione professionale (Breifing settimanali di aggiornamento, incontri quotidiani sui casi presenti in reparto, meeting cardiochirurgici settimanali), **sviluppo di procedure** (implementazione di linee guida e protocolli condivisi – ad esempio sul dolore toracico – o i piani provinciali per l'assistenza all'IMA), **azioni di verifica** (Audit clinici e sulle procedure invasive), **azioni di miglioramento**.

Esperienza avviata in Emilia-Romagna

Alcune cardiologie ospedaliere hanno avviato una metodologia gestionale per la qualità che si è recentemente conclusa con l'accreditamento istituzionale. Nel corso dell'iter si è determinata una sensibilizzazione dei professionisti delle équipes soprattutto utilizzando i momenti di formazione e comunicazione.

Anche l'organizzazione dei Dipartimenti di tipo cardiologico o di Area critica ha coinvolto i medici nelle problematiche del governo clinico. La istituzionalizzazione di un Comitato cardiologico provinciale per la gestione della rete ha rafforzato il rapporto tra medici e modelli gestionali.

Pertanto sono state avviate esperienze di gestione del rischio basate su sviluppo di protocolli clinici e di percorso su:

- sindromi coronariche acute e PTCA primaria,
- altre emergenze e arresto cardiaco,
- programmazione della diagnostica,
- preparazione a interventi,
- accesso alle terapie intensive cardiologiche,
- trasporti protetti,
- percorso del paziente scompensato,
- accesso alla riabilitazione.

Più recentemente sono stati affrontati:

- la formalizzazione della équipe medica di rete,
- il piano di formazione comune,
- la procedura per la gestione e verifica dei percorsi anomali,
- la procedura per la gestione comune dei reclami degli utenti.

Per quanto riguarda le attività di verifica clinica fino ad ora svolte mediante un audit su tutte le cartelle dei casi di IMA (rete cardiologica di Reggio Emilia); è auspicabile che in futuro gli audit vengano estesi e condotti mediante una preselezione dei casi attuata applicando i criteri di Wolff modificati (morte, riprocedure/ricoveri entro 7 gg., percorsi Med Int→UTIC/rianim, ricoveri entro 1 mese, degenze di durata anomala) che sono in grado di identificare i casi ad alto rischio di eventi inattesi.

Da queste prime esperienze emerge un sistema di rilevazione dei casi anomali che si sta via via irrobustendo con la realizzazione di un data base che archivia, classifica ed elabora le informazioni. I casi più complessi vengono segnalati alla Direzione Sanitaria che, superando gli aspetti solamente medico-legali, applica una metodologia scientifica (medical review form) che passa attraverso un revisore esterno e un gruppo interno di valutazione. Il caso viene analizzato e, in accordo con il responsabile della UO interessata inizia eventualmente un processo di miglioramento che può essere di ambito tecnico, clinico e organizzativo.

Conclusioni

Da queste prime esperienze emergono alcuni messaggi relativi alla gestione del rischio clinico: superamento di un atteggiamento medico-legale orientato esclusivamente alla tutela del gruppo/struttura anziché al miglioramento, stimolo a sviluppare meccanismi automatici per la valutazione del proprio operato, sviluppo infine di un sistema che è garanzia sia per il cittadino che per gli operatori anche attraverso il governo del contenzioso.

Il Direttivo ANMCO Emilia-Romagna ritiene che questa problematica debba essere affrontata in termini organizzativi e scientifici e intende proseguire la collaborazione con la Agenzia sanitaria regionale per l'implementazione di queste metodologie.



Giorgio de Chirico, *Les projets de la jeune fille*, 1916

SCOMPENSO CARDIACO E PROPOSTE IN AMBITO SOCIO-ASSISTENZIALE PER LA TERZA ETÀ

a cura del CONA - Cuore

Preambolo

Una pandemia annunciata che richiama l'urgenza di studiare, valutare e realizzare strumenti e strutture idonee, disponibili per ogni cittadino a prescindere da razza, cultura e reddito, compatibili economicamente con le necessità di uno Stato sociale avanzato ed attento ai bisogni di ogni cittadino. I modelli organizzativi possono variare da nazione a nazione ed anche all'interno dello stesso Stato in base a caratteristiche culturali, orografiche ed altre. Base imprescindibile che ad ogni cittadino europeo deve essere garantito il diritto alla salute in ogni parte dell'Europa, senza alcuna discriminazione.

Un obiettivo siffatto, senz'altro costoso, implica una razionalizzazione delle risorse, la lotta agli sprechi, alle duplicazioni di servizi, di strutture e via di seguito.

La pandemia annunciata per i prossimi anni è lo scompenso cardiaco, con tutto il carico

di problemi sanitari e socio-assistenziali che comporta. Una pandemia frutto di elementi positivi: gli ottimi risultati che si conseguono in ambito cardiovascolare, nello specifico nella cardiopatia ischemica (infarto del miocardio e sindromi coronariche acute), nella cardiopatia ipertensiva e nella cardiopatia valvolare, fa sì che sempre un maggior numero di cardiopatici potrà guadagnare la terza età, portandosi dietro la cardiopatia di base, che prima o poi potrà andare incontro ad uno scompenso cardiaco. La risposta non può essere oggi, e ancor meno domani, quella dell'ospedalizzazione tout court del paziente scompensato. L'ospedalizzazione sarà riservata a casi selezionati, in regime di ricovero standard, per quei casi gravi dello scompenso cardiaco, che richiedano cure specialistiche intensive ed un monitoraggio attento e costante in ambiente protetto.

Negli altri casi cosa fare? Come gestire questi pazienti? Come affrontare quelle situazioni borderline, in cui il paziente necessita di un controllo più attento e costante, ma un controllo che dal punto di vista sanitario potrebbe essere gestito a domicilio del paziente, a condizioni che siano garantite condizioni di vita sociale accettabile: se è allettato o se presenta segni fisici di scompenso che ne limitino fortemente l'autonomia sociale, occorre un sistema che lo copra finché non riacquisti la sua autonomia. Le soluzioni possono essere diversificate: la città pone problematiche diverse rispetto al piccolo centro, la presenza o meno dell'ospedale pone problemi diversi nella gestione, la presenza di Hospice Care, RSA, ospedali di comunità offre opportunità importanti, come opportunità possono offrirle anche strutture assistenziali a livello comunale.

Occorre un confronto molto aperto, che preveda progetti diversificati per territorio, orografia, cultura e valutazione delle strutture esistenti e delle potenzialità dell'Area. Progetto aperto all'individuazione delle necessità e che preveda degli ambiti di intervento anche settoriali, ma inseriti in un contesto generale. Il contesto generale deve essere rappresentato dalla tutela della salute del paziente anziano, con particolare riguardo alle esigenze indotte dalla perdita di autonomia per malattia, fino alla ripresa dell'autonomia. Un progetto implica valutazioni ed interventi da parte di vari settori, istituzionali e non: medico, sociale (Comune, Provincia, Regione, Stato, Comunità Europea, SSN, Aziende Sanitarie, Distretti sanitari), privati. Un'integrazione fra i vari soggetti interessati.



Aspetti e proposte in ambito socio-assistenziale

Problema strettamente sociale, non sanitario, ma che comunque ha ed avrà ricadute sempre maggiori in ambito sanitario, soprattutto per quel che riguarda l'assistenza sanitaria agli anziani, problema questo da non trascurare allorquando si parla di scompenso cardiaco. Ed allora come assistere a domicilio un paziente con scompenso cardiaco, magari solo o convivente con altro anziano di certo non idoneo ad un'assistenza sanitaria attiva, pur se temporanea? Problematica che può intervenire per qualsiasi patologia acuta che necessiti anche per pochi giorni di controlli più ravvicinati, somministrazioni più intense di farmaci. Dove non ci sono strutture adeguate, centri di assistenza diurna o notturna, RSA, ospedali di comunità, come ci si comporta? Ritorniamo alla necessità sociale di un ricovero standard che potrebbe essere evitato?

Una soluzione potrebbe essere quella di favorire da parte della Regione di un programma sociale basato sull'adottabilità da parte di una famiglia, di un'associazione, di una cooperativa di un anziano. Progetto che contempli sia un'adottabilità per lungo periodo, anche connesso a motivazioni squisitamente sociali, sia un'adottabilità temporanea, per il periodo acuto ed il periodo di ripresa dell'autonomia da parte dell'anziano solo. Il progetto di adottabilità deve prevedere due opzioni:

- 1) l'anziano non autosufficiente, o l'anziano che temporaneamente perda l'autonomia a causa di una malattia intercorrente, viene ospitato da una famiglia, che si fa carico dell'assistenza per il periodo necessario;*
- 2) parte dei componenti di quel nucleo familiare si trasferiscono presso l'abitazione dell'anziano non autosufficiente per il periodo necessario.*

Identica opzione per una badante, per una cooperativa, o per un'associazione di volontariato che voglia farsi carico di tali problematiche. Se vogliamo assistere in modo corretto a domicilio i nostri pazienti non possiamo ignorare problematiche siffatte. Altra opzione, non alternativa, ma integrativa al provvedimento di adozione dell'anziano con perdita di autonomia per malattia, quella di creare centri polivalenti: quando possibile, nei piccoli centri, prevedere uno stabile che a piano terra ospiti i medici di famiglia presenti in quel contesto e i medici di continuità assistenziali, in modo da garantire una presenza medica 24 h su 24 h. Prevedere all'interno del centro polivalente, strutturato essenzialmente come centro diurno (in altre realtà o laddove l'economia lo permetta anche notturno), oltre un controllo in senso lato dell'anziano, anche un'assistenza sanitaria di breve periodo. Creare all'interno alcune camere di degenza, finalizzate ad un'assistenza intensiva sociale e sanitaria, per quegli anziani, che in seguito ad una malattia contingente (es. bronchite cronica riacutizzata, broncopneumite, perdita di scompenso cardiocircolatorio), perdano la loro autonomia temporaneamente, in quanto allettati e richiedano per un breve periodo di un'assistenza intensiva:

- a) assistenza sociale, che provveda alla cura del corpo, all'alimentazione, all'approvvigionamento dei viveri, al ritiro ed alla somministrazione dei farmaci, ecc.;*
- b) assistenza sanitaria, laddove siano richieste prestazioni infermieristiche e/o riabilitative;*
- c) l'assistenza medica garantita dal proprio medico di fiducia.*

Per l'assistenza sociale dovrebbe intervenire il comune sia in forma diretta, sia tramite cooperative o associazioni di volontariato, sia tramite strutture pubblico-private.

Per la parte sanitaria dovrebbe intervenire il distretto attivando l'ADI. All'interno della struttura polivalente creare un centro di riferimento permanente per le problematiche dell'anziano, magari in forma comprensoriale, al fine da ottimizzare organizzazione, risorse ed interventi finalizzato a:

- 1) creazione di un centro di ascolto permanente, in collaborazione con le associazioni di volontariato;*
- 2) creazione di un centro di assistenza sociale (locale e/o comprensoriale);*
- 3) creazione di un'unità mobile di intervento sociale, che valuti le segnalazioni del centro di ascolto (formata da polizia municipale, assistente sociale, associazioni di volontariato);*
- 4) con l'ausilio, anche in forma di convenzione, di cooperative e/o associazioni, formare un nucleo di unità di intervento per i bisogni dell'anziano che temporaneamente perda l'autonomia (cura della persona, dell'ambiente, risoluzione di problemi pratici, quali spesa, bollette, ritiro dei farmaci e somministrazione degli stessi); nucleo che collabori anche con le ASL, nella gestione dei pazienti in ADI;*
- 5) durante il periodo estivo, per gli anziani soli, attivare il servizio di ADP (Assistenza Domiciliare Programmata), in modo da determinare il controllo settimanale delle condizioni cliniche dell'anziano;*
- 5a) attivare sistemi di informazione sia cartacea che tramite incontri per quartieri per presentare iniziative, illustrare propo-*

ste, dare e sollecitare suggerimenti;

- 6) creare all'interno di questa struttura un centro di ascolto e di assistenza sanitaria per gli immigrati che operano nei vari paesi (badanti, lavoratori nella zootecnia o in agricoltura, ecc.).

Sviluppare sinergie con il mondo della scuola, soprattutto con gli istituti che operano nel preparare personale qualificato che opererà nel sociale; sinergie che possano determinare utili scambi (scuola ↔ istituzioni, scuola ↔ associazioni), ed anche eventuali opportunità congiunte nel mondo del lavoro (cooperative, società miste pubblico-private). Valutare gli



indirizzi più consoni per quella determinata realtà, anche in relazione ad eventuali sbocchi occupazionali; inserire all'interno dell'insegnamento anche medici di medicina generale, specialisti (in primis geriatri, neurologi, cardiologi, altri specialisti e medici del territorio), in modo da integrare l'insegnamento con i fondamentali delle patologie anche in relazione ai bisogni che queste possano determinare; prevedere anche una parte pratica, sia all'interno di case per anziani, sia presso abitazioni private. Un progetto siffatto implica ovviamente la disponibilità di risorse finanziarie.

Nella valutazione del piano economico, importante una valutazione che quantifichi le risorse necessarie, anche in relazione al risparmio che un'assistenza così strutturale libererebbe dalla spesa sanitaria ospedaliera. Importante altresì mantenere sistemi sanitari nazionali, omogenei su tutto il territorio nazionale per ora, e tendere a creare un'omogeneità a livello europeo. Problematiche così grandi, con così grandi numeri, che investono gran parte della popolazione, soprattutto quella più avanti in età, non può che essere affrontata da uno Stato che si preoccupi di garantire ad ogni cittadino pari opportunità, per lo meno nel campo della salute.

È possibile coniugare razionalizzazione di risorse, razionalizzazioni di strutture, di apparecchiature ad altissima tecnologia, con un'equità in campo sanitario, che permetta ad ogni essere di avere pari opportunità nella malattia. Un confronto aperto tra realtà urbane e decentrate, tra il SUD ed il NORD dell'Europa può portare ad individuare le soluzioni migliori per i cittadini del nostro continente.

Conclusioni

La durata media della vita tende ad allungarsi. I progressi della medicina permettono oggi e permetteranno ancor più in futuro ad un numero notevole di pazienti con patologie anche importanti, in campo cardiovascolare (cardiopatía ischemica, vasculopatie cerebrali), in campo oncologico, di vivere a lungo, raggiungere un'età avanzata. La patologia di base potrà in un certo periodo della vita scompensarsi, magari per un breve periodo. Questo crea vari problemi. Chi deve assisterli? Chi deve farsi carico di questi cittadini più indifesi? Dobbiamo porre dei limiti alle cure in base all'età? Dobbiamo diversificare l'approccio medico, farmacologico, riabilitativo, sociale in relazione all'età anagrafica ed alle disponibilità finanziarie dello Stato in tema di sanità? Dobbiamo prevedere protocolli differenziati nelle patologie non solo in relazione alla patologia stessa (infarto acuto del miocardio, cardiopatía ipertensiva, cardiopatía aritmogena), ma contestualmente con una valutazione legata all'età e quindi all'aspettativa di vita? Posto così il problema rischia di sembrare brutale, per alcuni versi è un problema.

Si discute anche in ambito squisitamente medico sull'opportunità di alcune opzioni particolarmente costose in relazione all'aspettativa di vita. Occorre coniugare progressi, vita media e risorse. Come, in quali ambiti? Un dato dovrebbe essere condiviso ed accettato da tutti: che una qualsiasi valutazione deve essere a prescindere dal reddito e da altre variabili individuali. Non si può accettare la variabile denaro quale discriminante per un approccio terapeutico in una società che voglia dirsi civile. Occorre quindi preoccuparsi della "globalizzazione" della malattia, della sofferenza, della perdita di autonomia.

Occorre programmare soluzioni idonee, che partano dall'uguaglianza di ogni cittadino per lo meno nella tutela della salute. Pura illusione, aspettative destinate a restare tali? Per essere realizzato un sogno ha bisogno di essere immaginato.

Non arrendiamoci a priori. Importante una task force europea che valuti il problema ed ipotizzi soluzioni, soluzioni non rigide ma che possano adattarsi alle varie realtà, garantendo comunque in ogni circostanza identici standard di cure in ogni paese. Possiamo dare una risposta positiva, lavoriamo insieme per non farci trovare impreparati.

a cura di FRANCESCO BOVENZI



È più facile scrivere una ricetta che parlare con un sofferente, è più difficile visitare una persona che interpretare un sintomo.

LIBERAMENTE TRATTO DA F. KAFKA

Sessanta anni dopo la bomba di Bruno Milone

Il 6 e il 9 agosto di 60 anni fa, due bombe atomiche colpirono Hiroshima e Nagasaki, causando direttamente e indirettamente più di 300mila morti. Le vittime furono prevalentemente gente comune, non avendo nessuna delle due città obiettivi militari. Non fu un atto di guerra. Lo scopo era politico: uccidere un numero di civili sufficienti per scuotere il governo giapponese e costringerlo alla resa. Il presidente degli USA, Harry S. Truman, infatti, affermò che grazie alla bomba atomica non era stata necessaria l'invasione del Giappone, e così erano state risparmiate decine di migliaia di vite americane. Da allora, l'obiettivo di evitare guerre più sanguinose è stata la giustificazione del mantenimento della potenza nucleare.

Tranne alcuni militari, fra cui il generale Dwight D. Eisenhower, e il gruppo dei fisici legato ad Albert Einstein, nessuno si oppose all'uso dell'atomica. Anche gli scienziati che avevano contribuito a fabbricarla volevano sperimentarla, sia per

verificare la giustezza delle loro teorie, sia per dimostrare che non erano state inutili le enormi somme di denaro, più di 2miliardi di dollari, loro affidate per il progetto.

Rimane il dubbio se si possano vincere le guerre sterminando donne e bambini. Oppure, se la difesa della "neutralità della ricerca scientifica", possa prescindere dalle problematiche morali legate ai suoi usi.

Le due bombe atomiche su Hiroshima e Nagasaki hanno aperto l'era dello sterminio come misura preventiva contro le escalation militari e la emarginazione ulteriore dell'etica dal concreto esercizio delle diverse sfere dell'attività umana: l'economia, la politica e la scienza.



È più facile modificare la composizione del plutonio che le cattive inclinazioni dell'individuo. A spaventarci non è la potenza d'esplosione di una bomba atomica, ma la potenza della malvagità del cuore umano.

ALBERT EINSTEIN

