



Cardiologia



negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OCTOBRE 2009 N°170 - 171

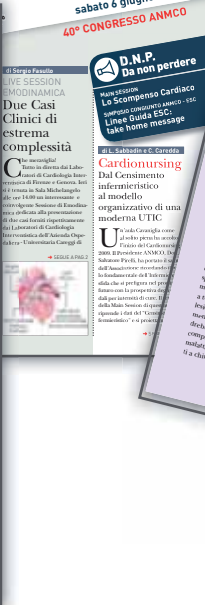
Sped. in abb. post. - art. 2, comma 20, lett. a) Legge 662/96 - FIJALE DI FIRENZE - in caso di mancato recapito inviare all'ufficio di competenza C.M.P. detentore del contratto di distribuzione al mittente per scongiurare la perdita della rivista - Contiene Insero Redazionale

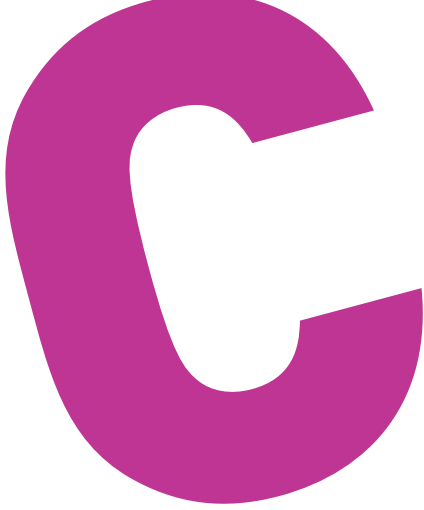
AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENECA • BRISTOL - MYERS SQUIBB • BOEHRINGER INGELHEIM • PFIZER ITALIA • SANOFI - AVENTIS • SERVIER ITALIA

C.N.I.D. 11

Congress News Daily

Supplemento di Cardiologia negli Ospedali





In copertina opera del
Movimento Artistico Pratico Materiale,
PA Buy 051 Heartmarket,
2009



N. 170/171 - lugl./ago. - sett. / ott. 2009
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Mario Chiatto

Co - Editor
Domenico Gabrielli

Comitato di Redazione
Francesco Maria Bovenzi,
Pasquale Caldarola,
Massimo Ugucconi

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

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

Direttore Responsabile
Gennaro Santoro

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

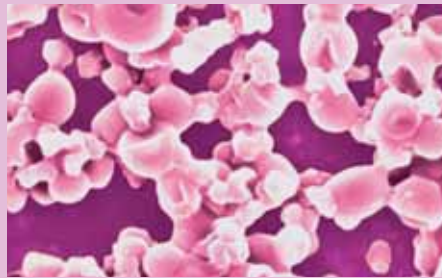
Stampa
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto Grafico e Impaginazione
Studio V. Mirannalti



DAL PRESIDENTE 5
Bilancio di un anno di attività
di *Salvatore Pirelli*

HCF RISPONDE 8
Avviata la nuova strategia di ricerca
GISSI - OUTLIERS
di *A. Di Lenarda, E. Ammirati, M. Calcagnino, B. Merlanti, M. Magnoni, M. Senni*



DAL CONSIGLIO DIRETTIVO 12
Blitz 4 Qualità
di *Zoran Olivari*

Dolore toracico. Gestione
intraospedaliera 13

DALLA FIC 14
In partenza i nuovi Registri della ESC
di *Giuseppe Di Pasquale*

REPORTAGE DEL 40° CONGRESSO ANMCO 16
Il CND 2009
di *Mario Chiatto*

L'Elettrocardiogramma: amico fedele
del Cardiologo 17
di *L. Misuraca e M. Chiatto*

Diagnostica nelle protesi valvolari 19
di *D. Gabrielli, G. Bellieni, D. Brogi, P. Caldarola*

Le Cardiopatie Congenite 21
di *A. Chinaglia e R. Pecoraro*

Come migliorare l'aderenza dopo
una SCA 22
di *S. Urbinati, M. Sommaruga, P. Di Giulio*

Cardiologia Clinica 24
di *Rosa Pecoraro*

Convention delle UTIC 2009 28
di *Matteo Cassin*

DALLE AREE

AREA ARITMIE 36
Novità on - line per l'Area Aritmie
di *C. Pedrinazzi, G. Zingarini, M. Zoni Berisso*

AREA CHIRURGICA 38
"Quarant'anni col cuore in mano"
di *Claudio Grossi*

AREA EMERGENZA - URGENZA 39
I prossimi eventi formativi dell'Area
Emergenza - Urgenza
di *Maddalena Lettino*

AREA INFORMATICA 41
La rivoluzione di Obama
di *Guido Giordano*

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE 43
"Houston, we have a problem"
di *Andrea Rubboli*



La "Redazione" del Congress News Daily 2009

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ 45

Un altro importante passo in avanti del Progetto ANMCO Certificazione Cardiologie

di P. Caldarola, E. Pasini, O. Pitocchi

AREA NURSING 48

Quali novità sulla pagina WEB dell'Area Nursing?

di G. Satullo, E. Bottari, D. Bernardo, L. Sabbadin, V. Martinelli

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE 51

Il Ruolo del Consulente nel Reparto di Cardiologia. Un programma formativo dell'Area Prevenzione Cardiovascolare per il 2009

di P. Faggiano e S. Urbinati

AREA SCOMPENSO CARDIACO 54

Abbiamo un sogno: diffondere la cultura dell'Ecocardiografia nello Scompenso Cardiaco

di P. L. Temporelli e M. Senni

DALLE REGIONI

BASILICATA 57

isola della prevenzione



Prevenzione primaria cardiovascolare: esperienza sul campo

di F. P. Calciano e A. Cardinale

CALABRIA 61

Onda su onda: torniamo a scuola di Elettrocardiografia

di Francesco De Rosa

FRIULI VENEZIA GIULIA 63

Ipertensione Arteriosa Polmonare

di Roberto Gortan

LAZIO 65

Il Rischio Emorragico nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta: una nuova frontiera per la sicurezza delle cure

di F. Colivicchi, R. Patrizi, R. Mezzanotte

MARCHE 67

L'offerta formativa ANMCO in tema di Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare nella Regione Marche

di Mauro Persico

PUGLIA 70

Corso di BLS - D ANMCO/AHA in Puglia

di Vincenzo Lopriore

SICILIA 72

Metodologia clinica: dal Caso Clinico alle Linee Guida

di A. Ajello e G. Palazzo

UMBRIA 74

La Cardiologia che ci unisce

di M. Sardone, A. Murrone, G. Alunni

CUORI ALLO SPECCHIO 76

Pasquale Caldarola intervista Tommaso Fiore

FORUM 79

Riflessioni sul Testamento biologico

di Bruno Milone

Gli italiani sempre più desiderosi di informazioni su salute e farmaci 82

di Sabino Scardi

IL PARERE LEGALE 83

Il contenzioso medico - legale: "una malattia sociale"

di Ornella Mafri



L'ANGOLO DELLE IMMAGINI 85



L'ospite prezioso

di Roberto Valle

NECROLOGIO 88

Pier Filippo Fazzini ci ha lasciati

di Giovanni Maria Santoro

RINNOVA LA QUOTA ASSOCIATIVA!



RID

a cuor leggero



AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

Dal 2009 puoi pagare la quota associativa ANMCO con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario. In questo modo sarai sicuro di provvedere ogni anno al rinnovo della tua quota, evitando perdite di tempo.

Bilancio di un anno di attività

Cari Amici, l'ANMCO è una realtà complessa e articolata che è cresciuta splendidamente negli anni e necessita di un'attenzione costante che consenta di armonizzare le sue varie componenti in modo da permettere ai singoli Associati di esprimere tutte le loro potenzialità. Guidare l'Associazione oggi è un compito difficile che richiede amore, determinazione, flessibilità, fermezza, umiltà, costanza, ma è certamente una sfida stimolante e una esperienza che merita di essere vissuta. Dopo un anno di attività è il momento di qualche riflessione su quanto abbiamo fatto e sul "molto" ancora da fare.

I segreti del successo

La forza dei numeri: l'ANMCO forte di oltre 5.000 iscritti è una Associazione di professionisti che non ha eguali, almeno sul piano numerico, in Italia e anche in Europa. La diffusione capillare dei Soci su tutto il territorio nazionale, consente di attivare, una rete di "ricercatori" appassionati ed affidabili in grado di arruolare e seguire, quando occorre, alcune migliaia di pazienti con risultati apprezzati in tutto il mondo.

La lunga tradizione: la mission dell'Associazione, disegnata oltre 40 anni fa, è ancora viva e attuale come è dimostrato dagli apprezzamenti dei vertici istituzionali alle nostre proposte sulla funzione e organizzazione della Cardiologia in un'epoca in cui mantenere al centro dell'attenzione il paziente ed in primo piano la clinica è una esigenza imprescindibile.

La apertura a collaborare: in ogni momento ed in ogni situazione la nostra volontà di "collaborare senza riserve"

è emersa con chiarezza fin dai tempi in cui è iniziata la fruttuosa collaborazione con l'Istituto Mario Negri che ha consentito alla Cardiologia italiana di primeggiare nel mondo.

E ancora la immediatezza dei rapporti umani, la possibilità per tutti di discutere e proporre, il piacere di diventare amici, i risultati concreti raggiunti insieme sono i segreti del successo della nostra Associazione che peraltro va costantemente adeguata alle nuove esigenze che emergono quasi giornalmente.

Le criticità

L'aumento dell'età media dei Cardiologi: il 70% dei nostri associati ha età compresa tra 50 e 70 anni, e le scuole universitarie non sembrano in condizione di adeguare l'offerta ai bisogni. La riduzione indiscriminata degli organici: avviene a scapito dei cittadini malati e in nome di una riduzione della spesa corrente che peraltro continua a crescere in modo anomalo e incontrollabile.

I rischi medico legali del nostro agire quotidiano: si traducono inevitabilmente in un atteggiamento difensivo che ancora una volta si ripercuote sul cittadino malato.

Le ipotesi di riorganizzazione: vengono portate avanti quasi sempre senza interpellare quelli che dovrebbero essere i protagonisti del cambiamento, laddove i nuovi modelli proposti dovrebbero configurarsi come una sorta di sperimentazione che favorisca una discussione ampia e articolata sui rischi e i benefici delle nuove ipotesi. I rapporti con le altre Società cardiologiche: negli ultimi tempi certe "prese di posizione" hanno suscitato profonda amarezza in noi tutti a par-



di Salvatore Pirelli

tire dal Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, cui peraltro va il nostro sostegno più convinto e incondizionato per quanto ha fatto e sta facendo nel corso del suo mandato. Individuare e sottolineare le criticità non significa non dare atto agli associati del loro impegno quotidiano, non ribadire che i risultati ottenuti sono il frutto del lavoro e della passione di tutti, non essere fieri ed orgogliosi di appartenere ad una Associazione che ha ancora molto da dire nel campo della ricerca, della formazione, della gestione oculata delle risorse.

I Soci

Abbiamo aggiornato e ridisegnato il Sito Web ANMCO che è diventato uno strumento di comunicazione efficace e di facile utilizzo come è dimostrato dal numero crescente di contatti che continuiamo a registrare con soddisfazione. La evoluzione successiva ci consentirà di avviare il progetto di formazione a distanza che, in cantiere da diverso tempo, può finalmente decollare con ovvie ripercussioni positive sugli associati. Il Magazine "Cardiologia negli Ospedali" è stato rivisto e migliorato anche dal punto di vista grafico ed è diventato un veicolo apprezzato per far sentire la voce degli iscritti. Da aprile il rinnovo della quota associativa è possibile tramite l'addebito automatico sul conto corrente bancario. Per cercare di tutelare i Cardiologi in ambito di responsabilità civile, stiamo valutando una proposta innovativa che potrebbe consentirci di monitorare e gestire i rischi, avere a disposizione strumenti di formazione e informazione, arrivare ad una convenzione assicurativa spe-

cifica con un sistema di difesa legale e medico - legale dedicato. Nell'ottica di coinvolgere i giovani, obbiettivo sempre auspicato ma di fatto mai realizzato, abbiamo avviato iniziative concrete: un evento formativo che è stato realizzato a Ferrara a cura della Regione Emilia Romagna e che è stata una occasione per crescere davvero insieme e confrontarsi sul futuro della cardiologia; il conferimento di 5 Borse di studio a giovani desiderosi di dedicarsi alla ricerca che in questo modo sono stati chiamati ad essere protagonisti di una serie di progetti già avviati e presentati al 40 Congresso ANMCO; la iscrizione gratuita a giovani Cardiologi di età inferiore a 30 anni e ridotta per quelli con meno di 40 anni.

Le Regioni

In un contesto certamente non facile, nel pieno della più grave crisi economica degli ultimi anni, abbiamo stretto un forte legame con i Presidenti e i Consigli Direttivi Regionali per promuovere le loro progettualità, individuare le criticità e cercare insieme le soluzioni adeguate. La risposta è stata come sempre ampia ed articolata nella linea dei bisogni che sono andati emergendo nelle singole realtà regionali. In Puglia e Calabria è stato completato con successo il progetto di Certificazione di Qualità che era stato avviato e portato a termine brillantemente in 10 U.O. della Regione Toscana. In Puglia grazie alla collaborazione stretta tra l'ANMCO regionale e l'Assessorato Regionale alla Sanità ha preso l'avvio un progetto di implementazione del Ritardo Evitabile con ovvie conseguenze positive sulla gestione dei pazienti con SCA a dimostrazione della sensibilità delle

istituzioni nei confronti di problematiche di grande impatto sulla salute pubblica.

Le Aree

Abbiamo nominato i nuovi Chairmen delle Aree che, istituite da molti anni per una felice intuizione del Professor Luigi Tavazzi, sono il braccio culturale e scientifico della Associazione, rappresentano il motore della ricerca, costituiscono l'asse portante del Comitato Scientifico ANMCO. In questo ambito Andrea Di Lenarda ha delineato la nuova mission del Comitato Scientifico: la sfida da vincere è associare alla tradizionale ricerca dell'ANMCO caratterizzata da Trial Clinici, Registri, Survey, una ricerca focalizzata su quadri clinici che si discostano dalla media della popolazione che possono essere uno strumento straordinariamente utile per comprendere meccanismi fisiopatologici ed efficacia della terapia nel singolo paziente.

La Formazione

Insieme ai Soci, ai Presidenti e ai Consigli Direttivi Regionali, ai Chairmen delle Aree, al Comitato Scientifico abbiamo messo a punto il programma scientifico del Congresso che è stato apprezzato dalla maggioranza dei Soci. In ogni caso al di là del ricco e articolato programma scientifico, il Congresso è stato una occasione per ritrovarci insieme in un clima di amicizia e di partecipazione per rinnovare un impegno associativo che certamente necessita di essere rinforzato. Abbiamo approntato un Piano Annuale Formativo che prevede un gran numero di iniziative locali, il completamento di alcune Campagne Educazionali già avviate, e il Blitz 4

*La Bilancia, Palazzo della Ragione,
Padova, XVII sec. circa*

per la gestione delle SCA nella fase intra e postospedaliera. Si tratta di un ambizioso progetto formativo che ha l'obiettivo di incrementare i livelli di adesione alle Linee Guida per ridurre morbilità e mortalità di questi pazienti, cui hanno aderito circa 200 UTIC dislocate in tutto il Paese. La Ricerca Sin dagli anni '80 la Cardiologia italiana si è imposta alla attenzione della comunità scientifica internazionale perché in grado di effettuare studi multicentrici con protocolli semplici ed efficaci che hanno coinvolto centinaia di ricercatori e migliaia di pazienti. Gli ultimi successi di questa attività, splendidamente guidata da Aldo Pietro Maggioni, sono la presentazione e la pubblicazione dei risultati degli Studi GISSI HF e GISSI AF, e dello studio CARDIO - SIS sugli effetti cardiovascolari del controllo della Pressione Arteriosa Sistolica, pubblicato in questi giorni su Lancet. La curiosità di guardare avanti, la collaborazione consolidata ed efficace con l'Istituto Mario Negri, la possibilità di attivare una collaudata ed efficiente rete di ricercatori, sono una garanzia per andare avanti su una strada che ha portato l'ANMCO ad essere additata come esempio da seguire: "una partecipazione attiva si è dimostrata più efficace di qualsiasi lezione teorica, con gli Studi GISSI si è realizzato un effetto a cascata che ha contribuito alla diffusione di risultati che non sono rimasti circoscritti all'Italia, i Cardiologi italiani hanno modificato le strategie terapeutiche dell'infarto e da loro tutti potremmo imparare". La Fondazione "per il Tuo cuore" Con la Fondazione, splendidamente diretta da Attilio Maseri, abbiamo



realizzato il sogno del riconoscimento, ai massimi livelli istituzionali, del lavoro, della attività, della partecipazione di tutti i Cardiologi italiani ad un progetto partito oltre 40 anni fa e incentrato prioritariamente sulla cura dei pazienti. Le parole del Presidente della Repubblica: "...siamo dinnanzi a risultati che fanno onore all'Italia e bisogna dirlo forte perché è ancora troppo presente la tendenza a non mettere in luce il molto di eccellente che presentano la Ricerca italiana e la Sanità, in particolare la Sanità ospedaliera" ci confortano, ci gratificano, ci spingono a continuare a lavorare con l'entusiasmo e la passione di sempre. E ancora il Suo monito di "...sollecitare sinergie per potere mettere a frutto le energie di cui è ricca la società italiana e di cui ha più che mai bisogno l'Italia" ci obbliga a cercare con la massima determinazione di superare ogni forma di possibile contrasto con le altre Associazioni cardiologiche che inevitabilmente porterebbe ad una frammentazione che non potrebbe essere compresa.

La Federazione Italiana di Cardiologia Con la Federazione Italiana di Cardiologia abbiamo collaborato in modo sincero e leale attenendoci ai dettami

dello Statuto vigente, che peraltro potrà essere riscritto e migliorato alla luce delle nuove esigenze che si fanno avanti. L'ipotesi di lavorare su progetti specifici si è dimostrata particolarmente efficace e abbiamo realizzato il Documento di consenso sulla Gestione delle SCA non sopra ST, il Documento Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia particolarmente apprezzato ai massimi livelli istituzionali e una serie di Documenti congiunti con SIC che sono stati presentati in una Sessione Plenaria del 40° Congresso ANMCO. Il nostro orientamento è quello di continuare su questa strada di collaborazione che ha dato risultati importanti come la elezione del Professor Roberto Ferrari alla Presidenza della Società Europea di Cardiologia e l'attribuzione dell'Impact Factor al Journal of Cardiovascular Medicine, cercando di smussare gli angoli e ripartire con rinnovato vigore sulla strada dell'unificazione più completa. Qualcosa abbiamo fatto, molto abbiamo ancora da fare con l'aiuto e la partecipazione di tutti voi.

Avviata la nuova strategia di ricerca GISSI - OUTLIERS

di A. Di Lenarda, E. Ammirati, M. Calcagnino, B. Merlanti, M. Magnoni, M. Senni

Entra nella fase attuativa il progetto Gissi Outliers con la stesura dei primi protocolli su cui i giovani Ricercatori potranno cominciare a lavorare con il supporto di Tutor esperti. Sono progetti stimolanti e formativi, che sottolineano l'importanza dell'osservazione clinica e della investigazione alla Sherlock Holmes per scoprire i Casi che non si comportano come ci si aspetta, ed attraverso questi avere informazioni uniche per capire i meccanismi biologici sottostanti mediante l'applicazione della ricerca di base a queste casistiche selezionate. Veniamo allo stato di avanzamento dei cinque progetti, i cui protocolli sono già in fase di elaborazione per essere sottoposti al Comitato Strategico per la Ricerca Clinica Innovativa (Prof. Andrea Balabio, Prof. Eugene Braunwald, Prof. Richard Conti, Dott. Andrea Di Lenarda, Dott. Aldo Maggioni, Prof. Marc Pfeffer, Dott. Salvatore Pirelli, Prof. Peter Schwartz, Prof. Luigi Tavazzi, Dott. Gianni Tognoni, Prof.ssa Renu Virmani, Prof. Magdi Yacoub).

Fattori di rischio e aterosclerosi coronarica

La valutazione integrata dei fattori di rischio convenzionali, benché utile per la valutazione del rischio e l'attuazione di strategie di prevenzione, presenta delle limitazioni di accuratezza di predizione nel singolo paziente come dimostra l'esistenza di un numero non trascurabile di pazienti ai due estremi della popolazione generale. Questi limiti sono evidenti anche tra i fattori di rischio ed il processo di aterosclerosi coronarica, substrato anatomico per la maggior parte delle sindromi ischemiche, come emerge

da studi post - mortem ed in vivo con differenti metodiche diagnostiche. Nell'ambito del presente studio gli "outliers" sono rappresentati ad un estremo da soggetti con coronarie indenni da aterosclerosi e molteplici fattori di rischio ed all'opposto da soggetti con aterosclerosi coronarica diffusa e basso profilo di rischio che dovranno essere seguiti in un "Framingham Study" clinico fino all'exitus. È evidente che esistono fattori di protezione e suscettibilità individuale all'aterosclerosi coronarica in gran parte ancora sconosciuti e che colmare questo gap di conoscenze potrebbe permettere di identificare nuovi target di trattamento. Il disegno dello studio è prospettico con una fase trasversale di confronto tra le popolazioni e una fase longitudinale di follow - up. È previsto il confronto con 2 gruppi di controllo costituiti da soggetti paradigmatici con aterosclerosi diffusa e molteplici fattori di rischio e soggetti con coronarie indenni e basso profilo di rischio. Saranno raccolti su database dedicato i dati di una popolazione di soggetti di età compresa tra i 50 e i 70 anni, di entrambi i sessi che, in assenza di precedenti manifestazioni clinico strumentali di cardiopatia ischemica, vengono sottoposti a studio delle arterie coronarie mediante TC 64 - slice per sospetta coronaropatia secondo gli attuali criteri di appropriatezza. Verranno raccolte microliquote di siero, plasma e sangue intero che andranno a costituire una banca biologica dedicata per analisi di marcatori tradizionali ed emergenti riguardante il profilo lipidico, metabolico, coagulativo, immunologico, infiammatorio e genetico. Al momen-

to è in fase di conclusione la revisione della letteratura e la stesura definitiva del protocollo. Una prima analisi retrospettiva su database istituzionali del Centro Cardiologico Monzino di Milano e della Fondazione Cardiocentro Ticino di Lugano (CH) ha dimostrato su un totale di 760 pazienti sottoposti a TAC coronarica per sospetta coronaropatia e risultati indenni da aterosclerosi coronarica, il gruppo outlier che presentava tre o più fattori di rischio tradizionali rappresenta il 14% circa della popolazione.

Coronary Instability

Dal Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) che ha valutato la storia naturale di oltre 46.000 pazienti arruolati con Sindrome Coronarica Acuta (SCA), la percentuale di reinfarti avvenuti tra la dimissione dal primo ricovero e 6 mesi è pari a circa 1%. In linea con questo valore dallo studio internazionale First Acute Myocardial Infarction (FAMI) che ha arruolato solo pazienti con infarto miocardico STEMI, senza precedente storia cardiologica, emerge che lo 0,6% dei pazienti ha un reinfarto non fatale entro 6 mesi dal primo evento. Includendo anche i pazienti con infarti fatali (che però risultano di più difficile documentazione) e prolungando a 1 anno il tempo dal primo evento coronarico si dovrebbe avere un tasso di reinfarti compreso tra il 2 e il 3%. I casi ideali sono quelli con recidive multiple, nonostante terapia ottimale (anche se pochi!). Il ristretto gruppo di pazienti che vanno incontro a un reinfarto entro un anno dal primo evento possono essere ben definiti degli outliers e rappresentare quindi dei casi paradigmatici di instabilità

coronarica, di difficile gestione per il Medico Cardiologo. La maggior parte di questi soggetti vanno incontro ad un nuovo episodio atero - trombotico nonostante la terapia intrapresa. Dalla raccolta di dati su questi pazienti e dal loro confronto con soggetti che dopo il primo infarto si mantengono stabili ci aspettiamo di identificare informazioni aggiuntive sui meccanismi fisiopatologici che conducono all'evento atero - trombotico. Sebbene la trombosi intrastent è una delle possibili cause di precoci reinfarti la maggior parte dei reinfarti avviene per un nuovo evento - atero - trombotico su un altro segmento coronarico nativo. Per questo motivo in questi soggetti, verrà valutata anche la propensione ad una aterogenesi coronarica accelerata, confrontando diverse angiografie eseguite al momento delle due SCA. Infatti ben il 6% dei soggetti con una lesione non colpevole, emodinamicamente non critica, progredisce verso una lesione che dà una manifestazione clinica entro un anno dalla prima SCA. In un sottogruppo di pazienti con instabilità coronarica potranno essere utilizzate metodiche di valutazione Optical Coherence Tomography (OCT), per identificare possibili predittori coronarici locali di recidiva (ad esempio presenza di apposizione trombotica a livello di stenosi residue non emodinamicamente significative) in associazione a biomarcatori sistemici, in particolare valutando lo stato di attivazione della componente piastrinica e leucocitaria. Lo studio di questi pazienti, ad alto carico di informazione, sarà reso possibile solo dalla collaborazione attiva di una rete di Centri ad alto volume di attività e

particolare attenzione alla raccolta dei singoli Casi limite.

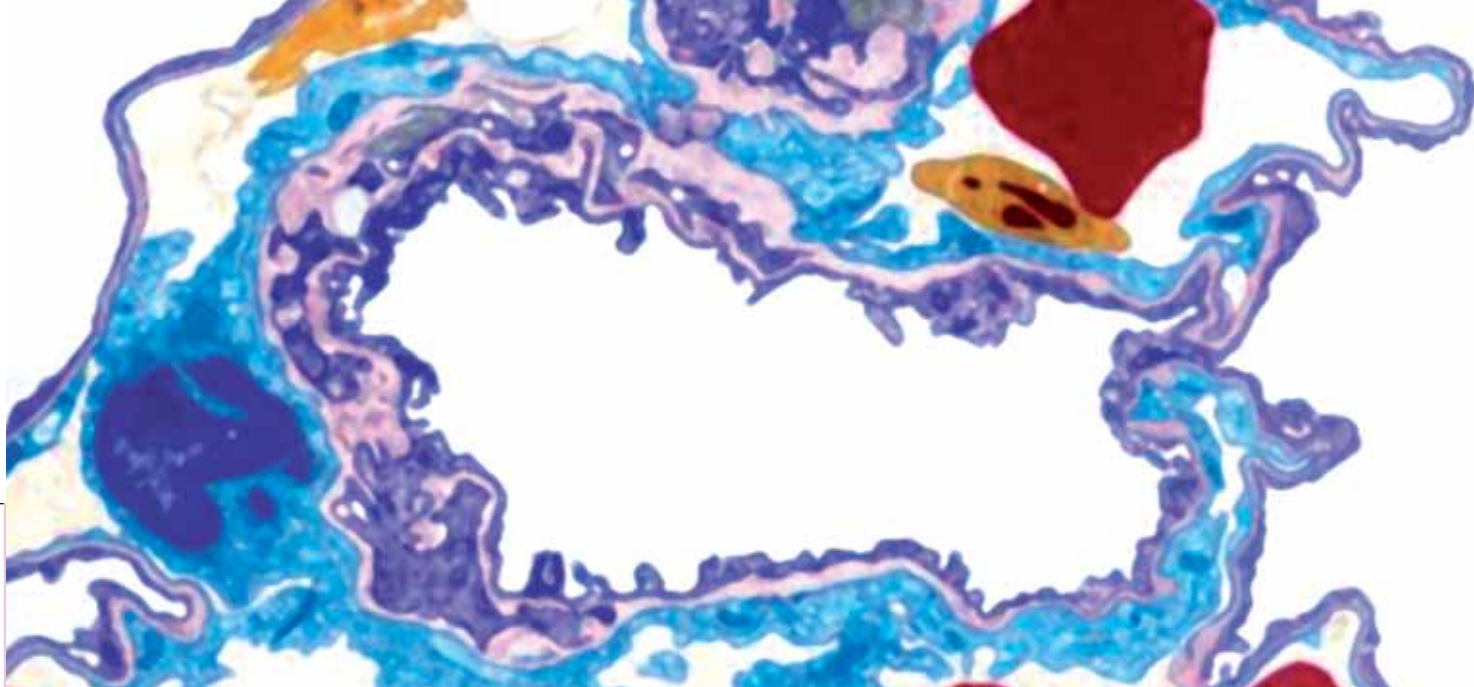
Pazienti con severa disfunzione ventricolare sinistra post - infartuale

L'osservazione clinica dei pazienti colpiti da Infarto Miocardico STEMI, complicato da severa disfunzione ventricolare sinistra post - infartuale, rivela che la storia naturale di tale tipologia di pazienti è altamente variabile da caso a caso, nonostante venga applicato lo stesso trattamento in accordo con le Linee Guida. Ad un estremo dello spettro troviamo i pazienti più complicati, con progressivo deterioramento della funzione ventricolare sinistra e ripetute ospedalizzazioni per Scopenso Cardiaco. All'estremo opposto ci sono pazienti che, pur presentando una frazione di eiezione ridotta, mantengono per lungo tempo una buona classe funzionale, senza segni di Scopenso Cardiaco, ed in qualche caso possono addirittura migliorare la funzione ventricolare sinistra. Per cercare di comprendere i motivi di questo comportamento così diverso cercheremo di individuare due gruppi omogenei, che da una parte rispecchiano il comportamento atteso, dall'altra deviano da esso, per identificare le caratteristiche distintive potenzialmente responsabili del fenomeno. Il protocollo di studio prevede due parti: un braccio retrospettivo nel quale verranno arruolati pazienti precedentemente inclusi nel registri IN - ACS, senza storia precedente cardiovascolare, dimessi vivi dopo un primo infarto miocardico STEMI complicato da disfunzione ventricolare sinistra. Il secondo braccio prevede

invece l'arruolamento prospettico, nei centri che saranno interessati a partecipare, di tutti i pazienti ammessi per STEMI complicato da disfunzione ventricolare sinistra. Su entrambi i gruppi verrà effettuato un follow - up clinico, bioumorale e strumentale fino all'exitus o al trapianto cardiaco. Il protocollo è attualmente in corso di stesura.

Determinanti di risposta eccezionale e di sopravvivenza a lungo termine nello Scopenso Cardiaco Idiopatico

La mortalità della cardiomiopatia dilatativa idiopatica (CMPD) in terapia ottimizzata è del 30 - 40% a 10 anni. All'interno di questa popolazione eterogenea, meno del 10% dimostra comportamenti "estremi", sia in termini di eccezionale risposta clinica (apparente "guarigione" del processo per normalizzazione della funzione e del rimodellamento del ventricolo sinistro) sia in termini di sopravvivenza a lungo termine (>10 anni) malgrado una persistente disfunzione miocardica. Ugualmente meno del 10% dei pazienti con CMPD sottoposti a CRT dimostra una normalizzazione dei parametri ecocardiografici nel follow - up. Non esistono dati consistenti in letteratura di correlazione tra queste evoluzioni cliniche, i meccanismi fisiopatologici alla base di questi quadri ed i possibili predittori, di una evoluzione favorevole. La popolazione da studiare comprende pazienti con CMPD (FEVS <45%, Diagnosi OMS), escludendo pazienti con miocardite attiva ed altre patologie specifiche miocardiche (diagnosticate con la



biopsia endomiocardica), malattia coronarica o altre condizioni favorevoli (come ipertensione arteriosa e alcool). I pazienti sottoposti a CRT non verrebbero esclusi. Il progetto prevede una prima fase retrospettiva in cui verranno analizzati 2 gruppi di pazienti:

- 1) Pazienti con FEVS < 45% alla diagnosi e normalizzazione di tutti i parametri ecocardiografici a due anni di follow - up.
- 2) Pazienti vivi a 10 anni dalla diagnosi con FEVS < 45% alla diagnosi, un ecocardiogramma intermedio e 10 anni di follow - up.

Tutti i parametri clinici e strumentali, biumorali ed istologici disponibili verranno raccolti in un database dedicato. I prelievi biotipici verrebbero raccolti ed analizzati centralmente ed in cieco. È prevista la selezione di un gruppo controllo confrontabile per età, sesso e FEVS all'esordio.

Progetto bicuspidia aortica

Nell'ambito dei progetti di ricerca Gissi Outliers, quello chirurgico è esso stesso un "outlier" in quanto primo studio che, comportandosi diversamente dalla "media" degli altri studi chirurgici, si avvicina a tematiche e metodiche di indagine non usuali. Con questo progetto, da un lato si vuole identificare all'interno dell'ambito cardiocirurgico un quadro patologico ospitante casi indice che si comportino in maniera differente dal resto della popolazione affetta dalla

stessa patologia. Dall'altro è fondamentale una collaborazione stretta pre e post - chirurgica con i colleghi Cardiologi, sia per identificare ed arruolare anche i soggetti affetti che non hanno immediate indicazioni chirurgiche ma che necessitano di essere monitorati nel tempo, sia per mantenere in follow - up ed aggiornare il database dei pazienti trattati chirurgicamente. Un aspetto fondamentale del setting cardiocirurgico è la possibilità di estendere lo studio del paziente "outlier" all'analisi del frammento chirurgico (citologica, immunoistochimica, espressività genica, ecc), con potenzialità informative molto maggiori rispetto ai normali studi clinici e biumorali. Per questi obiettivi l'attenzione si è concentrata su una patologia che potesse avere ancora campi di ricerca aperti come la bicuspidia aortica, condizione chirurgicamente correggibile, presente in quasi il 2% della popolazione, associata al rischio di alterazioni della valvola e dell'aorta ascendente, inclusa di dissezione aortica. L'interesse di considerare Outliers alcuni dei soggetti che presentano questa anomalia congenita nasce dalla riflessione che, a fronte di una diffusione numericamente significativa, solo in taluni casi la bicuspidia aortica si associa ad altre condizioni che modificano la prognosi e quindi il trattamento (come la dilatazione dell'aorta toracica ascendente e/o la anuloectasia aortica). Al-

cune esperienze di letteratura hanno tentato di correlare la morfologia della valvola bicuspidia ed i suoi rapporti anatomici (ad es. con la posizione degli osti coronarici rispetto ai lembi con la predisposizione all'aneurisma dell'aorta ascendente). Partendo da queste esperienze preliminari, il nostro progetto di studio si propone di identificare tra i pazienti portatori di bicuspidia aortica, in collaborazione con i Colleghi Cardiologi Clinici ed Ecocardiografisti, un gruppo omogeneo che includa anche pazienti senza indicazione immediata alla correzione chirurgica, e che usualmente sfuggono agli studi chirurgici. Proprio l'attenta indagine dei pazienti che, pur presentando macroscopicamente analoghe caratteristiche, hanno progressione di malattia ed outcome differenti, potrebbe evidenziare fattori "protettivi" rispetto al rischio di peggioramento od alla comparsa di patologie associate. Al contrario, studiando il gruppo di pazienti che invece afferiscono alla Chirurgia, dall'analisi dei campioni tissutali intraoperatori, potrebbero essere evidenziati i fattori associati a peggioramento della malattia e della prognosi. Allo stato attuale il protocollo è in fase di stesura e nel contempo si stanno analizzando le problematiche organizzative connesse alla presenza di più centri coinvolti ed alle multiple professionalità coinvolte nella selezione e follow - up dei soggetti.



Consiglio Direttivo ANMCO

biennio 2008 - 2010

PRESIDENTE

SALVATORE PIRELLI

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405333
0372/405111 - 332 - 323
Fax 0372/433787

e-mail: pirelli.s@libero.it

PRESIDENTE DESIGNATO

MARINO SCHERILLO

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia - A.O. G. Rummo
Via dell'Angelo, 1 - 82100 Benevento
Tel. 0824/57679 - 0824/57580
Fax 0824/57679

e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

PAST - PRESIDENT

FRANCESCO CHIARELLA

Direttore di Struttura complessa
U.O. di Cardiologia
Ospedale Santa Corona
Via XXV Aprile, 128
17027 Pietra Ligure (SV)
Tel. 019/6234471
Fax 019/6234483

e-mail: francesco.chiarella@ospedale-santacorona.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Culturali

ZORAN OLIVARI

Direttore di Struttura complessa
Cardiologia Interventistica
Ospedale Ca' Foncello
P.zza Ospedale, 1 - 31100 Treviso
Tel. 0422/322776
Fax 0422/322662

e-mail: zolivari@ulss.tv.it

VICE - PRESIDENTE

Attività Organizzative e Gestionali

MATTEO CASSIN

Dirigente
U.O. di Cardiologia
A. O. S. Maria degli Angeli
Via Montereale, 24
33170 Pordenone
Tel. 0434/399277 - 438
Fax 0434/399197

e-mail: matteo.cassin@aopn.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE

GIUSEPPE PALAZZO

Dirigente
U.O. di Cardiologia
UTIC e Semintensiva
Ospedale Cannizzaro
Via Messina, 821 - 95126 Catania
Tel. 095/7262563
Fax 095/7262588

e-mail: gipalace@yahoo.it

TESORIERE

GIAMPAOLO SCORCU

Dirigente
Struttura complessa di Cardiologia
A.O. G. Brotzu - S. Michele
Piazzale A. Ricchi, 1 - 09134 Cagliari
Tel. 070/539512 - 539515
Fax 070/531400

e-mail: giampaoloscorcu@aob.it

CONSIGLIERI

PASQUALE CALDAROLA

Dirigente
U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale M. Sarcone
Via P. Fiore, 135 - 70038 Terlizzi (BA)
Tel. 080/3608344
Fax 080/3608343

e-mail: pascald@libero.it

MARIO CHIATTO

Dirigente
U.O.C. di Cardiologia
Presidio Ospedaliero Mariano Santo
Contrada Muoio Piccolo
87100 Cosenza
Tel. 0984/681763
Fax 0984/681720

e-mail: compama@libero.it

ALESSANDRA CHINAGLIA

Dirigente
U.O. di Cardiologia
Ospedale Maria Vittoria
Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino
Tel. 011/4393315
Fax 011/4393465

e-mail: chinaglia@fastwebnet.it

DOMENICO GABRIELLI

Responsabile di Struttura semplice
U.O. di Cardiologia - AOUOR Presidio Cardiologico G.M. Lancisi
Via Conca, 71 - 60122 Ancona
Tel. 071/5965704
Fax 071/5965025

e-mail: d.gabrielli@ospedaliriuniti.marche.it, d.gabrielli@ao-umbertoprimo.marche.it

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Dirigente
Cardiologia Generale 1
A.O.U. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. 055/7947692
Fax 055/7947468

e-mail: mazzuolif@aou-careggi.tosca-na.it, francesco.mazzuoli@unifi.it

MASSIMO UGUCCIONI

Direttore di Struttura complessa
Cardiologia II - C.T.O.
Via San Nemesio, 28 - 00145 Roma
Tel. 06/51003741
Fax 06/51003806

e-mail: uguccioni.massimo@aslrmc.it

BLITZ 4 Qualità

di Zoran Olivari



Iniziativa dell'ANMCO finalizzata a promuovere l'adesione alle Linee Guida nei pazienti con Sindromi Coronariche Acute

Le Linee Guida di pratica clinica (LG) riassumono la globalità delle evidenze scientifiche disponibili integrate dai pareri degli esperti e dovrebbero costituire la base delle nostre strategie diagnostico - terapeutiche. Anche se le LG non possono essere intese come uno strumento perfetto in grado di guidarci in ogni singolo contesto clinico, studi dedicati hanno confermato che i centri con maggiore aderenza ai percorsi diagnostico - terapeutici raccomandati dalle LG, riescono a garantire una maggiore sopravvivenza dei pazienti con Sindromi Coronariche Acute (SCA) trattati in quella sede. Purtroppo, altri studi osservazionali e verifiche dei dati amministrativi, hanno evidenziato che l'adesione alle raccomandazioni delle LG in pazienti con SCA è largamente insufficiente sia in fase intraospedaliera che dopo la dimissione, sia a livello internazionale che nella realtà italiana. Alcune esperienze internazionali hanno dimostrato la fattibilità di progetti indirizzati ad incrementare i livelli di adesione alle LG nei singoli Centri coinvolti in programmi dedicati, con impatto positivo sugli esiti clinici. In linea con queste premesse, l'ANMCO ha promosso un progetto finalizzato a favorire una adesione più ampia possibile delle UTIC alle LG, con l'intento di ottimizzare lo stan-

dard delle cure ai pazienti ricoverati per SCA, sia in fase ospedaliera che in prevenzione secondaria. Poco più di 200 UTIC italiane sono state invitate a partecipare a questa iniziativa, coordinata dal Centro Studi ANMCO, e 174 hanno accolto l'invito. I livelli di adesione alle LG possono essere "misurati" utilizzando una serie di indicatori relativi al processo di diagnosi e cura, valutando per ogni singolo indicatore il livello di aderenza, per poi intraprendere le eventuali azioni correttive specifiche. Il progetto si svolgerà in tre fasi ed è indirizzato ai pazienti con Sindrome Coronarica Acuta documentata da dismissione enzimatica con (STEMI) o senza (NSTEMI) soprasslivellamento del tratto ST.

Fase 1 (dal 15/09/2009 al 15/11/2009)

Ogni Centro arruolerà 20 pazienti consecutivi con STEMI e 20 con NSTEMI (oppure per un periodo massimo di 2 mesi), compilando una CRF elettronica contenente gli indicatori necessari per l'analisi del percorso diagnostico - terapeutico. Un follow up a sei mesi servirà a valutare l'adesione alla prevenzione secondaria.

Fase 2

I dati saranno analizzati dal Centro Studi ANMCO e ad ogni centro saranno forniti:

a) sintesi dei propri dati, definizione del proprio livello di adesione alle

LG, sottolineando eventuali "punti deboli" e suggerendo le modalità per superarli;

b) materiale relativo alle LG (pocket guidelines, poster, documentazione bibliografica, slide, ecc) da rendere visibile e disponibile ovunque in reparto e UTIC e da discutere sia nell'ambito dell'equipe cardiologica che con i Colleghi del PS;

c) un kit per l'esecuzione di un programma educazionale nurse - directed post - dimissione.

Fase 3

Successivamente (dal 15/02/2010 al 15/04/2010) sarà effettuata una seconda rilevazione con le stesse caratteristiche della prima, che servirà a verificare l'impatto della iniziativa sugli standard diagnostico - terapeutici e sugli outcome clinici. Di nuovo, ogni centro riceverà la sintesi dei propri dati e le eventuali ulteriori raccomandazioni.

Lo start up si è svolto durante il Congresso ANMCO del 2009, mentre i risultati finali saranno presentati nel 2010.



Frank H. Netter

**ANTEPRIMA ANNUNCIO
DA NON PERDERE!**

Seminario di aggiornamento ANMCO DOLORE TORACICO GESTIONE INTRAOSPEDALIERA

Presupposti

La gestione dei pazienti con dolore toracico acuto è un problema difficile da molti punti di vista. Negli USA più di 5 milioni di persone/anno vengono visitate nei Dipartimenti di Emergenza (DE) per dolore toracico acuto. Mediamente le visite per dolore toracico in Pronto Soccorso (PS) rappresentano circa il 5% di tutte le prestazioni internistiche dei DE. Di questi pazienti più della metà non ha una Sindrome Coronarica Acuta e spesso l'elettrocardiogramma non è diagnostico. Si stima che circa un terzo dei pazienti con dolore toracico acuto subiscono un ricovero inappropriato, mentre le dimissioni inappropriate raggiungono il 2 - 8% dei casi, con evidenti ripercussioni sulla prognosi di questi pazienti ma anche sulle implicazioni medico - legali. In Italia nel 2005, secondo i dati del Ministero della Salute relativi alle SDO, sono state effettuate 53.529 dimissioni con diagnosi di "dolore toracico" (DRG 143) dopo una degenza media di 3.4 giorni e una spesa stimata di 157 milioni di euro. A fronte di questi aspetti epidemiologici, clinici, organizzativi e medico - legali esiste una disomogeneità di approccio sia tra i vari professionisti che

tra le diverse Strutture sanitarie. Non in tutti gli Ospedali viene utilizzato un percorso diagnostico e spesso l'introduzione di un protocollo dipende da singole persone più che dalla Struttura o sue Istituzioni. Sono necessari, quindi, modelli gestionali più efficienti e la produzione di Linee Guida per rendere più omogeneo il trattamento di questi pazienti.

Obiettivi del Seminario

- Diffondere ed implementare nelle varie realtà italiane il Documento sul Percorso Dolore Toracico.
- Utilizzarlo come strumento per il miglioramento assistenziale e per la formazione degli operatori.
- Diffondere il concetto di requisiti diagnostici minimi (valutazione clinica standardizzata, ECG, Troponina) e del loro appropriato utilizzo.
- Stimolare la collaborazione costante, condivisa e codificata tra Medici DE e Cardiologi ("uniti si vince").
- Favorire l'adattamento locale del PDT.
- Farlo divenire strumento di sicurezza e tutela per i pazienti ma anche per gli operatori.
- Attivare una rete di raccolta dati, e di elaborazione di protocolli di ricerca clinica.

Programma
4 dicembre 2009
Roma, Bari, Milano

9.00 - 12.00

Lezioni frontali

- Epidemiologia
- Il documento di consenso: i requisiti diagnostici minimi
- Valutazione iniziale: triage, valutazione clinica, ECG e biomarcatori di necrosi
- La diagnosi differenziale: l'imaging
- L'osservazione breve intensiva ed i test provocativi

12.00 - 13.00

Incontro con i giornalisti

- Il dolore toracico ed il ritardo evitabile: come trasferire le conoscenze scientifiche ai cittadini

14.00 - 17.00

Casi Clinici

In partenza i nuovi Registri della ESC



di Giuseppe Di Pasquale

Uno degli obiettivi statuari della FIC è quello della referenza unitaria nei confronti della ESC, con un'interfaccia costituita da Referenti ("contact persons") identificati dalla FIC nei confronti dei Working Group e delle Association della ESC. La partecipazione congiunta di ANMCO e SIC alle iniziative della ESC costituisce inoltre uno degli strumenti importanti per la crescita dello spirito federativo. Il progetto più rilevante dell'attuale Presidenza ESC di Roberto Ferrari è quello della creazione di nuovi Registri e Survey caratterizzati da importanti novità rispetto al passato. I nuovi Registri saranno maggiormente rappresentativi della realtà cardiologica dei singoli Paesi e dell'Europa, la loro conduzione avverrà attraverso un forte coinvolgimento delle Società Nazionali, la raccolta dati sarà centralizzata alla ESC ed infine i nuovi Registri/Survey non saranno supportati dall'Industria. L'indipendenza da sponsor commerciali consentirà di potere utilizzare i dati, a livello europeo e nazionale, nelle interazioni con le Istituzioni Sanitarie e gli Enti Regolatori. Sono previste tre tipologie di Registri e Survey:

- 1) Registri/Survey relativi a temi clinici epidemiologicamente rilevanti;
- 2) Registri/Survey "sentinella" relativi a procedure diagnostiche ed interventistiche;
- 3) Registri/Survey specifici relativi a patologie rare o "orfane" caratterizza-

te da una complessità di gestione e da un outcome particolarmente sfavorevole. Il primo Registro pilota interesserà lo Scompensamento Cardiaco e verrà gestito dalla Heart Failure Association (HFA) della ESC in collaborazione con le Società Cardiologiche Nazionali. Lo studio Heart Failure Pilot è una survey prospettica, osservazionale di pazienti afferenti a circa 200 Centri cardiologici in 12 Paesi europei. L'Italia, grazie agli eccellenti risultati ottenuti nell'ambito dello Scompensamento Cardiaco attraverso Studi e Registri, è stata prescelta fra le nazioni che fanno parte già della fase pilota del progetto. Le altre nazioni selezionate sono Austria, Germania, Danimarca, Francia, Grecia, Norvegia, Olanda, Polonia, Romania, Spagna e Svezia. L'organizzazione del Registro prevede un Oversight Committee costituito da Luigi Tavazzi (Chairman), Roberto Ferrari, Michel Komajda, David Wood e Angeles Alonso ed un Executive Committee responsabile della conduzione dello studio e costituito da Aldo Maggioni (Chairman), Ulf Dahlstrom, Gerasimos Filippatos, Luigi Tavazzi e Faiez Zannad. Il coordinamento operativo del progetto, il monitoraggio e la gestione del database sono svolti dall'Euro Heart Survey Department della ESC. Il Referente italiano per lo Studio è la FIC che ha identificato come Coordinatore nazionale per il Registro Marco Metra che è attualmente la "contact person" FIC nei confronti della HFA della ESC. Marco

Metra entra a far parte dello Steering Committee che prevede come Chairman Aldo Maggioni e come componenti i 12 Coordinatori nazionali. Il Centro Studi dell'ANMCO si occuperà degli aspetti regolatori dello Studio relativamente ai Centri italiani e dell'analisi dei dati dell'intero Registro europeo. A livello europeo è stata decisa la partecipazione di un Centro / 2 milioni di abitanti con un minimo di 6 ed un massimo di 25 Centri per Paese. La selezione dei Centri italiani è stata affidata al Coordinatore nazionale Marco Metra che ha strettamente interagito con ANMCO e SIC per condividere l'elenco dei Centri italiani sulla base della tipologia di ospedale, distribuzione geografica e buona performance dimostrata negli studi GISSI - HF e IN - HF Outcome. La partecipazione italiana prevede: 12 Centri di tipo 1 (general cardiology); 8 Centri di tipo 2 (interventional cardiology); 5 Centri di tipo 3 (cardiac surgery + interventional cardiology). Lo Studio prevede che tutti i pazienti con diagnosi di Scompensamento Cardiaco Acuto o Cronico che giungeranno alla valutazione in UTIC/Reparto o in Ambulatorio di Cardiologia in un giorno fisso della settimana per tutte le settimane degli otto mesi consecutivi dello Studio verranno inclusi nel Registro. È previsto inoltre un follow up di un anno, con visite a 3, 6 e 12 mesi. Lo Studio inizierà nel mese di

ottobre 2009 con l'obiettivo di una presentazione dei risultati al Congresso ESC 2010. Esiste inoltre la possibilità di un'analisi e pubblicazione autonoma dei dati da parte delle singole Società Nazionali. Avremo quindi per l'Italia la possibilità di produrre dati nazionali di Registro sullo Scompensamento Cardiaco Acuto e Cronico da confrontare con quelli prodotti dalla Rete ANMCO negli ultimi dieci anni. Il limitato numero di Centri selezionati, con buon accordo di ANMCO e SIC, non ha consentito di estendere l'invito di partecipazione ai numerosi Centri cardiologici italiani coinvolti in precedenti Studi e Registri nazionali sullo Scompensamento Cardiaco. Esisterà sicuramente la possibilità per i Centri interessati, non coinvolti nello Studio, di partecipare nei futuri Registri ESC in fase di attivazione. L'importante per questa prima Survey pilota sullo Scompensamento Cardiaco della ESC è fare una bella figura a livello europeo per quanto riguarda numero di pazienti arruolati e qualità dei dati forniti. Sarà l'occasione per dimostrare a livello europeo la maturità dell'esperienza acquisita in Italia attraverso l'ANMCO in tema di Survey e Registri.



La "Redazione" del Congress News Daily 2009

IL CND 2009



di Mario Chiatto

A conclusione dei lavori del 40° Congresso Nazionale dell'ANMCO credo sia doveroso da parte mia indugiare in modo più approfondito sul ruolo che il Congress News Daily (CND) ha avuto nell'ambito del Congresso stesso, e sul successo che ha riscontrato, confermato sia dall'effettivo gradimento per la qualità dei contenuti e della sua veste editoriale, arrivato da più parti, sia dallo slancio stesso che i Congressisti hanno dimostrato nel procacciarsi i numeri giornalieri. È stato per me entusiasmante seguire la cronaca del Congresso ANMCO attraverso la grinta e l'intraprendenza di giovani Cardiologi, la cui recente esperienza professionale non li ha colti impreparati, ma, al contrario, gli ha permesso di individuare i momenti salienti delle giornate congressuali e di rincorrere prestigiose interviste. Ma un apprezzamento ulteriore va fatto allo spirito di sacrificio che ha permesso loro, dopo ore ed ore di massima attenzione, di lavorare a "sipario chiuso" fino a tarda sera, scrivendo, correggendo e ripercorrendo i vari passaggi congressuali, in modo che, di buon mattino, la sintesi della giornata trascorsa e i programmi di quella successiva fossero a disposizione di tutti. È stato altamente gratificante aver avuto la possibilità di intercettare le professionalità, le competenze e la squisita cortesia di grandi personalità della Cardiologia nazionale ed internazionale. Infine è stata come al solito rassicurante la

preziosissima collaborazione di tutta la Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" che grazie al lavoro svolto con impegno, pazienza e gentilezza, ha saputo dare un'ottima assistenza ai protagonisti, contribuendo alla buona riuscita di questo, credo, utilissimo servizio. È inutile dire che la realizzazione della nostra iniziativa editoriale e con essa le nostre progettualità, le nostre mete, le nostre fatiche ma anche i nostri entusiasmi, tutto ciò dico, non sarebbe stato possibile senza la vicinanza e la disponibilità delle Aziende sponsorizzatrici a cui va il mio ringraziamento particolare. Un ultimo, ma non per questo meno sentito grazie, al Presidente Salvatore Pirelli e a tutto il Consiglio Direttivo che hanno sostenuto questo progetto rendendone possibile la sua realizzazione. Con la soddisfazione di aver fatto (ognuno per la propria parte) il nostro dovere fino in fondo, l'appuntamento con il CND è per l'anno prossimo!



L'Elettrocardiogramma: amico fedele del Cardiologo

di L. Misuraca e M. Chiatto

L'argomento conclusivo e più attuale del Minimaster è stata la Telemedicina, cioè l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte degli Operatori quando il fattore distanza è critico

Tra gli eventi più frequentati e di maggiore interesse del Congresso ANMCO 2009 va annoverato il "Minimaster Elettrocardiografia", coordinato dal Dottor Mario Chiatto e moderato dai Dottori Domenico Catanzariti e Berardo Sarubbi. La Sessione, articolata in quattordici Relazioni che hanno saputo coniugare elevato impatto scientifico e impronta didattica (utile soprattutto per i neofiti della Cardiologia, come chi scrive), si è soffermata su particolari aspetti che investono ogni giorno la pratica clinica quotidiana, approfondendo le esposizioni "teoriche" con numerosi Casi Clinici interattivi. Il Dott. Francesco De Rosa ha evidenziato, con notevole chiarezza espositiva, gli aspetti salienti dell'elettrocardiogramma di superficie nella pre - eccitazione ventricolare, asintomatica e manifesta (Sindrome di Wolff - Parkinson - White), mostrando come sia possibile, mediante l'analisi vettoriale del QRS, arrivare con sufficiente approssimazione a una diagnosi di sede della via accessoria, con importanti implicazioni nei passi successivi dell'iter diagnostico - terapeutico, fornendo preziose indicazioni anatomiche (nonché funzionali) all'interventista elettrofisiologo. Non solo, l'ECG consente di effettuare una prima, seppure incompleta, stratificazione prognostica del paziente affetto da sindrome di WPW: particolarmente significativo, al riguardo, è un breve

intervallo R - R in corso di fibrillazione atriale pre - eccitata (< 250 msec indica un rischio aumentato di degenerazione in tachiaritmie ventricolari maligne). Il Dott. Antonello Pangallo e il Dott. Vincenzo Amodeo hanno quindi analizzato le caratteristiche elettrocardiografiche salienti nello sportivo, soffermandosi sulle principali aritmie presenti nel soggetto allenato (bradicardia sinusale, dissociazione atrioventricolare isoritmica, periodismi di L - W) e che possono essere considerate "fisiologiche", e su morfologie invece francamente patologiche (pre - eccitazione ventricolare); aspetti "borderline", al limite tra il normale e il patologico, sono invece le alterazioni dell'onda T (inversione) e il sottoslivellamento del tratto ST che, se associati a un quadro ECGgrafico di ipertrofia ventricolare sinistra, impongono sia un approfondimento diagnostico per escludere malattie del miocardio (miocardiopatia ipertrofica), sia un attento follow - up dell'atleta. Di notevole interesse le Relazioni del Dott. Pergolini e del Dott. Rellini sul Dolore Toracico in corso di tachicardia sopraventricolare, che (come ben sa il Cardiologo di UTIC) si associa a modificazioni elettrocardiografiche fortemente suggestive per ischemia miocardica e a (modesto) rialzo della troponina, che spesso spianano le porte alla coronarografia, con frequente "delusione" dell'Emodinamista. La casistica del

La Sessione, articolata in quattordici Relazioni di elevato impatto scientifico, si è soffermata su particolari aspetti che investono quotidianamente la pratica cardiologica, approfondendo le esposizioni "teoriche" con numerosi Casi Clinici interattivi

Dott. Pergolini ha mostrato infatti con quale frequenza le coronarie epicardiche risultino normali (o comunque senza progressione di malattia), anche se ciò non esclude una reale sofferenza ischemica del miocardio in corso di TPSV, verosimilmente da disfunzione microcircolatoria. A tal proposito, si può concludere che il quadro simil - infartuale che spesso accompagna la TPSV (dolore toracico tipico, sottoslivellamento di ST e incremento - minimo! - dei markers di necrosi miocardica) è aspecifico, per cui la coronarografia non è raccomandata di routine in questi pazienti, a meno che il quadro clinico - strumentale al di fuori delle crisi tachiaritmiche non sia suggestivo per ischemia miocardica. Il Dott. Aquilani e il Dott. Bagliani hanno brillantemente affrontato un tema con cui il Cardiologo si confronta quotidianamente: "Il paziente con scompenso cardiaco e blocco di branca sinistra". Tale disturbo di conduzione, che causa un'ampia riorganizzazione del modello di attivazione del ventricolo sinistro, generalmente compare in soggetti con cardiopatia sottostante. Esso si associa a riduzione significativa della sopravvivenza a lungo termine e determina di per sé alterazioni emodinamiche, tra cui un'alterata funzione sistolica e diastolica, con pattern di contrazione disfunzionali. Dunque il BBSx, oltre a essere un frequente "marker" del paziente con scompenso, è di per sé causa di peggioramento emodinamico e clinico. Il Dott. Puntello ha parlato di: "Tachicardia sinusale nei diversi setting patologici ed implicazioni prognostiche". Un'aritmia comune, a volte "snobbata" dal Clinico, che

talvolta costituisce il segno sfumato di una patologia sottostante, non necessariamente cardiaca (come ci hanno illustrato i bei Casi Clinici del Dott. Fraticelli). Al Dott. Giammaria e al Dott. Spotti è toccato l'arduo compito di illustrare un argomento ostico quanto affascinante, ossia le principali alterazioni elettrocardiografiche del malfunzionamento dei pace - maker. I due Relatori hanno stimolato la platea nella individuazione e nelle possibili soluzioni dei difetti di sensing e di pacing. L'argomento conclusivo del Minimaster (affrontato dal Dott. Del Greco e dal Dott. La Rosa) è stata la Telemedicina, cioè l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte degli Operatori quando il fattore distanza è critico. La trasmissione dei dati può avvenire via cavo a banda larga (fibre ottiche), tramite reti wireless, via satellite, via Internet. La Telemedicina trova i suoi principali campi di applicazione nella diagnosi delle sindromi coronariche acute (trasmissione al centro Hub dell'ECG eseguito dagli Operatori del 118) e delle aritmie accessionali. In particolare, nell'infarto miocardico ST sopra, l'ECG trasmesso real time al Cardiologo dovrebbe ridurre i tempi di riperfusione, meccanica o farmacologica, migliorando la prognosi. Per concludere questo excursus, l'elettrocardiogramma resta molto spesso, ancora oggi, il "migliore amico" del Cardiologo.

Diagnostica nelle protesi valvolari

di D. Gabrielli, G. Bellieni, D. Brogi, A. Chinaglia, P. Caldarola

Nella prima giornata del 40° Congresso Nazionale ANMCO si è tenuto il Minimaster in "Diagnostica delle protesi valvolari" nell'ottica della sempre più stretta collaborazione fra la nostra Associazione e la Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. Il Minimaster era strutturato in due parti (Figura 1) con la presenza a moderare del Dott. Giancarlo Bellieni (Presidente SIEC); da parte ANMCO il Consiglio Direttivo ha individuato quali persone dedicate all'organizzazione, oltre allo scrivente (che è stato poi il Coordinatore dell'iniziativa), la Dott.ssa Alessandra Chinaglia ed il Dott. Pasquale Caldarola. Il Minimaster si è dimostrato di estremo interesse ed è stato il più seguito del Congresso. Colleghi esperti ed entusiasti hanno portato aggiornamenti su vecchie e nuove metodiche di Imaging e interessanti Casi Clinici con una attenta revisione di tutti i momenti clinici dalla diagnosi, all'indicazione chirurgica (Colleghi Cardiochirghi di chiara fama hanno descritto le tecniche operatorie princi-

pali e l'outcome) al follow - up del paziente con valvulopatie. La prima parte del Corso si è incentrata sulle indicazioni, i risultati della correzione chirurgica e sulle varie possibilità di scelta delle protesi (Figura 2) nonché sulla valutazione ecocardiografica delle protesi valvolari biologiche e meccaniche, tema definito dallo stesso Presidente SIEC, Dott. Giancarlo Bellieni, "scottante" e sempre di difficile approccio sia per il Cardiologo Clinico che per l'Ecocardiografista esperto. L'Ecocardiografia si conferma la metodica più indicata per la valutazione delle protesi valvolari sia nell'immediato post - operatorio, quando si sono stabilizzate le condizioni emodinamiche del paziente, sia nel follow - up e l'approccio iniziale, come è stato ben sottolineato da tutti i Relatori, deve essere "quello classico" integrando le informazioni M - mode, Bi - Mode e color Doppler. Deve essere

DIAGNOSTICA NELLE PROTESI VALVOLARI

In collaborazione con la Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare (SIEC)
 Coordinatore: **D. Gabrielli** (Ancona)
 Moderatori: **G. Bellieni** (Soveria Mannelli) - **G. Speziale** (Bari)

PROTESI VALVOLARI BIOLOGICHE

Indicazioni all'impianto e risultati: quando l'homograft aortico, quando l'autograft?
A. Frigiola (San Donato Milanese)
 Studio ecocardiografico delle valvole biologiche
S. Felis (Catania)
 Caso clinico
F. Borrello (Catanzaro)

PROTESI VALVOLARI MECCANICHE

Indicazioni all'impianto e risultati
A. Mazzola (Teramo)
 Soluzioni per l'anulus aortico piccolo
A. Tota (Terluzzi)
 Studio ecocardiografico delle valvole meccaniche
P.G. Pino (Roma)
 Caso clinico
G. Levantesi (Vasto)

Moderatori: **T. Ragni** (Perugia) - **A. Zuppiroli** (Bagno a Ripoli)

PROTESI AD IMPIANTO PERCUTANEO

Indicazioni, tecniche, risultati, limiti
A. Giordano (Castelvoturno)

ENDOCARDITE INFETTIVA

Endocardite su valvola nativa: quale protesi
P. Ferrara (Avezzano)
 Caso clinico
D. Bovelli (Terni)
 Endocardite su protesi
A. Mantero (Milano)
 Caso clinico
C.A. Greco (Lecco)

FOLLOW-UP DEI PAZIENTI CON PROTESI VALVOLARE

Regime di anticoagulazione personalizzato?
E. Antonielli D'Oux (Bra)
 È possibile l'impiego dei soli antiaggreganti nelle protesi meccaniche?
P. Caso (Napoli)



Figura 2

Figura 1

effettuata una attenta valutazione dei rigurgiti valvolari di cui i Relatori hanno mostrato, con ricchezza iconografica, le differenze tra quelli fisiologici e quelli patologici. Si è sottolineato poi come l'esame debba dare informazioni sui volumi e funzione del ventricolo sinistro, dell'atrio sinistro e debba essere completato con un attento studio del ventricolo destro, per l'importanza che esso ha nell'outcome e follow-up dei pazienti. Come è stato più volte ribadito, diventa necessario confrontare i dati rilevati con quelli di riferimento, a questo proposito la SIEC fornisce parametri di normalità per ciascuna protesi valvolare riportati sul Sito internet (www.siec.it/help/protesi). È emersa ben chiara anche l'importanza del "cartellino" con informazioni peculiari sulla protesi nel singolo paziente. Successivamente è stato discusso il tema, noto fin dagli anni '70, del mismatch protesi - paziente con la presentazione di un funzionale algoritmo per la gestione del paziente con elevato gradiente transprotesico post-operatorio (Figura 3). Non è mancato lo spazio dedicato all'emergente e sempre più diffusa tecnica di sostituzione valvolare aortica percutanea. Durante il dibattito sono state illustrate le necessità legate ad una precisa selezione dei pazienti, ad una valutazione dell'apparato sottovalvolare, della tecnica di impianto utilizzata, nonché delle possibili complicanze legate a tale metodica. Si è ancora trattato il tema dell'endocardite su valvola nativa o protesica con la ovvia conclusione che sia precipuo compito del Cardiologo, integrando le infor-

mazioni cliniche del paziente, i dati ecocardiografici (presenza di ascessi perivalvolari, perforazioni dei lembi e caratteristiche della vegetazione) nonché altri dati strumentali, l'indicazione cardiocirurgica per un corretto timing operatorio. Infine il Corso si è concluso trattando un argomento che ci sta a cuore da più di sessant'anni: il più appropriato regime di anticoagulazione nei pazienti portatori di protesi valvolari che necessariamente ne condiziona la scelta (Figure 4 e 5). L'interesse dei partecipanti si è manifestato oltre che nella costante presenza anche nella vivacità delle discussioni nelle varie Sessioni. In conclusione l'esperienza di questo Minimaster è stata sicuramente positiva e stimolante, grazie alla stretta collaborazione fra ANMCO e SIEC nella fase di programmazione dello stesso ed alla scelta dei Relatori e Moderatori che hanno svolto con professionalità ed estrema competenza il proprio compito, consentendo l'ottima riuscita dell'evento.



Figura 3

| | Warfarin (INR 2-3) | Warfarin (INR 2.5-3.5) | Aspirin (50-100 mg) |
|------------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------|
| A. Primi 3 m dopo SV | | + | + |
| B. Dopo 3 mesi | | | |
| 1. Protesi aortica (bi-disco, M-H) | + | | (+) |
| 2. Protesi aortica + "f.d.r." | | + | + |
| 3. Protesi mitralica | | + | + |
| 4. Protesi mitralica + "f.d.r." | | + | + |

F.d.r.: FA, disfunzione del VSx, ↑ atriale sx, progresso TE, ipercoagulabilità

Figura 5

| Recommendations - AVR |
|--|
| 1. Normal EF and cavity size, NSR, <2 Risk Factors: INR 1.8-2.0 , ASA |
| 2. ≥2 Major Risk Factors: INR 2.0-2.5 , ASA |
| 3. Multiple Risk Factors or A-Fib: INR 2.5-3.5 , ASA |
| 4. ? Anti-platelet only |
| Recommendations - MVR |
| 1. Normal EF and cavity size, NSR, <2 Risk Factors: INR 2.0-2.5 , ASA |
| 2. ≥2 Major Risk Factors: INR 2.5-3.0 , ASA |
| 3. Multiple Risk Factors or A-Fib: INR 2.5-3.5 , ASA |
| Recommendations - TVR: INR 3.0-4.0 , ASA |

RF: ↑ EF, ↑ left atrium, hypercoagulability, diabetes, previous TE, hypertension

Emery RW et al. J Thromb Thrombolysis, 2008

Le Cardiopatie Congenite:

un Minimaster in collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia Pediatrica al Congresso ANMCO 2009

di A. Chinaglia e R. Pecoraro

Le Cardiopatie Congenite sono considerate dal Cardiologo dell'adulto un campo affascinante ma origine di grande preoccupazione. La complessità dei quadri clinici, la rarità delle patologie e l'enorme numero di varianti richiedono grande competenza clinica e strumentale ed un continuo aggiornamento non sostenibile dal Cardiologo non dedicato. Però grazie ai progressi delle cure sono sempre più numerosi i pazienti con Cardiopatia Congenita che arrivano all'età adulta con una vita normale, che vengono visti per motivi vari da Cardiologi non dedicati. Ed ecco perché non possiamo dimenticarci di questo settore della Cardiologia, ecco perché anche il Cardiologo dell'adulto nel suo iter formativo deve prevedere uno spazio per questo argomento, ecco perché anche i non esperti devono avere alcuni concetti base e sapere quando inviare il paziente all'esperto, ecco perché quindi un Minimaster sulle Cardiopatie Congenite all'interno del Congresso ANMCO 2009. Inoltre i pazienti con Cardiopatia Congenita non sono mai uguali e costituiscono Casi Clinici a sé stanti: tornare a ragionare sul singolo Caso Clinico e non su popolazioni di pazienti può essere un utile esercizio per il Cardiologo anche nella gestione di altre patologie. Il Minimaster è stato ideato e realizzato grazie alla preziosa collaborazione con la Società Italiana di Cardiologia Pediatrica, soprattutto grazie all'apporto dei Relatori, di grande esperienza. Proprio per la complessità delle singole patologie e per poter entrare nel dettaglio abbiamo scelto di limitare la trattazione ad alcune delle più frequenti Cardiopatie Congenite (difetto interventricolare, tetralogia di Fallot, coartazione dell'aorta), e nell'ambito di queste tre patologie

dedicare una Relazione alla patologia in età pediatrica, una alla patologia in età adulta ed una alla presentazione di un Caso Clinico. Questi approfondimenti sulle diverse patologie sono stati preceduti da una importante relazione del Professor Picchio, Cardiologo pediatra di Bologna, che ha illustrato l'approccio al neonato con Cardiopatia Congenita, fornendo nozioni di fisiopatologia fondamentali ma anche consigli clinici e pratici su un approccio che frequentemente spaventa i non esperti. Per esempio la valutazione della cianosi, dei segni di scompenso (polipnea, epatomegalia, iposfigmia dei polsi, tachicardia, galoppo), la presenza di soffi. Basilare nell'orientamento diagnostico risulta inoltre la valutazione dell'ossimetria, dell'emogasanalisi, dell'ECG e del radiogramma del torace, spesso considerati in secondo piano rispetto a metodiche ecocardiografiche.

I difetti del setto interventricolare

Il ruolo del Cardiologo dell'adulto riguarda nella maggior parte dei casi il follow up clinico ed ecocardiografico dei difetti che vanno incontro a chiusura spontanea. Il Dott. Enrico Chiappa ha sottolineato come l'entità del soffio, spesso motivazione della consulenza cardiologica, correli generalmente in maniera inversa con l'entità del DIV, ricordando lo shakespeariano "molto rumore per nulla". In merito alla profilassi dell'endocardite infettiva le nuove Linee Guida AHA/ACC prevedono un atteggiamento più restrittivo. Tuttavia dal dibattito è emerso come, a fronte della severità della patologia di tipo infettivo in molti casi sia comunque condivisibile effettuarla.

Coartazione aortica

La diagnosi clinica ed ecocardiogra-

fica di questa patologia e l'elevata sopravvivenza al periodo infantile richiamano l'attenzione sull'importanza della diagnosi prenatale e del follow up dell'adulto sottoposto a correzione. Molto vivace è stato il dibattito sulle indicazioni al trattamento percutaneo o chirurgico della ri-coartazione, in base ad età del paziente e caratteristiche anatomiche.

Tetralogia di Fallot

La Dott.ssa Silvia Favilli ha sottolineato ancora una volta l'importanza della valutazione clinica di base: la presenza di cianosi come spia di severa ostruzione all'efflusso ventricolare destro, la presenza o meno di soffio, i pattern fenotipici che possono suggerire sindromi genetiche correlate. È inoltre fondamentale la valutazione critica del gradiente di ostruzione (ricordando l'influenza dinamica di volume, funzione di pompa e resistenze su di esso) e la pervietà del dotto arterioso. Nella valutazione dell'adulto sottoposto a correzione sono state enfatizzate le possibili manifestazioni aritmiche legate alle anomalie organiche di base e quelle legate al gesto chirurgico di correzione (rischio di aritmie atriali e ventricolari, blocco atrioventricolare, morte improvvisa). Nel corso di tutte le Relazioni è emerso il ruolo crescente della metodica RMN nella valutazione anatomica e funzionale preoperatoria e nel follow up post correzione percutanea e/o chirurgica di questi pazienti. Per l'interesse suscitato, per la disponibilità e l'entusiasmo dei Relatori e per affrontare alcune delle patologie trascurate quest'anno l'ANMCO proporrà alla Società Italiana di Cardiologia Pediatrica di ripetere l'esperienza del Minimaster al 41° Congresso dell'ANMCO.

Un programma educativo alla dimissione per migliorare l'aderenza dopo una SCA

22

S. Urbinati, M. Sommaruga, P. Di Giulio

L'obiettivo di migliorare le modalità con cui viene effettuata la dimissione è stato posto come prioritario nei programmi dell'Area Prevenzione Cardiovascolare per il biennio 2009 - 2010. Infatti, dopo aver investito in maniera importante sulla rete dell'emergenza finalizzata a portare il paziente in Ospedale il più presto possibile, aver definito con precisione le indicazioni a coronarografia/PCI e l'impostazione della terapia farmacologica nella fase acuta di una Sindrome Coronarica, è arrivato il momento di presidiare meglio l'interfaccia ospedale - territorio attraverso una standardizzazione della dimissione. Si tratta di elaborare una lettera di dimissione condivisa, che contenga le informazioni chiave sulla storia clinica e sul decorso clinico, ma che presti anche maggiore attenzione nel fornire indicazioni sulla stratificazione prognostica, sui controlli da programmare nel follow - up, sulle modificazioni dello stile di vita, sulla durata e sui target della terapia farmacologica, comprese le indicazioni su come e quando effettuare, quando necessario, una titolazione del dosaggio. Ma migliorare la lettera di dimissione non è sufficiente. Il Gold Standard sarebbe quello di facilitare l'accesso dei pazienti dopo una Sindrome Coronarica ad un ciclo di Cardiologia Riabilitativa (in DH o ambulatoriale) dove è possibile effettuare una corretta e completa impostazione della prevenzione secondaria, con risultati brillanti, come testimoniano i numerosi studi

pubblicati in tal senso. Ma anche questa opzione nei fatti è difficile da realizzare perché i servizi di Cardiologia Riabilitativa hanno dei costi ed un'organizzazione multidisciplinare complessa e sono distribuiti in modo eterogeneo sul territorio nazionale. Secondo il censimento ISYDE del 2008 solo il 16% dei pazienti infartuati accedono ad un percorso riabilitativo dopo un infarto miocardico. Una proposta realistica per migliorare l'impostazione della prevenzione secondaria nel nostro Paese è quella di implementare i programmi educazionali alla dimissione, avvalendosi di una forte collaborazione da parte degli Infermieri dei Reparti di Cardiologia. Al fine di fare il punto sulla situazione esistente e fornire strumenti operativi ai Centri che hanno intenzione di sviluppare questi programmi, nell'ambito del recente Congresso Nazionale ANMCO 2009 e, in particolare, nell'ambito del Cardio-nursing, è stato realizzato un Minimaster, molto partecipato e sostenuto da un elevato indice di gradimento, su "Impostazione di un programma educativo alla dimissione" che, tenendo conto delle diverse competenze necessarie per la sua realizzazione, è stato coordinato da Stefano Urbinati, Cardiologo, Marinella Sommaruga, Psicologa, e Paola Di Giulio, Infermiera. Il Minimaster si è articolato in quattro Sessioni che hanno affrontato problematiche diverse. Nella prima Sessione è stato fatto il punto sull'esistente. Paola Di Giulio ha riferito sulle maggiori esperienze

pubblicate in letteratura e successivamente sono state presentate l'esperienza piemontese (Antonella Biondi), quella realizzata a Roma presso l'Ospedale S. Filippo Neri (Rosa Franzese), quella dell'Ospedale di Desio (Loredana Sorbara) e quella dell'Azienda USL di Bologna (Carla Beccari). Questo prologo è stato di grande efficacia perché ha permesso di ricalcare il percorso compiuto dai Centri che per primi, partendo dalla constatazione che l'impostazione attuale della prevenzione secondaria è deficitaria, si sono posti in maniera originale l'obiettivo di realizzare interventi nurse - directed finalizzati a rendere i pazienti dimessi più confidenti con "le cose da fare" dopo il ritorno a casa. Sono stati messi a confronto i diversi modelli, partendo soprattutto dalle esigenze dei pazienti stessi, dalle problematiche organizzative incontrate, dalla necessità di superare, a volte, vere e proprie barriere culturali. Nella seconda Sessione l'attenzione è stata concentrata sui contenuti da trattare: dopo una presentazione degli obiettivi della prevenzione secondaria (A. Pozzati) e di quanto un programma "breve" alla dimissione possa mutuare dal programma più articolato e complesso eseguito in Cardiologia Riabilitativa (V. Castaldini), sono stati effettuati lavori di gruppo coordinati da due Tutor sui quattro contenuti - chiave di un programma di prevenzione secondaria finalizzato a modificare lo stile di vita: fumo (D. Mocini e L. Pozzo), alimentazione (F. Muscas, S.

Pancani), esercizio fisico (O. Zanni, S. De Feo) e aderenza a lungo termine (C. Nardozi, M. Di Stasio). La grande difficoltà incontrata nel realizzare un programma educativo di questo tipo risiede nella necessità di elaborare un intervento efficace e nello stesso tempo estremamente breve, di circa 1,5 - 2 ore. Se si considera che la modificazione dello stile di vita, quando si riesce a realizzare, passa attraverso una elaborazione personale complessa del proprio modo di vivere e di relazionarsi con gli altri, è chiaro che in un tempo così breve si può solo cercare di dare una informazione e stimolare una riflessione nei confronti del cambiamento che poi dovrà essere rielaborata dal paziente in un momento successivo. Proprio alle dinamiche coinvolte nella gestione di un gruppo è stata dedicata la terza Sessione. Dopo due brevi, ma necessarie introduzioni riguardanti i modelli psicosociali di comportamento (M. Sommaruga) e l'analisi delle barriere organizzative (S. De Feo), sono state effettuate delle esercitazioni basate sul role playing (coordinate da M. Sommaruga) finalizzate a sensibilizzare i partecipanti sulle complesse dinamiche coinvolte quando si gestisce un gruppo educativo e come queste debbano essere governate con attenzione per ottenere una comunicazione efficace. Probabilmente questa è stata la Sessione più coinvolgente e nei confronti della quale le attese da parte dei partecipanti sono state maggiori. Non è mai abbastanza il tempo che si dedica alle esercitazioni di role playing nei Corsi di aggiornamento anche perché è in questa fase che il partecipante si

scontra direttamente con le problematiche che dovrà affrontare in pratica e deve trovare sul momento le soluzioni del Caso, salvo poi riflettere "a freddo" con i Colleghi e i Tutor su quali comportamenti alternativi avrebbe potuto adottare. Infine l'ultima Sessione è stata dedicata ad una riflessione finale. E' stato presentato il progetto Blitz 4 Qualità (A. Chinaglia), che costituisce uno dei progetti ANMCO finalizzati a fotografare il comportamento dei Cardiologi italiani nei confronti delle Sindromi Coronariche Acute, ma che, rispetto ai precedenti, presenta due elementi di grande novità: verrà valutato anche come i Centri organizzano la dimissione e, dopo la prima Survey, è prevista un'implementazione delle Linee Guida e delle modalità per impostare la prevenzione secondaria. Poiché nella seconda Survey verrà definito l'impatto dell'implementazione effettuata nella pratica clinica il Blitz 4, come ha suggerito il suo promotore Zoran Olivari, dovrebbe diventare una sorta di CRUSADE italiano. A questo proposito quella del Blitz 4 sarà senz'altro una opportunità importante per la Cardiologia italiana per standardizzare la lettera di dimissione ed implementare i programmi educazionali nurse - directed da effettuare alla dimissione. Nella stessa Sessione è stato posto l'accento anche sui parametri da monitorare quando vogliamo testare l'aderenza durante il follow - up (G. Cassese), consapevoli, anche in questo caso, di quanto sia importante la metodologia utilizzata, in un campo, quello del monitoraggio dei comportamenti, abbastanza innovativo per le nostre

realtà cliniche. La discussione finale, coordinata da Paola Di Giulio, Marinella Sommaruga e Stefano Urbinati è stata estremamente stimolante perché ha consentito di effettuare un riepilogo delle problematiche che si devono affrontare nell'impostazione di programmi educazionali alla dimissione e ha posto le basi per un lavoro futuro da parte del gruppo di lavoro che si è formato durante il Minimaster ANMCO Nursing 2009 attorno a questa problematica. Le prime proposte operative sono state quelle di aprire un Forum sul Sito WEB ANMCO per favorire uno scambio di esperienze con altri Centri italiani che abbiano già sperimentato simili programmi o che abbiano intenzione di farlo, di riportare lo spirito delle relazioni del Minimaster stesso in una pubblicazione da proporre al *Giornale Italiano di Cardiologia*, infine di partecipare insieme alla stesura del materiale che verrà a messo a disposizione dei Centri durante lo Studio Blitz 4 Qualità.

Cardiologia Clinica

di Rosa Pecoraro

Tra i vari Simposi relativi alla Cardiologia “non specialistica” vi sono state diverse presentazioni relative ad argomenti di interesse non strettamente settoriale (non - elettrofisiologia, non - emodinamica, non - ecocardiografia, ecc.) ma che rappresentano per molti, in parte o totalmente, la reale pratica clinica. Negli Highlight finali relativi a questo argomento il Dott. Claudio Rapezzi ha saputo condensare alcuni degli spunti emersi nelle giornate congressuali, raggruppandoli in tre categorie: nuovi paradigmi di ragionamento e di rappresentazione delle malattie, nuovi bersagli terapeutici e nuove terapie.

Nuovi paradigmi di ragionamento e raggruppamento delle malattie

Per quanto riguarda la prima categoria, un esempio è dato dalle Relazioni e dai Simposi concentrati sui grandi Trial che hanno testato l'efficacia dell'ivabradina (Studio Beautiful) e del telmisartan (Studio Transcend) (Figura 1). Prescindendo dalla molecola specifica sono state considerate le peculiarità di analisi e di interpretazione dei grandi Trial e le possibili ragioni alla base del risultato “negativo”, ovvero l'insufficiente potenza dello Studio, la valutazione di end point (singoli o in combinazione) inappropriati, l'eccessivo numero di drop out/drop in, l'efficacia del trattamento contro-bilanciata dagli effetti avversi, la dose del farmaco inappropriata, il profilo dei pazienti incongruente rispetto al meccanismo d'azione del farmaco, l'inefficacia del farmaco, l'ipotesi del-

lo studio errata. Da molti Relatori è stata sottolineata la necessità di essere molto esigenti nella lettura di un Trial quando questo debba esser trasferito nella realtà. La neutralità nei risultati di alcuni grandi studi negli ultimi anni non deve portare a considerare come negativa la ricerca clinica in questo ambito ma, come suggerito con una metafora calzante dal Dott. Rapezzi, deve indurre a valutare i risultati di questi lavori non solo con l'immediatezza “visiva” assimilabile all'analisi color - Doppler di un'insufficienza mitralica, ma con lo sforzo interpretativo assimilabile al Doppler pulsato, che va ad interrogare le caratteristiche del flusso in un dato punto e richiede pertanto una lettura “attiva”. In tema di nuove rappresentazioni di malattie il Cardiologo Clinico deve far fronte ad un concetto “nuovo” legato alle cardiomiopatie, non più caratterizzate da una relazione univoca fenotipo - genotipo, dove un pattern ecocardiografico di ipertrofia ventricolare sinistra non corrisponde univocamente alla cardiomiopatia ipertrofica, ma può svelare un'ipertrofia secondaria, una falsa ipertrofia, una malattia infiltrativa, da accumulo o altre ipertrofie su base genetica (Figura 2). Il Clinico deve pertanto raccogliere i dati obiettivi e strumentali ponendo particolare attenzione alle “red flags”, in grado di guidarlo verso una diagnosi integrata. Per quanto riguarda le nuove opzioni terapeutiche è stato sottolineato come a partire da considerazioni fisiopatologiche si possa giungere a trattamenti mirati direttamente al meccanismo patogenetico, come nel caso dell'iper-

tensione polmonare, con bersagli terapeutici individuati nel vasospasmo e nel rimodellamento dell'albero vascolare polmonare. Interessante è inoltre considerare come alcuni indicatori di patologia (pressione arteriosa, frazione d'eiezione, quota di colesterolo LDL) da marker diagnostici di malattia stiano diventando invece target stesso dei trattamenti.

Nuovi bersagli terapeutici e nuove terapie

Nell'ambito dei nuovi bersagli terapeutici la terapia cellulare cardiaca è un esempio di come il target di certi trattamenti si stia spostando dal meccanismo fisiopatologico al suo substrato genetico. Nell'ambito specifico, partendo dalla documentazione che nel post infarto si verificano sia fenomeni apoptotici (associati a rimodellamento negativo) che l'attivazione e la mobilitazione delle cellule staminali dal midollo (associati a rimodellamento positivo), obiettivo della ricerca è di stabilire in che misura questi fenomeni incidano sulla funzionalità ventricolare sinistra e quindi di sperimentare tecniche per ridurre da un lato l'apoptosi e potenziare dall'altro la mobilitazione delle cellule staminali. Alcuni interventi abitualmente condotti nella pratica clinica corrente sono di per sé in grado di “riattivare” muscolo e determinare ripresa di funzione contrattile, attraverso il reclutamento di miocardio “ibernato”. Anche il più noto di tali interventi (la rivascularizzazione miocardica) presenta una limitata efficacia nelle forme end stage di malattia, quando presumibilmente il substrato biologico

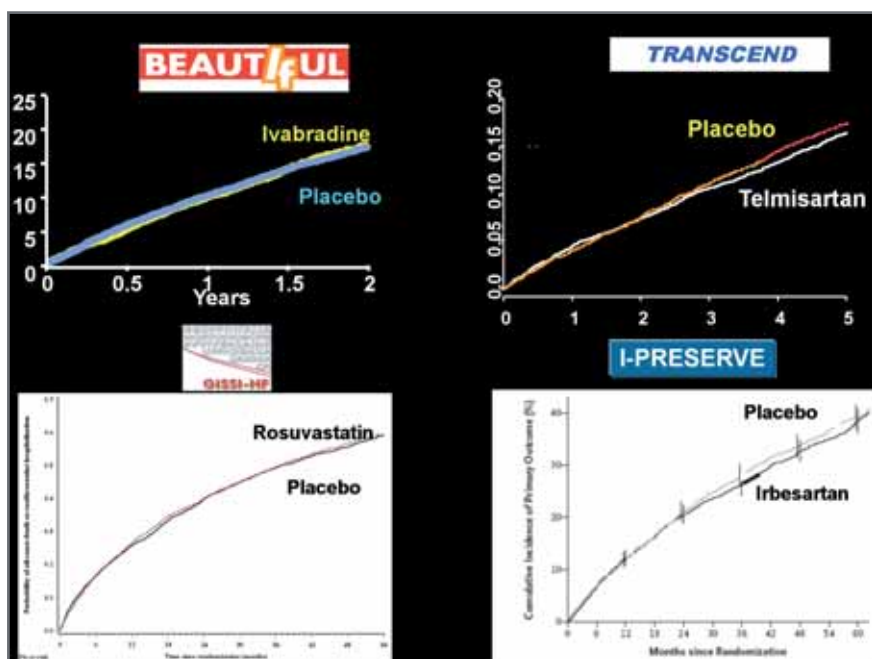


Figura 1

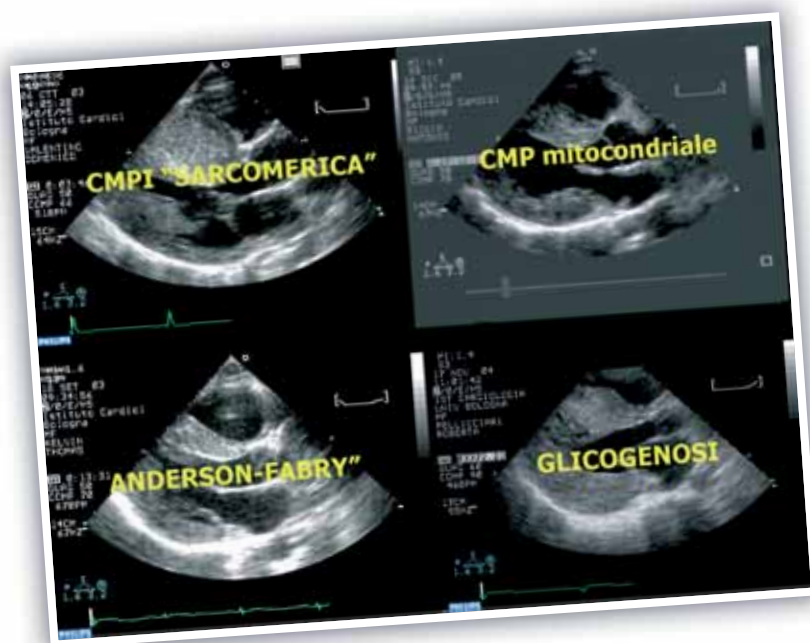


Figura 2

è esaurito. Quello che quindi oggi si chiede alla terapia cellulare è ancora più ambizioso: determinare reverse remodelling e migliorare la funzione cardiaca “ricostruendo tessuto”. La diffusa prevalenza della patologia oncologica espone anche il Cardiologo Clinico davanti alla necessità di classificarne le presentazioni e di gestire il numero sempre crescente di pazienti sottoposti a trattamento antitumorale. Tra i nuovi supporti terapeutici troviamo gli anticorpi monoclonali (trastuzumab, cetuximab), inibitori dei fattori di crescita tumorale, inibitori della tirosin - kinasi (lapatinib, gefitinib, erlotinib,...), inibitori della neoangiogenesi. In particolare il trastuzumab ha dimostrato effetti cardiotossici più tardivi, più reversibili e non dose - dipendenti rispetto alle antracicline.

Scompenso Acuto

In tema di Scompenso in fase Acuta non si può prescindere dalla considerazione che i trattamenti correntemente in uso (diuretici, vasodilatatori, inotropi) non sono generalmente capaci di prevenire il progressivo deterioramento a cui i pazienti vanno incontro nel tempo, nè di ridurre le re - ospedalizzazioni e la mortalità a distanza. L'innovatività delle Linee Guida della ESC 2008 per quanto riguarda l'inquadramento diagnostico e la stratificazione dello Scompenso Cardiaco non è stata altrettanto evidente in ambito farmacologico. Negli ultimi anni infatti abbiamo assistito all'introduzione di pochi nuovi farmaci, fra cui la nesiritide ed il levosimendan. Pur con grandi potenzialità

nessuno dei due ha dimostrato reale efficacia sulla prognosi. Al momento infatti gli studi conclusi sul levosimendan non hanno dimostrato la superiorità attesa in termini prognostici rispetto alla dobutamina, pur riportandone i vantaggi in alcuni sottogruppi di pazienti (ovvero quelli con precedente storia di Scompenso ed i pazienti trattati con betabloccanti). I positivi effetti clinici ed emodinamici della nesiritide (miglioramento dei sintomi e riduzione delle pressioni di riempimento del ventricolo sinistro) sono offuscati dai dati relativi al possibile peggioramento della funzionalità renale e della mortalità ed è quindi necessario attendere maggiori evidenze scientifiche. Il tolvaptan, antagonista della vasopressina (oggetto dello Studio Everest), non ha dimostrato un miglioramento della mortalità per tutte le cause, anche se ha dimostrato una riduzione del peso, della dispnea e dell'iponatremia. Accanto al supporto farmacologico si rende sempre più importante il ruolo del medico in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica nel supporto ventilatorio e della funzione renale. La ventilazione non invasiva rappresenta infatti una metodica a basso costo e con un rapido trend di apprendimento da parte del personale che ha dimostrato rapida efficacia, sicurezza e beneficio a distanza. Nello Scompenso Acuto refrattario avanzato la Bi - level (che rispetto alla CPAP presenta l'aggiunta di una pressione positiva inspiratoria) può rappresentare una valida alternativa alla ventilazione meccanica. Dall'altro lato l'ultrafiltrazione presenta il vantaggio

di rimuovere l'eccesso di fluidi dallo spazio extravascolare senza modificare il volume intravascolare (con miglior stabilità emodinamica), contribuendo alla risoluzione dell'edema polmonare, alla correzione dell'iponatremia, alla riduzione dei neurormoni e dei mediatori deprimenti la funzionalità miocardica in circolo. Per quanto riguarda l'assistenza meccanica è stato sottolineato come essa rappresenti al momento non solo un trattamento bridge al trapianto, ma come stia crescendo il suo utilizzo come destination therapy, nei pazienti non candidabili al trapianto. Il suo ruolo nel migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti è però limitato da un lato dalla presenza delle complicanze (infezioni, eventi ischemici cerebrali, sanguinamenti) e dall'altro dalla corretta scelta del timing di impianto. E' infatti importante pensare all'assistenza meccanica prima che vi sia una severa compromissione della funzionalità degli organi vitali e del ventricolo sinistro. E' prevedibile che in futuro vi sia un incremento del numero degli impianti, legato all'aumento dei pazienti con Scompenso refrattario, alla maggiore diffusione dei device e, non da ultimo, anche al crescente interesse da parte di Cardiologi e Cardiochirurghi.

Scompenso nell'anziano

Lo Scompenso Cardiaco rappresenta indubbiamente un problema clinico ed istituzionale di crescente diffusione ed impegno socio - economico. L'anziano con Scompenso in particolare rappresenta la quota più fragile di questi pazienti. In attesa di reali

spunti innovativi per la cura di questi pazienti l'attenzione verte sulla gestione clinica domiciliare e sulla gestione dello Scompenso refrattario. Da una lato la gestione domiciliare si propone come modello che necessita implementazione ma che risulta fattibile, in grado di ridurre le ospedalizzazioni e la mortalità, con costi ridotti, adatto anche a pazienti più anziani, dall'altro il ruolo del contatto telefonico diretto, inteso non come intervento isolato, ma inserito all'interno di un sistema integrato. Ma cosa intendiamo per Scompenso refrattario? Quando una terapia ottimale diventa inefficace? Mentre nel modello oncologico il concetto di palliazione è già consolidato, la percezione dello Scompenso Cardiaco terminale da parte del paziente e dei familiari, spesso non preparati ad accettarne la prognosi, richiede un ulteriore miglioramento degli aspetti comunicativi. Nonostante la mole di letteratura in merito, non sempre siamo in grado di determinare la prognosi nel singolo paziente. Nella pratica clinica l'avvio ad un programma di cure palliative (sedazione, oppiacei, antiemetici, diuretici ed inotropi come sintomatici, ecc), previsto anche nelle Linee Guida ESC 2008, viene spesso intrapreso soltanto quando le nostre cure intensive hanno mostrato il loro fallimento. Molto spesso infatti il paziente con Scompenso Cardiaco terminale è un paziente sottoposto a monitoraggio invasivo, supporto ventilatorio (IOT, C - PAP, ecc.), contropulsazione aortica, ultrafiltrazione fino allo stadio terminale (Figura 3). I markers pro-

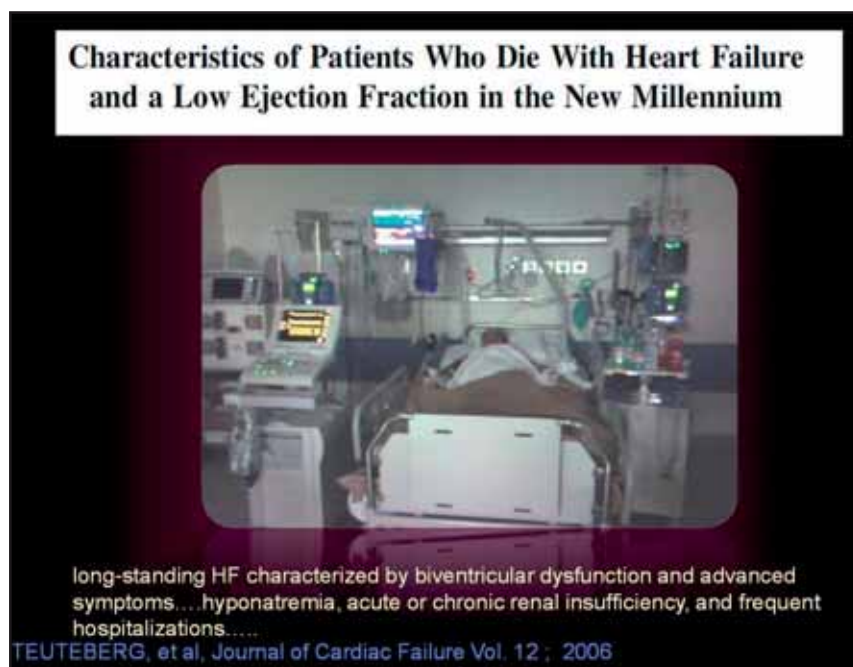


Figura 3

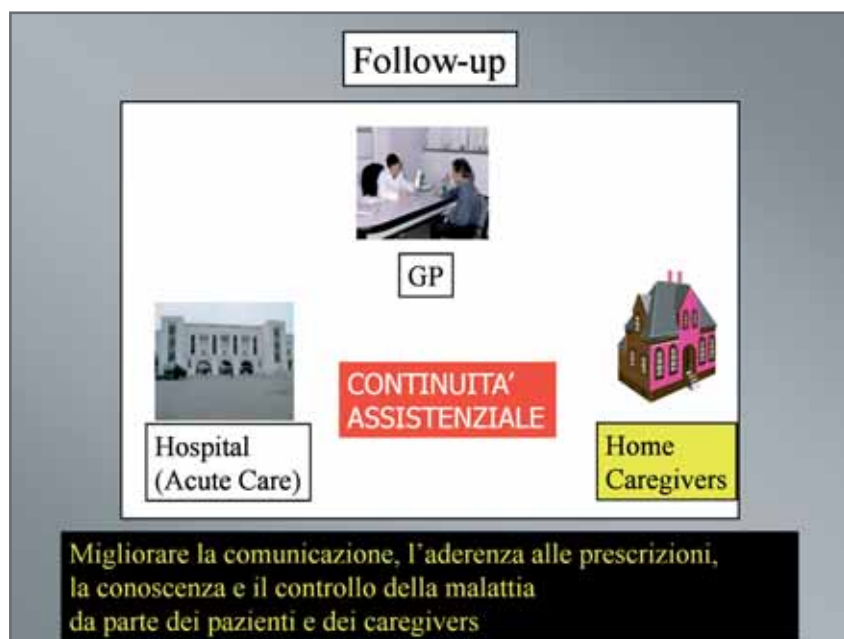


Figura 4

gnostici (età avanzata, classe NHYA III - IV nonostante terapia ottimizzata, deficit cognitivo e di deambulazione, ecc.) ci forniscono suggerimenti, ma in realtà non esiste un chiaro indicatore per definire il momento in cui avviare il paziente a delle cure palliative. Emerge senz'altro la necessità di creare una rete integrata di cure in grado di gestire questi pazienti con un carico assistenziale così elevato, attualmente non supportato dalle strutture esistenti: gli hospice (quasi completamente dedicati alle cure neoplastiche), le residenze territoriali (non omogeneamente distribuite) ed il substrato familiare e sociale (in continua evoluzione). Il telemonitoraggio di parametri quali peso, PA, SatO₂, dati ematochimici, ecc. rappresenta un intervento che, inserito in un programma completo di gestione dello scompenso, può contribuire a migliorare la compliance e creare un vero link tra operatore e paziente (Figura 4). Esistono tuttavia ancora delle limitazioni economiche e burocratiche per l'implementazione di queste tecnologie, nonostante il loro apporto nella riduzione dei costi in termini di ospedalizzazioni, visite di controllo ed un aumento della sopravvivenza ed un miglioramento della qualità di vita.

Convention delle UTIC 2009

di Matteo Cassin

28

Anche quest'anno le problematiche delle UTIC italiane sono state inserite tra le Main Session del Congresso ANMCO. Sono stati affrontati in particolare gli aspetti organizzativi generali, le problematiche delle UTIC degli Ospedali di rete, non dotati di Emodinamica Interventistica, gli aspetti della competenza e specificità del Cardiologo e dell'Infermiere intensivista nella prospettiva della Certificazione di Qualità, infine lo sbocco organizzativo auspicato: il Dipartimento Cardiovascolare. Nella Relazione introduttiva Francesco Maria Bovenzi ha trattato il tema "Il paziente in UTIC: nuovi scenari epidemiologici ed organizzativi", analizzando il cambiamento culturale ed organizzativo delle UTIC, da quando nel 1961 sono nate con lo scopo principale di intervenire nelle complicanze aritmiche dell'Infarto Miocardico, in seguito per gestire la rivascolarizzazione miocardica con trombolisi e poi con angioplastica primaria. Si sono aperti quindi gli scenari della strategia precocemente invasiva, con la conseguente dicotomia tra UTIC hub e UTIC spoke, integrate nel concetto di rete per il Cardiopatico acuto. Infine l'evoluzione da Terapia Intensiva Coronarica verso una strategia più ampia di Terapia Intensiva Cardiologica. I più importanti fattori connessi a questo cambiamento sono, principalmente, la transizione epidemiologica (pazienti più anziani, con più disabilità e comorbidità), le nuove possibilità tecnologiche e di cura (l'angioplastica primaria), le evoluzioni delle professioni (in particolare il nursing), le maggiori aspettative del cittadino

(sempre più informato), i vincoli della sostenibilità economica. Il Documento *Struttura ed Organizzazione funzionale della Cardiologia 2009* definisce l'UTIC come snodo fondamentale del Dipartimento Cardiologico trasversale, ben integrata nella rete interospedaliera territoriale. Struttura che deve garantire al Cardiopatico critico il miglior livello di cura con continuità da e verso il territorio, che deve ottimizzare le risorse economiche, tecnologiche, strutturali ed umane secondo appropriatezza, responsabilità, competenza e qualità. L'UTIC deve trovarsi idealmente in prossimità del DEA e del Laboratorio di Emodinamica, deve essere dotata di spazi disposti con un adeguato compromesso tra necessità di privacy e di controllo costante anche visivo (configurazione a raggiera), deve avere ampiezza sufficiente per eseguire le procedure anche complesse. Le raccomandazioni ESC stimano una necessità di 4 - 5 posti letto/100.000 abitanti o 10 posti letto/100.000 accessi anno al DEA. In Italia, quindi, la disponibilità assistenziale in termini di posti letto è adeguata, con una distribuzione capillare delle UTIC sul territorio, tranne poche realtà dove ci possono essere margini di miglioramento (una UTIC ogni 136.000 abitanti, un posto letto intensivo ogni 21.816 abitanti). Dall'analisi dei dati disponibili (Duke University) è evidente la sovrapposizione tra le UTIC e le Terapie Intensive Generaliste, a testimonianza dell'evoluzione da terapia coronarica a quella cardiologica. Ne deriva quindi la necessità di sviluppare una nuova metodologia clinica e nuove

competenze come il monitoraggio multi - parametrico invasivo e non, l'utilizzo di device per l'assistenza respiratoria, l'ultrafiltrazione e la dialisi, la contropulsazione e l'assistenza ventricolare, avere competenza nella gestione delle complicanze post - procedurali, padronanza della farmacologia e dei principi di nutrizione parenterale, avere dimestichezza con la prevenzione e il trattamento delle infezioni, la sedazione ed il monitoraggio neurologico, la riabilitazione cardiovascolare precoce. In questo contesto è interessante vedere come sono cambiati i flussi di attività in una regione dove il concetto di rete è ben sviluppato (dati Agenzia Sanitaria e Sociale Emilia - Romagna 2008). Nel corso degli anni si è ridotto il flusso dei pazienti con STEMI nelle UTIC Spoke, mentre è aumentato il flusso di pazienti nelle UTIC Hub (Figura 1). Tutto questo ha avuto ricadute in termini di aumento del numero di angioplastiche primarie e in termini di riduzione della mortalità intra - ospedaliera e a sessanta giorni. Inoltre non si sono rilevate significative differenze di mortalità ad un anno tra i pazienti trattati con angioplastica primaria eseguita on - site o dopo trasferimento (Manari, European Heart Journal 2008). I dati IN - ACS Outcome ci indicano che la mortalità intra - ospedaliera dei pazienti con SCA è bassa (4,6% nello STEMI, 1,8% nella SCA - NSTE). Dati simili a quelli del Blitz 3, che però ci fa vedere una forte criticità, la non ripercussione nel 40% dei pazienti STEMI arruolati, fenomeno più evidente nelle UTIC spoke. Il Blitz 3 ha fotografato l'esi-

Figura 1



Grilli R, Agenzia Sanitaria e Sociale Emilia-Romagna, 2008



Figura 2



stenza di un “mondo sommerso” che andrebbe meglio compreso e governato al fine di garantire piena ed efficace assistenza al Cardiopatico Critico. Emergono alcuni dati di inappropriata; una percentuale abbastanza importante di pazienti ancora oggi non riceve cure ottimali. Di qui la necessità di una sostenibile riqualificazione di alcune UTIC italiane. Un’altro problema è quello delle aspettative dei Cardiologi in formazione. In una recente Survey americana su 252 Medici specializzandi solo il 16% avevano intenzione di dedicare la propria attività alla Cardiologia clinica. Vi è uno squilibrio tra i bisogni legati ai nuovi contesti sociali, di salute pubblica, di peso epidemiologico, di complessità e disponibilità di moderne diagnosi e cure epidemiologiche e la scarsità dei Cardiologi, in particolare clinici e intensivisti. Possibili meccanismi di riequilibrio possono derivare da nuova pianificazione della didattica nelle Università e negli Ospedali, dalla Certificazione delle competenze intensivistiche e cliniche, dallo sviluppo di leadership in senso di management delle problematiche cardiologiche, dalla cultura del Governo Clinico e della qualità. L’ANMCO si sta muovendo in questa linea con il Blitz 4, la cui finalità è quella di facilitare la gestione e l’aderenza alle Linee Guida nelle SCA, nei percorsi intra e post - ospedalieri. In Toscana è stato sviluppato un progetto di miglioramento organizzativo in 10 Cardiologie - UTIC attraverso il conseguimento volontario della Certificazione di

Qualità. È stato ottimizzato il sistema con obiettivi minimi quali la formalizzazione del controllo delle cartelle cliniche, l’adozione della scheda terapeutica unica, la revisione dei consensi e trattamento dei dati personali, la definizione del protocollo di gestione dei posti letto, la sorveglianza delle interazioni terapeutiche, l’attivazione di istruzioni per il controllo delle apparecchiature, la definizione degli indicatori di monitoraggio, l’analisi dei percorsi e dei diversi processi clinici e organizzativi (Figura 2). Il percorso verso la Qualità Certificata non è una strada agevole, ma porta ad una maggior consapevolezza di cosa facciamo e di come lo facciamo. Il percorso verso la qualità certificata è un efficace strumento di difesa dei valori delle UTIC e della Cardiologia cui è indispensabile credere nell’adempiere al nostro compito primario che è quello di curare al meglio i nostri malati. Nella seconda Relazione è stato affrontato il tema del “Ruolo delle UTIC senza emodinamica interventistica” (Matteo Cassin). Questo è un punto cruciale poiché nello scenario attuale dei cambiamenti epidemiologici, delle modifiche delle strategie di trattamento e delle modalità organizzative e gestionali si concretizza il rischio della disgregazione delle Cardiologie più grandi e della scomparsa delle UTIC più piccole, non dotate di Emodinamica interventistica. Dai dati del Censimento 2005 si rileva il dato che le UTIC non interventistiche rappresentano il 48% di tutte le UTIC italiane (200 UTIC non interventistiche/411 UTIC totali) e che non in

tutti gli Ospedali dotati di DEU c’è una UTIC (il 25% degli Ospedali con DEU non ha UTIC). Ancora le UTIC non interventistiche sono diffuse abbastanza omogeneamente nel territorio, anche se in misura maggiore al Centro e al Sud. I dati Blitz 3 mostrano che queste UTIC hanno ricoverato complessivamente il 40% di tutti i pazienti reclutati, il 42% dei pazienti con età > 75 anni, il 39% di femmine. Inoltre in queste Strutture sono stati ricoverati in proporzione maggiore pazienti con STEMI ed età > 75 anni e una maggior proporzione di pazienti con SCA e copatologie. Dal confronto tra UTIC non interventistiche ed interventistiche, relativamente alla diagnosi di ammissione, si vede che nelle prime si ricovera una percentuale inferiore di pazienti con STEMI e maggiore di pazienti con Scopenso Cardiaco Acuto e altre patologie (aritmie sopra-ventricolari in particolare). A complemento di questa fotografia statica ancora una volta ci sono i dati della Regione Emilia - Romagna che ci fanno vedere l’andamento temporale dinamico delle attività complessive delle UTIC Spoke. Dal 2002 al 2007 l’attività globale è calata del 9%, con il massimo della variazione relativo allo STEMI (- 51%), mentre c’è un incremento del 19% del numero di SCA NSTEMI, con attività complessiva stazionaria per quanto riguarda le altre patologie. Come in precedenza sottolineato, i dati Blitz 3 ci indicano una forte criticità, la ripercussione nello STEMI. Il 57% dei pazienti con STEMI ricoverati nelle UTIC non interventistiche non viene ripercusso e

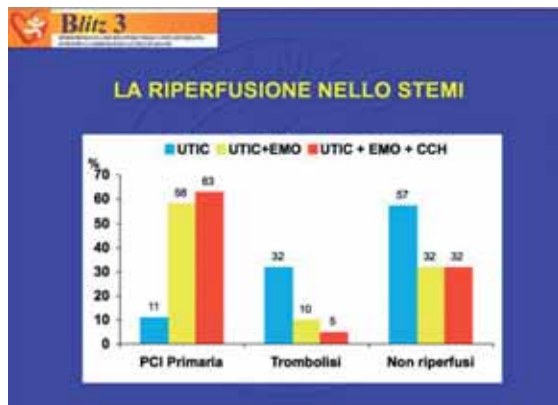


Figura 3

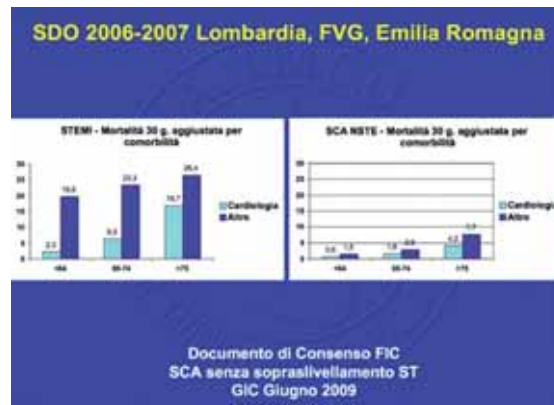


Figura 4

30

quando viene fatta, questa è prevalentemente con trombolisi (Figura 3). È necessario ricordare però che si tratta di pazienti più anziani e con più copatologie e che non abbiamo notizie più dettagliate di questi pazienti non riperfusi, non sappiamo quanto gravi siano, ma comunque probabilmente si tratta di pazienti che necessitano di un alto carico assistenziale. Un dato grezzo finale che ci può dare un'idea complessiva di tutto il percorso UTIC è quello della mortalità, che non è diversa nelle diverse tipologie di UTIC e si aggira intorno al 3%. Si tratta, è bene ribadirlo della mortalità UTIC, e non di tutto il percorso ospedaliero. Se vogliamo riassumere le caratteristiche delle UTIC Spoke italiane possiamo dire che queste hanno una diffusione capillare e complessivamente adeguata, rappresentano il 48% del totale UTIC, ricoverano circa il 40% dei pazienti UTIC, che sono più anziani e con più copatologie, che provengono principalmente dal PS/DEA, si tratta di una popolazione con meno STEMI più Scompensi Cardiaca Acuti o altre patologie, che i pazienti STEMI vengono riperfusi in misura minore, comunque la durata di degenza e la mortalità sono simili in tutte le tipologie di UTIC. Se consideriamo i pazienti con SCA, è importante valutare l'impatto del reparto di ricovero (UTIC piuttosto che reparto internistico) sulla mortalità. Dall'analisi delle SDO in tre regioni (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia - Romagna) nel 2006 - 2007 e considerando la mortalità a trenta giorni aggiustata per comorbidità, si vede una significativa differenza tra i

pazienti ricoverati in UTIC e quelli in reparto internistico (mortalità minore nei primi) in tutte le fasce di età considerate. Questo trend è più evidente nei pazienti con STEMI (Figura 4). Un'altro punto da considerare è che anche le UTIC più piccole sono state parte importante del progresso scientifico ed organizzativo della Cardiologia italiana. Ricordiamo in particolare l'ampia partecipazione di tutte le UTIC italiane agli Studi GISSI, agli Studi Blitz, ai Censimenti delle Strutture Cardiologiche italiane. Da questi dati emerge il ruolo importante che anche le UTIC Spoke rivestono nell'ambito della gestione dei Cardiopatici acuti. Ma quale deve essere il loro ruolo in questo momento storico dove la transizione epidemiologica e le nuove proposte organizzative ne mettono in dubbio la sopravvivenza? Dobbiamo tener presente che la realtà italiana è molto eterogenea, non possiamo pensare ad un modello strutturale ed organizzativo unico che valga per tutte le Cardiologie senza Emodinamica interventistica. Bisogna pensare ad una cornice generale, che deve poi adattarsi in modo elastico alle singole realtà. Una prima ipotesi proposta è quella dell'Ospe-

dale per intensità di cura con le UTIC incorporate nelle aree intensive, quindi con la frammentazione della Cardiologia nei vari livelli di intensità di cura, con le funzioni UTIC collocate nelle aree intensive o semi - intensive. In questo scenario il ruolo del Cardiologo diventerebbe quello di consulente,

erogatore di prestazioni diagnostiche e terapeutiche anche ad alto contenuto tecnologico. Il rischio è quello di perdere la completezza del percorso clinico, e di andare verso la disgregazione e marginalizzazione della Cardiologia. Da questo punto di vista la Federazione Italiana di Cardiologia ha preso posizione, definendo questo modello un regresso che viene rigettato a favore invece del modello di gradualità e continuità delle cure all'interno del Dipartimento Cardiovascolare. Il secondo scenario, da noi auspicato, è quello del mantenimento, in presenza di adeguato bacino di utenza e volume di attività, dell'autonomia delle UTIC in generale e di quelle non interventistiche in particolare, che debbono avere un ruolo centrale e non sostituibile nel trattamento del Cardiopatico acuto di nuova insorgenza o instabilizzato, ma anche del paziente con problematiche inizialmente internistiche o chirurgiche e che poi si complica dal punto di vista cardiovascolare, che devono farsi carico complessivamente del Cardiopatico critico e delle sue poli - patologie associate (Figura 5). Deve crescere da un lato la cultura della Cardiologia

Figura 5

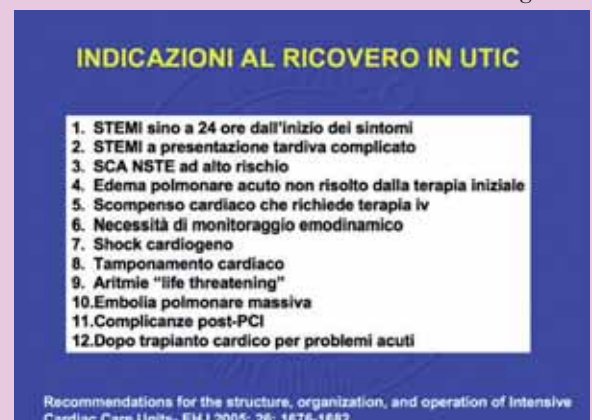


Figura 6



intensivistica ma anche quella di aspetti non propriamente cardiologici con i quali avremmo sempre più a che fare (diabete, insufficienza respiratoria, complicanze emorragiche, insufficienza renale ecc.). Queste UTIC devono essere in grado di gestire le complicanze del Cardiopatico acuto ma debbono avere un adeguato supporto multi - specialistico (ventilazione invasiva, UF e dialisi). Ancora devono essere Strutture autonome con guardia attiva e inserite nel Dipartimento Cardiovascolare di Area Vasta, al centro della rete assistenziale intra - ospedaliera e snodo di quella inter - ospedaliera. Debbono avere ampia accessibilità interna ed esterna, e di concreto supporto all'attività del PS - DEA e OBI. I Cardiologi debbono essere consulenti "riconosciuti" per tutti i problemi cardiologici acuti, secondo protocolli condivisi e possibilmente deliberati. Nel contesto di questa cornice generale possono realizzarsi nelle singole realtà modalità organizzative diverse, e possono essere accettati anche modelli semplificati, che possono prevedere utili sinergie con altri reparti e dove si possono ipotizzare Strutture e personale infermieristico in comune con altre Aree intensive o semi - intensive (Figura 6). Per essere credibili dobbiamo essere realisti e vedere alcune criticità, che

provengono ancora dai dati Blitz 3, dove si è visto che alcune UTIC ricoverano pochissimi pazienti (il 25% delle UTIC aveva ricoverato meno di 12 pazienti/14 giorni e alcune addirittura solo 3 pazienti). Su tutto questo è necessaria una seria riflessione, senza scontri ideologici e battaglie corporative. In sintesi è da tenere in considerazione la necessità di adattamento costante ai mutamenti in atto, è fondamentale essere accessibili, ampliare le nostre competenze cliniche e strumentali, avere ben in mente il volume di attività delle singole UTIC e il bacino di utenza, considerando anche il contesto geografico, e fornire una vera continuità assistenziale. Quindi competenza clinica, Certificazione di Qualità, rete per il Cardiopatico acuto, Dipartimento Cardiovascolare.

Di "Certificazione di qualità del Cardiologo intensivista" ha parlato poi Marco Tubaro. Nel 2005 sono state pubblicate le Raccomandazioni per la struttura, organizzazione e funzione delle UTIC a cura del WG Acute Cardiac Care della Società Europea di Cardiologia. L'UTIC si identifica in primo luogo per la qualità del personale

medico ed infermieristico, che deve essere dedicato e competente. Inoltre è necessaria la coesistenza di Aree subintensive accanto alle UTIC. Per quanto riguarda le attrezzature, possiamo identificare livelli base e livelli più avanzati a seconda della complessità dell'Ospedale nel quale le UTIC si trovano. La ESC ha pubblicato il Core Curriculum per il Cardiologo Generalista e ha definito poi le Raccomandazioni per l'Accreditamento delle sub - specialità in Cardiologia e quindi il Curriculum per il Training del Cardiologo intensivista. L'obiettivo dell'Accreditamento è quello di aiutare le Società nazionali e i singoli centri ad educare i Cardiologi che lavorano nelle UTIC al fine di raggiungere uno standard ottimale comune. I livelli di competenza sono stati suddivisi in 3 livelli: 1° livello - capacità di selezionare le modalità diagnostiche appropriate, di interpretare i risultati e scegliere il conseguente trattamento indicato; 2° livello - esperienza pratica, ma non come operatore indipendente (ha assistito alla procedura o l'ha effettuata sotto supervisione); 3° livello - capacità di effettuare la procedura o utilizzare la tecnica in modo indipendente, senza supervisore. Per l'Accreditamento è necessario aver gestito un certo numero di pazienti con le diverse tipologie di patologia, avere quindi competenza di Cardiologo clinico (Figura 7). È ovviamente necessario avere anche un certo livello di com-

| accreditamento: pazienti | | accreditamento: tecniche | | |
|----------------------------------|-------------|----------------------------------|----|-----------------------|
| patologia | N° pazienti | tecnica (da completare 10/12) | N° | livelli di competenza |
| sindromi coronariche acute | 300 | PCI primaria | 50 | III |
| insufficienza cardiaca acuta | 100 | catereterismo dex | 20 | III |
| miocardite | 10 | catereterismo venoso centrale | 20 | III |
| tamponamento cardiaco | 10 | IABP | 10 | III |
| complicanze valvolari acute | 10 | emofiltrazione | 10 | II |
| malattie dell'aorta | 2-5 | NINV | 30 | III |
| insufficienza respiratoria acuta | 50 | IOT | 20 | III |
| - IOT | 20 | ventilazione meccanica | 20 | III |
| aritmie | TV | pericardiocentesi | 10 | III |
| | TPSV | PM temporaneo | 50 | III |
| | BAV | CPR | 50 | III |
| embolia polmonare | 10 | assistenza ventricolare | 5 | I |

Figura 7

petenze tecniche relativamente alla angioplastica primaria, cateterismo destro, cateterismo venoso centrale, IABP, emofiltrazione, ventilazione non invasiva, ventilazione meccanica, pericardiocentesi, PM temporanea, RCP (Figura 7). Debbono essere anche identificati dei centri di Training, con determinati requisiti di qualità. È stata strutturata una tipologia di esame finale per ottenere l'accreditamento, con domande a risposta multipla. Come detto in precedenza l'UTIC è la Struttura cardiologica chiave per la gestione ottimale dei pazienti cardiopatici acuti, è una Struttura soggetta ad avanzamenti culturali, organizzativi e tecnologici rapidi e frequenti, le Unità di Terapia Intensiva da esclusivamente Coronariche si sono trasformate in Cardiologiche, il case - mix dei pazienti è caratterizzato da età avanzata, polipatologia cardiovascolare, forte incidenza di comorbidità. Quindi i Cardiologi delle UTIC devono accrescere e migliorare il loro training, per fare fronte alle nuove richieste di salute. L'accreditamento dei Cardiologi a lavorare in UTIC, insieme con il mantenimento dell'UTIC all'interno del Dipartimento Cardiovascolare, sono fattori chiave per l'integrità della Cardiologia come specialità medica. L'implementazione in Italia dell'accreditamento ESC è un'occasione preziosa per un forte posizionamento europeo delle UTIC italiane. In Italia possono essere organizzati diversi programmi educativi nell'ambito di un percorso formativo diretto all'accreditamento. L'ANMCO e l'Area Emergenza - Urgenza hanno un ruolo fondamentale per la realizzazione dell'Accreditamento ospedaliero delle

UTIC e dei loro Cardiologi. A seguire Giuliana Mazzoleri ha poi ben delineato le *“Caratteristiche specifiche dell’Infermiere intensivista”*. Alessandro Boccanelli ha infine parlato del *“Dipartimento Cardiologico inteso come risposta organizzativa alle emergenze del paziente”*, partendo dalle aspettative dei cittadini nel momento in cui hanno un problema sanitario. Quindi i diritti del cittadino che riguardano in particolare la facilità e l'equità nell'accesso, la sicurezza, l'umanità e qualità nelle cure, il “prendersi cura”, le attività di promozione di stili di vita, l'economicità delle cure. Riesaminando i risultati delle UTIC, un grande merito è quello di aver abbassato la mortalità dell'Infarto Miocardico Acuto dal 30% all'attuale 5 - 6%. I dati IN - ACS Outcome relativi allo stato alla dimissione ci indicano che la mortalità per STEMI è 4.6%, per SCA - NSTEMI 1.8%, quindi una mortalità complessiva del 2.9%. Questi risultati, confermati dal Blitz 3, devono costituire il punto di riferimento attuale in Italia. L'altro dato è che la competenza clinica del Cardiologo e dell'Infermiere dell'UTIC sono importanti e non sostituibili. Sappiamo ancora che la capacità di curare la malattia, la SCA in particolare, è strettamente dipendente dal volume di attività, cioè da quanti pazienti vengono trattati da un Centro e dai singoli professionisti. Le criticità sono legate ai motivi già dettagliati in precedenza. Un'altra criticità è che considerando i 120.000 infarti/anno in Italia, 60.000 vengono ricoverati in UTIC e solo 35.000 vengono trattati. Questioni aperte: l'UTIC di oggi e del futuro (struttura ed organizzazione funzionale); quali requisiti tecnologici

deve possedere; come deve essere organizzata; quali competenze cliniche del Cardiologo dell'UTIC (diverse se Centro Spoke o Hub?); quali pazienti ricoverare in UTIC e per quanto tempo. Le prospettive: il Cardiologo si trova a dover affrontare situazioni e competenze che probabilmente in passato non gli venivano richieste. Quindi dobbiamo passare ad una UTIC inserita in un contesto di rete (plugged UTIC), che deve avere una dotazione strumentale completa e di alto livello in tutti i presidi (high tech UTIC), le competenze mediche ed infermieristiche devono essere adeguate ed aggiornate secondo programmi definiti (high - touch UTIC). La risposta organizzativa auspicata è il Dipartimento cardiologico, al cui interno può essere graduata l'assistenza in relazione alle necessità del momento clinico del paziente in un'Area intensiva, un'Area subintensiva, in un'Area a bassa intensità di cura come può essere quella riabilitativa (Figura 8). Nel Documento *Struttura ed Organizzazione funzionale della Cardiologia* c'è un capitolo dedicato alle Interazioni con il SSN ed articolazioni di nuovi modelli organizzativi, all'interno del quale si parla di Dipartimento Cardiovascolare. Abbiamo accettato il modello Hub e Spoke, cioè l'UTIC non è più di quell'Ospedale ma è una terapia intensiva cardiologica all'interno di una rete che deve essere funzionalmente collegata per fornire il miglior servizio, non legata alla sola esecuzione ad esempio dell'angioplastica primaria, ma una rete finalizzata alla migliore e completa assistenza al Cardiopatico acuto. All'interno della rete Hub e Spoke, se si vuole fornire

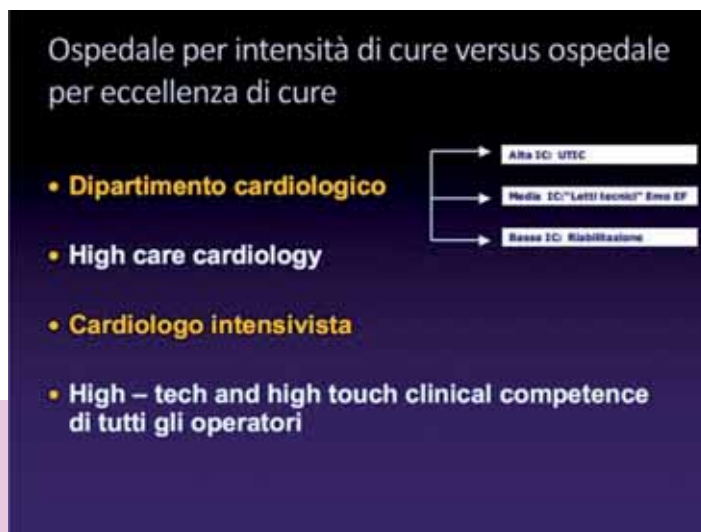


Figura 8



Figura 9

un buon servizio al Cardiopatico acuto, l'attività della rete deve ruotare intorno alla continuità assistenziale all'interno della disciplina. Nonostante tutte le nostre riserve verso l'Ospedale per intensità di cure, è necessario tener presente anche alcuni aspetti positivi e noi Cardiologi dobbiamo certamente trovare delle sinergie intelligenti all'interno degli Ospedali più piccoli, dove probabilmente non c'è una stretta necessità di una terapia intensiva esclusivamente cardiologica. E in effetti, come abbiamo visto dai dati Blitz 3 riportati in precedenza, ci sono alcune UTIC che ricoverano pochissimi pazienti. Quindi bisogna essere ragionevoli, duttili, flessibili per poter essere riconosciuti all'interno di una struttura anche piccola nel ruolo specifico di Cardiologo, comunque collegato funzionalmente ad altre strutture che ne valorizzano la dignità

locale. La Cardiologia italiana in generale non è favorevole all'Ospedale per intensità di cure, optando decisamente per la gradualità delle cure in grado di offrire il meglio in termini assistenziali al cittadino che in quel momento sta male. Il Dipartimento Cardiovascolare è il miglior modello di aggregazione delle Strutture cardiologiche e cardiocirurgiche, assicura le cure cardiologiche graduali e la promozione della salute. Le Strutture che costituiscono il Dipartimento adottano regole comuni di comportamento e perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo specifici ambiti di autonomia e responsabilità. Il Dipartimento Cardiovascolare è una necessità da perseguire anche perché dobbiamo poter dire a chi poi ci governa, chi stabilisce come devono essere fatti i nostri Ospedali, quali sono le soluzioni

migliori per fare fronte alle esigenze che abbiamo elencato. Il Dipartimento non è un'entità rigida, ma si adatta alle singole realtà purché siano conservati gli elementi fondanti dello stesso che sono le competenze nella cura delle malattie cardiovascolari. Il Dipartimento può essere strutturale, funzionale, transmurale, ospedaliero, extraospedaliero, misto, aziendale, interaziendale. I Dipartimenti aziendali e interaziendali sono deputati al governo della rete integrata assistenziale cardiologica in collegamento funzionale con i dipartimenti di emergenza. Quindi il Dipartimento è flessibile purché sia fatta salva la connotazione cardiologica che lega le diverse attività del Dipartimento. Le ragioni per la realizzazione del Dipartimento Cardiovascolare sono diverse (Figura 9). Ragioni demografiche: il progressivo allungamento della vita, unito al decremento delle nascite, ha

fatto in modo che la Società italiana, analogamente a tutte le Società industrializzate occidentali, sia diventata sempre più una Società di anziani; abbiamo sempre più pazienti anziani, con polipatologie. Ragioni epidemiologiche: le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morbilità e mortalità in Italia, rappresentano una delle problematiche più importanti con le quali i moderni Sistemi Sanitari si devono cimentare, quindi non è razionale spezzare l'assistenza di pazienti, che sono così prevalenti all'interno della nostra popolazione, in modelli che non rispettano la necessaria continuità delle cure. Ragioni socio-culturali: la Società italiana odierna è una Società con larga diffusione di fattori di rischio e conseguente patologia cardiovascolare. Oggi il paziente, a fronte della moltiplicazione delle indagini e delle procedure, ha sempre più la coscienza della propria malattia ed esige trattamenti certi, tempestivi ed adeguati ponendo in termini perentori il problema di ricondurre l'assistenza ad una visione unitaria. Ragioni tecno - strumentali: la tecnologia ha di fatto determinato una situazione nella quale la macchina rischia di assumere un significato prevalente nell'approccio alla malattia ed al paziente. In realtà i problemi si risolvono con le persone che sanno usare quella tecnologia e quindi essere consapevoli che i pazienti non vengono curati con il catetere ma con la competenza di chi ne conduce l'assistenza. Ragioni professionali: in Cardiologia è possibile ritrovare un'articolazione varia di attività e un ampio spettro di competenze specifiche e di assetti assistenziali. È di fondamen-

tale importanza che il Medico riesca ad integrare i processi legati all'innovazione alle risposte organizzative e alla crescita professionale. Ragioni organizzative: si evidenzia in primo piano l'esigenza di riprogettare il percorso assistenziale del paziente nell'ottica di una continuità di cure che garantisca una reale saldatura tra i servizi di tipo preventivo - diagnostico, terapeutico e riabilitativo - residenziale. Ragioni assistenziali: la salvaguardia del paziente, intesa come facilità e completezza di percorsi diagnostico - terapeutici, deve essere al primo posto nella progettualità di un contenitore organizzativo. La confusione e l'approssimazione organizzativa sono la causa principale di percorsi assistenziali tortuosi ed inappropriati. Ragioni economiche: il Dipartimento Cardiovascolare rappresenta uno strumento di efficienza per la possibilità di coniugare l'intensità di cura conservando la specificità e la competenza clinica. Il Dipartimento Cardiovascolare consente di riportare ad unitarietà una serie di interventi attraverso una gradualità di cure che vanno dalla bassa assistenza, alla media, alla intensiva, alla ultraspecialistica ed alla riabilitativa.



Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2009-2010

AREA ARITMIE

Chairman Massimo Zoni Berisso (Genova - Sestri Ponente)

Co - Chairman Maurizio Landolina (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle Fonti - BA)

Giampiero Maglia (Catanzaro)

Claudio Pedrinazzi (Crema)

Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/

AREA CHIRURGICA

Chairman Luigi Martinelli (Milano)

Co - Chairman Pierluigi Stefano (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Mauro Cassese (Catanzaro)

Giuseppe Faggian (Verona)

Giovanni Marchetto (Cagliari)

Daniele Maselli (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica/

AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairman Giuseppe Fradella (Firenze)

Co - Chairman Maddalena Lettino (Pavia)

Comitato di Coordinamento

Roberto Ceravolo (Catanzaro)

Marco Milo (Trieste)

Alessandro Pani (Cagliari)

Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza/

AREA INFORMATICA

Chairman Guido Giordano (Catania)

Co - Chairman Antonio Mantero (Milano)

Comitato di Coordinamento

Paolo Barbier (Milano)

Domenico Di Girolamo (Caserta)

Walter Pitscheider (Bolzano)

Alfredo Posteraro (Tivoli - RM)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica/

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman Andrea Rubboli (Bologna)

Co - Chairman Loris Roncon (Rovigo)

Comitato di Coordinamento

Ermanno Angelini (Brindisi)

Michele Azzarito (Roma)

Bianca Maria Fadin (Cremona)

Matteo Rugolotto (Treviso)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo/

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman Evasio Pasini (Lumezzane - BS)

Co - Chairman Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)

Comitato di Coordinamento

Paolo Corsetti (Torino)

Gessica Italiani (Pescia - PT)

Vincenzo Lenti (Taranto)

Giacomo Levantesi (Vasto - CH)

www.anmco.it/aree/elenco/management/

AREA NURSING

Chairman Medico Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)

Co - Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MI)

Chairman Infermiere Lucia Sabbadin (Trento)

Co - Chairman Infermiere Cristiana Caredda (Cagliari)

Comitato di Coordinamento

Gioia Cassoni (Roma)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Paola Di Giulio (Milano)

Gaetano Satullo (Messina)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing/

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman Stefano Urbinati (Bologna)

Co - Chairman Pompilio Faggiano (Brescia)

Comitato di Coordinamento

Francesco Boncompagni (Cosenza)

Francesco Fattirolli (Firenze)

David Mocini (Roma)

Gian Piero Perna (Ancona)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman Michele Senni (Bergamo)

Co - Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)

Comitato di Coordinamento

Mariantonietta Cicoira (Verona)

Giovanni Cioffi (Trento)

Paolo Midi (Genzano di Roma - RM)

Massimo Piepoli (Piacenza)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/

Novità on - line per l'Area Aritmie

di C. Pedrinazzi, G. Zingarini,
M. Zoni Berisso

Il Sito WEB ANMCO costituisce ormai da diversi anni un importante punto di riferimento in ambito cardiologico per i Medici italiani, dove possono essere trovate informazioni riguardanti la struttura organizzativa della nostra Associazione, risorse scientifiche utili per l'aggiornamento professionale sui temi più rilevanti della Cardiologia e informazioni riguardanti le iniziative formative promosse dall'ANMCO. Negli ultimi mesi il Sito ha subito no-

quanto fra i Cardiologi Generalisti, i Medici di altre Specialità Mediche e i Medici di Medicina Generale. Già durante lo scorso biennio la pagina WEB dell'Area Aritmie (www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/) era stata arricchita attraverso la pubblicazione di un esteso elenco di risorse bibliografiche riguardanti tematiche di grande attualità e oggetto di importanti controversie quali il modo ottimale di stimolare elettricamente il cuore, l'utilizzo del defibrillatore impianta-

Notevoli cambiamenti in vista per la pagina WEB dell'Area Aritmie, con nuove Sezioni e nuovi contenuti scientifici riguardanti le problematiche attuali e controverse dell'Aritmologia Clinica

Dopo il recente aggiornamento della veste grafica e dei contenuti del Sito WEB ANMCO, notevoli cambiamenti sono in vista anche per la pagina WEB dell'Area Aritmie, con nuove Sezioni e nuovi contenuti scientifici riguardanti le problematiche attuali e controverse dell'Aritmologia Clinica

tevoli cambiamenti nella sua struttura che hanno contribuito ad ampliarne ulteriormente i contenuti e a renderne più agevole la consultazione grazie alla nuova veste grafica chiara, semplice ed immediata. Similmente al Sito WEB dell'ANMCO, anche la pagina WEB dell'Area Aritmie è stata aggiornata e ampliata cercando di renderla sempre più un mezzo semplice e rapido per il passaggio di informazioni e per lo scambio di opinioni. Con la nascita di nuove Sezioni e con l'arricchimento di quelle esistenti di nuovi contenuti scientifici riguardanti le problematiche più attuali e più controverse della Aritmologia Clinica, il Comitato di Coordinamento ha voluto sottolineare una volta di più la Mission dell'Area Aritmie indirizzata a diffondere cultura e a produrre formazione in campo aritmologico non tanto fra gli Elettrofisiologi puri,

bile e la terapia di resincronizzazione cardiaca. Inoltre la pagina WEB era stata arricchita di una Sezione denominata *Aggiornamenti in Aritmologia*, in cui inserire segnalazioni riguardanti Studi Clinici e nuove acquisizioni relative a problematiche aritmologiche di interesse anche per il Cardiologo non specificamente Aritmologo. La Sezione degli *Aggiornamenti in Aritmologia* è stata ulteriormente arricchita di contenuti e ridisegnata in modo da renderne più semplice ed immediata la consultazione. Sono infatti state create delle cartelle dedicate alle tematiche aritmologiche di più vasto interesse clinico, in cui sono state inserite monografie, articoli e in alcuni casi anche risorse sotto forma di presentazione in formato Power Point. Le tematiche al momento individuate sono indicate a seguire.

- La *Fibrillazione Atriale*, con particolare riguardo alle prospettive terapeutiche sia in ambito farmacologico che non farmacologico (in particolare l'ablazione).

- La *Sincope*, problematica clinica in cui l'iter diagnostico presenta spesso notevoli difficoltà e che pone il Medico molto spesso di fronte a problemi di tipo sia clinico che gestionale. In particolare, negli ultimi anni si è andato sempre più diffondendo il modello della Syncope Unit, con l'obiettivo di ovviare alle carenze organizzative che spesso ostacolano la corretta gestione clinica del paziente con sincope. Inoltre, l'utilizzo dei sistemi di monitoraggio invasivo e non invasivo e l'approccio terapeutico della sincope neuromediata (sia dal punto di vista della terapia farmacologica che del pacing) sono tuttora oggetto di dibattito.

- La *Morte Improvvisa*, che costituisce forse la tematica attualmente più dibattuta e controversa in ambito aritmologico, anche a causa dei numerosi Trial che sono stati recentemente pubblicati circa l'utilizzo del defibrillatore impiantabile nei pazienti con Scompenso Cardiaco e circa l'utilizzo delle metodiche non invasive ed invasive per la stratificazione del rischio di aritmie ventricolari maggiori e Morte Improvvisa, che hanno fornito dei risultati spesso estremamente controversi. La stratificazione del rischio di Morte Improvvisa e la corretta selezione dei pazienti da sottoporre ad impianto di defibrillatore in prevenzione primaria costituiscono oggi una delle sfide più difficili per il Cardiologo. A questo proposito è in corso una Survey condotta dall'Area Aritmie e

dall'Area Scompenso Cardiaco circa le prassi comportamentali adottate nelle Cardiologie italiane in tema di stratificazione del rischio di Morte Improvvisa, i cui risultati saranno presentati nei prossimi mesi.

- L'*Elettrostimolazione cardiaca* e la resincronizzazione (CRT), che costituiscono tematiche importanti anche per il Cardiologo Clinico e per i Medici Internisti. In particolare, le indicazioni alla terapia di resincronizzazione sono in costante evoluzione e vengono via via modificate in base alle evidenze dei Trial clinici. D'altro canto, per quanto riguarda l'elettrostimolazione cardiaca tradizionale, riteniamo sia importante anche per i non Elettrofisiologi avere accesso a risorse circa i principi fondamentali di funzionamento dei devices ed in particolare sulle manifestazioni cliniche ed elettrocardiografiche dei vari tipi di malfunzionamento del generatore o dei cateteri stimolatori.

- L'*Aritmologia dello Sport*, problematica clinica di grande attualità anche in considerazione del fatto che l'età dei soggetti che praticano attività sportiva è sensibilmente aumentata, con un numero sempre crescente di atleti "master", e del fatto che sempre più soggetti cardiopatici desiderano prendere parte ad attività sportive non agonistiche o ricreative. Inoltre, bisogna tenere in considerazione il fatto che le aritmie costituiscono oggi la causa più frequente di non idoneità sportiva nei soggetti (anche con età < 35 anni) che vengono sottoposti a valutazione per idoneità agonistica. A questo proposito ricordiamo che sta per terminare la revisione dei protocolli COCIS coordinata dalla SIC Sport e che vede coin-

volte le maggiori Società Scientifiche cardiologiche e di Medicina sportiva italiane, tra cui anche l'ANMCO. Oltre alla Sezione degli *Aggiornamenti in Aritmologia* verrà a breve messo on line un *Forum* per dare la possibilità agli utenti del sito WEB di porre domande su problematiche cliniche specifiche o su Casi Clinici complessi. Ai quesiti posti dagli utenti risponderanno di volta in volta degli Esperti scelti all'interno e all'esterno del Comitato di Coordinamento in base a riconosciuta esperienza. Verrà ovviamente mantenuta e costantemente aggiornata anche la Sezione riguardante le attività dell'Area comunicando i Verbali delle Riunioni di Area, delle Riunioni degli Iscritti o iniziative specifiche quali Survey, Studi Clinici, attività didattiche e formative, pubblicazione di Position Paper, ecc. Per concludere, quindi, non ci resta che invitare tutti i Soci ANMCO e tutti i professionisti sanitari interessati ad approfondire le problematiche aritmologiche a visitare costantemente la pagina WEB dell'Area (www.anmco.it/aree/elenco/aritmie/) e a partecipare attivamente alle discussioni a breve presenti nel *Forum*. Invitiamo inoltre tutti gli utenti a segnalare le tematiche di maggiore interesse da sviluppare ed eventualmente articoli scientifici o abstract utili per l'aggiornamento, magari corredati da un breve commento personale.



Quarant'anni col cuore in mano

Aforismi di un chirurgo

di Claudio Grossi

Questa non vuole essere solo una segnalazione: spero rappresenti un invito a lasciare un pò di spazio alla curiosità ed alla voglia di speculazione che è in molti Medici. Se vi capita di andare sul Sito <http://ilmiolibro.kataweb.it> avrete modo di accedere alla lettura di un nuovo libro: *Quarant'anni col cuore in mano* di Pino Fundarò. La veste editoriale è assolutamente contrapposta all'autore: tanto moderna e "di tendenza" la prima, quanto classico ed erudito il secondo. È un libro di aforismi conditi da considerazioni di un uomo che dopo quarant'anni lascia la sua professione di Cardiocirurgo e si volge indietro a considerare non solo il suo "mestiere" ma i fatti, le persone e gli atteggiamenti che ha osservato nella sua lunga e fortunata vita lavorativa. Non è un giallo e pertanto possiamo citare le parole con cui si conclude perchè mi sembrano molto importanti: «L'uso peggiore che si può fare di questo libro è quello di leggerlo tutto di seguito. La cosa migliore? Tenetelo a portata di mano e sfogliatelo di tanto in tanto, solo se ve ne viene voglia» ... forse non è la voglia che bisogna aspettare ma i momenti

in cui si cerca di capire qualcosa in quello che si sta facendo; i momenti in cui nascono incertezze, dubbi e anche i tanti momenti in cui crescono le delusioni. Questi sono sentimenti e situazioni molto comuni nella vita e nella professione di un Medico, ma ancor di più, e per fortuna, sono momenti che tutte le persone dotate di umanità e intelligenza necessariamente devono fronteggiare. L'abitudine è l'oppio del Chirurgo: «la mente è come un paracadute: funziona solo se è aperta» T. A. Edison. Questo è un esempio: nell'aforisma troviamo la battuta fulminea, il velo di umorismo, ma soprattutto, per chi ne è capace, lo stimolo alla riflessione, all'autocritica e l'epicrisi della realtà. Lo ammetto, riconosco le mie "disclosures": sono legato a Pino Fundarò da un rapporto di stima ed amicizia di lunga data e per questo posso anche affermare, con serenità, che non sono d'accordo su tutto quello che ha scritto e spesso, leggendolo, ho avuto voglia di obiettare. Ma Pino non c'era; però sono sicuro che il suo commento sarebbe stato: "bene, dimmi, parliamone..". Basterebbe questo a fare di questo libro uno strumento didattico indispensa-

bile, se solo fossimo capaci di trasmettere questa metodologia di pensare e vivere. Non è così, non vuole essere così. Nella lettura tuttavia, sicuramente chi non è più giovane ritroverà molti dei valori di fondo che, un tempo, erano il terreno di coltura della nostra professione. Chi è giovane deve vincere la superficialità e provare a capire cosa può aver portato una persona metodica e riflessiva come il Professor Fundarò ad annotare questi appunti di vita, dopo tanti anni di impegno e dedizione professionale: c'è il rischio che qualcosa possa essere una previsione, una profezia, di quello che egli stesso potrebbe sedimentare nei suoi bilanci, alla fine di quella "carriera" che ora sta iniziando. È fatto da un Chirurgo e sicuramente si rivolge ai Chirurghi o a chi vuole fare il Chirurgo, ma forse proprio i non Chirurghi potrebbero trovarvi le maggiori sorprese. A volte acquistiamo certe apparecchiature elettroniche pensando di essere assolutamente in grado di farle funzionare in base alle conoscenze che già abbiamo, ma ci accorgiamo che i manuali di istruzioni per l'uso sono indispensabili.

I prossimi eventi formativi dell'Area Emergenza - Urgenza

Gli incontri di aggiornamento e discussione che abbiamo pianificato per il prossimo semestre

di Maddalena Lettino

Anche quest'anno gli Eventi Formativi proposti dai membri dell'Area Emergenza - Urgenza che interesseranno il secondo semestre sono in avanzata fase di programmazione. Uno sforzo particolare sarà dedicato alla realizzazione di nuovi *Corsi di Clinical Competence per il Cardiologo dell' UTIC*, in cui sono impegnati tutti i membri del Comitato di Coordinamento dell'Area insieme ai Colleghi del Gruppo di Rianimazione Cardiopolmonare, ad alcuni Specialisti di settore che agiscono più spesso nelle Terapie Intensive e ai componenti del Consiglio Direttivo ANMCO. La realizzazione passata di questi corsi è sempre stata caratterizzata da elevata interattività e da un prezioso scambio di esperienze tra realtà geograficamente vicine ma culturalmente o operativamente diverse e talora eterogenee. Si viene in tal modo a creare quella partecipazione caratteristica dei migliori gruppi di lavoro, che rende ancora più produttivo il compito degli Istruttori. I Corsi vedranno nuovamente una triplice edizione, con un evento per ogni macroarea, e quindi per il Nord, il Sud e il Centro. La durata ottimale viene confermata in tre giornate piene, che costituiscono l'intervallo temporale minimo per poter sviluppare gli argomenti indispensabili alla formazione del Cardiologo intensivista, e l'esperienza passata ha dimostrato che l'elevato interesse dei discenti,

unito alle innumerevoli discussioni culturali e al richiamo alla propria esperienza personale, hanno spesso fatto sembrare insufficiente anche il tempo programmato. Si è inoltre ritenuto opportuno, in collaborazione con il Comitato di Coordinamento dell'Area Management & Qualità, proporre nei Corsi un insieme di aspetti finalizzati all'*Accreditamento dei Cardiologi delle UTIC*, ed in particolare alla certificazione europea, sviluppando gli argomenti che sono stati ritenuti cruciali dal Working Group di Acute Cardiac Care della Società Europea di Cardiologia e promuovendo una preparazione individuale che sia funzionale al superamento del test di idoneità alla funzione di Cardiologo intensivista, organizzato dallo stesso Working Group periodicamente e nel contesto dei più importanti Congressi europei. Questo percorso è stato ipotizzato, discusso e concordato con il Dott. Marco Tubaro in rappresentanza del Board del WG di ACC dell'ESC. Dopo l'esperienza degli anni passati, totalmente dedicata ai Cardiologi, è emersa l'importanza di concepire una *Clinical Competence che riguardi anche gli Infermieri*, la cui formazione è notoriamente generalista, con mansioni e conoscenze specialistiche solitamente acquisite sul campo, spesso disomogenee, secondo le varie realtà istituzionali. È nata quindi l'esigenza di una collaborazione con l'Area Nursing che dovrebbe

generare a breve i primi *Corsi di Clinical Competence per gli Infermieri delle UTIC*, corsi sicuramente utili e altamente funzionali alla gestione ottimale di tutte le patologie e le tecnologie afferenti alle UTIC. È ben noto a tutti quanto le terapie anti-trombotiche abbiano favorevolmente modificato la prognosi dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta. Accanto ad esse nuovi device hanno aperto la strada all'abbattimento dell'incidenza di eventi ischemici maggiori al follow - up, prospettando una elevata efficacia della rivascolarizzazione in tutti i casi in cui non sia fortemente controindicata. Purtroppo le terapie antitrombotiche vanno utilizzate in associazione e le associazioni di antiaggreganti e anticoagulanti generano un incremento del rischio emorragico, che è appannaggio prevalente degli anziani, delle donne di piccola superficie corporea e di età avanzata e di pazienti con comorbidità come il diabete mellito o l'insufficienza renale. La prevenzione e la gestione delle complicanze emorragiche è stata sottolineata dalle ultime Linee Guida europee, che hanno dedicato un intero capitolo all'argomento, invocando una conoscenza completa dei farmaci, delle posologie ottimali e della farmacocinetica in condizioni di mancata integrità funzionale degli organi deputati al loro metabolismo. Buona parte delle complicanze emorragiche, soprattutto nelle

persone anziane, sono prodotte da un eccesso di posologia; molte altre da una valutazione superficiale del rischio emorragico del paziente, tanto che al di là del giudizio clinico globale, si stanno proponendo in letteratura alcuni score, analoghi a quelli già adottati per la valutazione del rischio di eventi coronarici maggiori nella fase acuta di una SCA. È stato pertanto proposto un Evento Formativo sul *Sanguinamento in corso di Sindrome Coronarica Acuta e di procedure di rivascolarizzazione* che prevede una revisione completa della letteratura, l'analisi della correlazione tra emorragie e complicanze ischemiche a distanza, la valutazione del comportamento da assumere di fronte all'occorrenza di un sanguinamento, per preservare il paziente dal pericolo di un evento trombotico maggiore, alla sospensione inappropriata di certe terapie o con l'impiego non giustificato delle emotrasfusioni. Una sezione riservata agli Specialisti di altri settori prenderà infine in esame le caratteristiche cliniche del sanguinamento gastro - intestinale, di quello cerebrale e di quello in sede di puntura vascolare, mentre il confronto con l'Emodinamista farà luce sulle possibilità attuali di evitare perdite ematiche da perforazione dell'arteria femorale o da inadeguate misure di monitoraggio alla rimozione degli introduttori. Sempre in tema di rivascolarizzazione coronarica un ulteriore Evento Formativo avrà per tema la *Terapia farmacologica in concomitanza con la rivascolarizzazione coronarica per via percutanea nelle Sindromi Coronariche Acute*, sia con che senza soprasslivellamento del tratto ST. Nuovi farmaci

antiaggreganti saranno presto a disposizione della comunità cardiologica così come nuovi stent e nuovi strumenti per ridurre il carico trombotico peri - procedurale o legato alla patologia aterotrombotica. Sono peraltro di recente pubblicazione nuovi confronti tra farmaci vecchi e nuovi che hanno messo in discussione acquisizioni del passato e richiedono una rivisitazione delle scelte terapeutiche sancite dalle Linee Guida che hanno preceduto le ultime sulle SCA e sulla PCI. L'impiego, per esempio, degli inibitori del recettore GP IIb/IIIa ha sicuramente al momento attuale un campo di applicazione molto diverso di quello che poteva avere quando non veniva praticata la doppia antiaggregazione e non veniva estesamente eseguita la rivascolarizzazione coronarica. In compenso, nel paziente ad alto rischio, al di là degli anti GP IIb/IIIa, andranno verosimilmente utilizzati antiaggreganti orali più potenti o dosi maggiori di quelle attualmente raccomandate e andrà considerata l'opportunità di un anticoagulante orale a lungo termine, che prosegua l'azione di quello impiegato per via endovenosa o sottocute nel contesto della PCI. L'Evento Formativo vuole soprattutto sottolineare l'opportunità che il Cardiologo intensivista e l'Emodinamista si parlino e condividano la strategia antitrombotica e l'uso dei diversi tipi di protesi endovascolari in ogni singolo paziente. Svolgendo ruoli complementari avrebbero in questo modo la potenzialità di ottenere il miglior controllo degli eventi trombotici senza pregiudicare la prognosi del malato con l'aumento del rischio

emorragico. Molti altri sono gli aspetti formativi che si vorrebbero approfondire e per i quali varrebbe la pena di programmare eventi e momenti di incontro in futuro. Lo Scopenso Cardiaco Acuto e lo Shock Cardiogeno saranno sicuramente tra i prossimi grandi temi dell'Area Emergenza - Urgenza. Verranno considerate le problematiche relative alla diagnosi precoce ed al trattamento farmacologico e all'impiego delle tecnologie più avanzate di pazienti estremamente critici ed in crescente aumento. Anche in questo caso l'Area Emergenza - Urgenza si propone di collaborare con un'altra Area, l'Area Scopenso Cardiaco, per sottolineare ancora una volta la ricchezza culturale dell'ANMCO e l'importanza della collaborazione fra le varie componenti della nostra Associazione per coniugare in modo virtuoso maggiore conoscenza della patologia e un trattamento assistenziale ottimale.



Il programma elettorale di Obama include l'ambiziosa riforma dell'organizzazione sanitaria americana

Le infrastrutture informatiche ne rappresentano il fulcro per la cui realizzazione la classe medica è invitata a svolgere un ruolo da protagonista

Inevitabili le ripercussioni nel Vecchio Continente ed in Italia

La rivoluzione di Obama

di Guido Giordano

Il 20 gennaio 2009 ha avuto inizio il difficile compito di Barack Obama di rinnovare la promessa americana, come titola il suo programma elettorale. Uno dei principali obiettivi proposti è un drastico cambiamento dell'assistenza sanitaria che dovrà garantire un buon servizio ad ogni cittadino americano. Il programma è estremamente ambizioso ed impegnativo per le casse del Governo che dovrà impegnare centinaia di miliardi di dollari e non è affatto scontato che Obama troverà l'indispensabile sostegno ed approvazione del Congresso, anzi egli è consapevole della prevedibile opposizione di importanti ed influenti gruppi di potere. Alla base dell'ambizioso programma è

stata posta la realizzazione dell'infrastruttura informatica che costituirà il pilastro su cui fondare l'intero Piano Sanitario; il compito di coordinare tale impresa è stato assegnato a David Blumenthal, Professore di Medicina alla Harvard Medical School e Coordinatore Nazionale della Health Information Technology. La tecnologia informatica è la strada obbligatoria da percorrere per condurre le politiche di assistenza sanitaria nel XXI secolo. Il Presidente Obama ha promesso che entro il 2014 ogni cittadino americano avrà il proprio Electronic Health Record (EHR), la cartella informatica virtuale che custodisce le informazioni sanitarie dell'individuo; il Governo ha già stanziato 17 miliardi di dollari di

incentivi affinché Medici ed Ospedali adottino gli EHR. Il piano di incentivi è articolato in modo che il vantaggio economico è maggiore per chi aderisce prima all'iniziativa. Gli strumenti informatici, computer, software, internet, telemedicina, sono intesi non come fine a sé stessi ma come strumenti per migliorare la qualità delle cure, la salute della popolazione e l'efficienza del Sistema Sanitario. Trecento milioni di dollari sono investiti per sviluppare le capacità informatiche di interscambio ed interoperabilità delle informazioni cliniche. Verrà inoltre rinforzato il sistema di tutela della privacy e della sicurezza delle informazioni.

Ripercussioni in Europa ed in Italia

Le implicazioni economiche, sociali, tecnologiche e scientifiche di un programma di così vasta portata sono tali che le ripercussioni in Europa ed in Italia sono inevitabili ed anzi auspicabili. La creazione di adeguate infrastrutture informatiche è ormai una fase obbligata nella realizzazione di servizi rivolti a moltitudini di utenti; a questa regola non si sottrae la gestione amministrativa e clinica della Sanità. Il processo comporta profondi cambiamenti culturali nella classe medica, tradizionalmente piuttosto diffidente nei confronti dell'informatica applicata alla gestione clinica e richiede attente riflessioni sulle molteplici implicazioni che comporta. Il Governo americano ha affidato ad un Medico il coordinamento di un programma di informatizzazione di gigantesche proporzioni, a testimonianza del fatto che, nonostante le imponenti competenze tecnologiche ed informatiche richieste, la centralità clinica rimane l'obiettivo prioritario dell'intervento. Il

Sistema Sanitario in Italia garantisce già l'assistenza pubblica a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro capacità di reddito ed è profondamente differente da quello degli Stati Uniti; il piano di Obama è una realtà già consolidata nel nostro Paese. Tuttavia uno dei più grandi problemi che il Governo Italiano da anni deve affrontare è il peso economico che questo impegno comporta e la crescente difficoltà nel continuare a garantire prestazioni sanitarie al passo con il prorompente progresso delle conoscenze mediche e delle capacità diagnostiche e terapeutiche. Proprio perché si tratta di un modello organizzativo storicamente vetusto, non ha le fondamenta di una moderna, efficiente e razionale architettura informatica, la cui realizzazione è ormai improcrastinabile. Per certi aspetti il compito che ci aspetta è più arduo che in altri paesi. È più facile sostituire il motore di un'auto prima della partenza piuttosto che farlo in gara, senza arrestarne la corsa. L'inevitabile processo di informatizzazione dell'organizzazione sanitaria tuttavia può rappresentare un'importante opportunità per il paese, particolarmente in momenti di crisi economica come quella attuale, perché apre nuove prospettive di mercato, nuovi sbocchi occupazionali ed implica investimenti e sviluppo in settori di elevato livello di specializzazione, quelli in cui le nazioni più progredite investono per mantenere la competitività.

Informatica a tutela della salute pubblica e della professionalità medica

Le tecnologie informatiche contribuiscono ad aumentare la sicurezza dei trattamenti terapeutici, ridurre i margini di errore, migliorare l'appropriata

tezza, l'impiego razionale e scientificamente corretto delle risorse, tutto a vantaggio della tutela del paziente. Parallelamente cresce la tutela della professionalità del Medico, ponendo le basi per una maggiore valorizzazione delle competenze. La condivisione dell'imaging, resa semplice, fattibile ed economica dalla tecnologia digitale, consente di dare conto della propria interpretazione diagnostica e quindi favorisce la valorizzazione ed il giusto riconoscimento delle competenze professionali e rappresenta l'indispensabile premessa da realizzare per restituire la legittima dignità professionale agli specialisti impegnati nella difficile disciplina della diagnostica per immagini.

Ruolo dell'ANMCO

Una grande Società Scientifica come l'ANMCO, storicamente leader nella ricerca scientifica e nell'innovazione sanitaria, può svolgere un ruolo determinante, stimolando l'aggiornamento culturale, le iniziative innovative e anticipando la definizione del futuro della Sanità italiana.

Fonti Bibliografiche
W.H. Frist. Health Care in 21th Century. NEJM 2005; 352:267-272D. Blumenthal. Stimulating the Adoption of Health Information Technology. NEJM 2009; 360: 1477-9
M.E. Porter. A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. NEJM 2009; 361:109-112
K Davis. Investing in Health Care Reform. 2009; 360:852-855
Per contattare l'Autore:
guido.giordano@ecocardiografia.info

“Houston, we have a problem”

La scarsa partecipazione degli Iscritti alla vita associativa rappresenta un problema che mette a repentaglio l'operatività e la progettualità dell'Area

di *Andrea Rubboli*



La “rete” rappresenta la concezione e la metodologia di lavoro peculiare dell'ANMCO, la quale attraverso tale modalità operativa ha sconvolto (ovviamente in senso favorevole) la conduzione della ricerca clinica

Quanti negli anni '60 - '70 hanno trascorso nottate insonni al bagliore azzurrino dei televisori in bianco e nero per essere partecipi di quell'immaginifica epopea che è stata la conquista dello spazio, certamente ricorderanno l'accorato appello inviato alla torre di controllo dall'equipaggio della missione Apollo 13. Il problema cui si faceva riferimento consisteva nel danneggiamento, e quindi nell'impossibilità di impiego, dei serbatoi di ossigeno del modulo di servizio. Oltre che impedire il previsto allunaggio, il guasto mise seriamente in pericolo la vita stessa dei tre componenti l'equipaggio, che poterono raggiungere incolumi la Terra solamente rifugiandosi nel modulo lunare, utilizzato come scialuppa di salvataggio. La citazione relativa all'avventura dell'Apollo 13, che ha tra l'altro ispirato un recente e fortunato film di Ron Howard, è funzionale anche all'Area Malattie del Circolo Polmonare, poiché anch'essa ha oggi un problema che ne condiziona pesantemente, se non la sopravvivenza, quantomeno l'operatività e la progettualità.

Il problema dell'Area

Si tratta dell'assenteismo degli Iscritti all'Area osservato alla recente Assemblea tenutasi, come ogni anno, durante il Congresso Nazionale ANMCO. In tale occasione erano presenti solamente i componenti del Comitato di Coordinamento, i Referenti dei progetti dell'Area attualmente in corso e pochi altri. Il numero totale dei

partecipanti raggiungeva a malapena le 20 unità, a fronte di oltre 300 Colleghi ufficialmente iscritti! E' indubbio che di fronte a questa apparente ecatombe ci si debba interrogare sulle possibili motivazioni. Certamente la collocazione nel tardo pomeriggio, come pure la contemporaneità delle Assemblee di tutte le Aree (a più di una delle quali molti sono iscritti), può aver rappresentato una causa. Ancora, la convinzione che in tali occasioni si affrontino argomenti poco interessanti, eminentemente di carattere organizzativo e che non coinvolgono direttamente gli Iscritti, può aver rappresentato un'ulteriore motivazione. Ma la causa principale va probabilmente riconosciuta in quella che negli ultimi anni sembra manifestarsi come una progressiva perdita di interesse nella vita sociale, nelle sue varie forme ed espressioni. La scarsa partecipazione degli Iscritti alla nostra Assemblea di Area rispecchia l'esiguo numero di presenti all'Assemblea Generale dei Soci ANMCO (osservata anch'essa all'ultimo Congresso Nazionale), la quale a sua volta è in linea con la scarsa affluenza alle urne in occasione delle ultime consultazioni elettorali. Tale male comune tuttavia, non può certamente essere fonte di alcun gaudio, ma anzi deve costituire motivo di approfondita riflessione per tentare di rivitalizzare la vita associativa. Gli Iscritti rappresentano infatti il vivaio imprescindibile sul quale l'Area deve poter contare per il periodico e

fisiologico ricambio degli organismi direttivi, per ottenere un contributo di idee e progetti, e per ricevere un feedback relativamente all'attività svolta. E se il Sito WEB rappresenta sicuramente un moderno, rapido ed efficace sistema di contatto e confronto fra il "centro" e la "periferia", l'Assemblea annuale degli Iscritti è per definizione il teatro istituzionale ove queste due fondamentali e complementari componenti dovrebbero interfacciarsi. Un governo (il Comitato di Coordinamento) che si riunisca in un'aula vuota di parlamentari (gli Iscritti) non ha reale ragione di esistere!

Quali strategie?

Di fronte al nostro problema, dunque, è necessario impostare delle strategie correttive. La prima di queste è stata opportunamente e tempestivamente elaborata dal Consiglio Direttivo ANMCO e consiste in una variazione di orario ed impostazione dell'Assemblea degli Iscritti al prossimo Congresso Nazionale. Essa sarà innanzitutto collocata in una fascia oraria meno penalizzante; inoltre ciascuna Area potrà autogestire il "contenitore" assegnato strutturando l'Assemblea degli Iscritti non soltanto per affrontare temi organizzativi, ma anche (e soprattutto?) per presentare i progetti in corso o in via di elaborazione e/o i risultati già ottenuti, proprio con il coinvolgimento diretto di coloro che tali progetti hanno contribuito a sviluppare e tali risultati hanno contribuito a produrre. L'opportunità di poterci confrontare tra appassionati ed esperti di malattie del circolo polmonare in uno spazio autogestito, al di fuori del cerimoniale un po' ingessato dei Simposi ufficiali, rap-

presenta sicuramente una occasione molto stimolante che non dobbiamo lasciarci sfuggire! Ma è ovvio che non possiamo né dobbiamo aspettarci che una soluzione, peraltro apprezzabilmente, propostaci dall'esterno, sia di per sé sufficiente a risolvere un nostro problema interno. È fondamentale quindi che noi si cerchi di rivitalizzare l'interesse e la partecipazione degli Iscritti alle attività dell'Area. Poiché non è possibile raggiungerli uno ad uno, contiamo che da queste righe i nostri Iscritti possano trovare spunto per avvicinarsi alle nostre attività ed ai nostri progetti. Come è possibile leggere nei verbali delle riunioni di Area, che da quest'anno sono stati resi disponibili sul Sito WEB proprio con l'intento di rendere trasparente la nostra attività e di favorire il coinvolgimento della "periferia", le attività ed i progetti sono numerosi. Ad esempio, il Registro IPER (Italian Pulmonary Embolism Registry), promosso e coordinato da Franco Casazza, e nel quale sono ormai inclusi oltre 1.000 pazienti, rappresenta un'occasione formidabile per lavorare insieme (registrandosi al sito www.registroep.org), oltre a fornire la possibilità, a chi abbia voglia e competenza, di partecipare all'elaborazione dei dati ed alla stesura di lavori scientifici. Ancora, l'Area si propone di elaborare Documenti e Position Paper in campi ove i dati della letteratura non siano esaustivi o direttamente traslabili alla nostra realtà nazionale, come avvenne nel 2001 quando venne prodotto un commento ragionato alle Linee Guida Europee sulla Gestione dell'Embolia Polmonare acuta al fine di contestualizzarle alla cultura ed organizzazione

del nostro Paese. Considerato che il Comitato di Coordinamento consta di soli sei elementi, peraltro assai impegnati nel fare funzionare la discretamente complessa macchina organizzativa, e che i Consulenti, che gravitano all'interno dell'Area, sono a loro volta occupati in specifici progetti, risulta chiaro come il contributo di persone competenti ed interessate allo sviluppo di tali iniziative, non soltanto è benvenuto ma addirittura auspicato. Infine, per la costruzione annuale di un Congresso Nazionale di alto livello scientifico è indispensabile che si possano identificare Colleghi di elevato spessore culturale e professionale cui affidare Relazioni e Moderazioni. E l'Area non può che rappresentare l'alveo più adeguato all'interno del quale incontrarsi, conoscersi, discutere e lavorare insieme. Quindi, l'appello finale rivolto agli Iscritti all'Area, e a tutti coloro che sono interessati alle nostre problematiche, è quello di supportarci e coadiuvarci nello sviluppo e conduzione di progetti ed iniziative. Rimaniamo in attesa di idee, contributi ed anche critiche, ovviamente, agli indirizzi e - mail dei componenti del Comitato di Coordinamento, recuperabili sul Sito WEB, oppure alla Segreteria delle Aree all'indirizzo aree@anmco.it.

Un altro importante passo in avanti del Progetto ANMCO Certificazione Cardiologie

di P. Caldarola, E. Pasini, O. Pitocchi

Il Consiglio Direttivo ANMCO e l'Area Management & Qualità, congiuntamente con i Presidenti Regionali coinvolti, hanno promosso, anche alla luce degli ottimi risultati ottenuti in Toscana, una estensione della esperienza della Certificazione ISO 9001 a sette Cardiologie della Regione Puglia e a due Cardiologie pilota in Campania e Calabria. In particolare va sottolineato che il Progetto Puglia si è distinto per una convinta e coerente collaborazione tra i vari portatori di interesse, a partire dal forte coinvolgimento della Agenzia Regionale Sanitaria che, nel garantire il supporto tecnico operativo per la programmazione sanitaria regionale ed il monitoraggio dei costi e della qualità dei servizi, ha inteso favorire questa iniziativa, rivolta all'incremento della cultura organizzativa nelle Strutture Sanitarie. Questa condivisione di approccio consente di contestualizzare l'ottenimento della Certificazione di Qualità (atto volontario) con l'accreditamento organizzativo regionale (atto cogente). L'ARES Puglia ha ritenuto utile cercare e creare sinergie con l'ANMCO proprio nell'ottica di una concreta applicazione dei principi legati alla Clinical Governance, agevolando lo sforzo che la nostra Società Scientifica sta promuovendo per diffondere una nuova cultura di gestione dei rischi, di misurazione dei risultati, di diffusione di protocolli clinico - organizzativi all'interno della Cardiologia e nel rapporto con le altre U.O. ospedaliere e territoriali (PS, Laboratorio Analisi

Cliniche, Radiologia, Farmacia, Ingegneria clinica etc.). Dopo la consegna ufficiale dei certificati avvenuta il 4 giugno in occasione del Congresso

LE CARDIOLOGIE CERTIFICATE (nella sessione di maggio 2009)

Regione Puglia

Ospedale S. Paolo

(Dir. f.f S.Mancini)

Ospedale Di Venere

(Dir. C. D'Agostino)

Ospedale Perrino

(Dir. G. Ignone)

Ospedale Lastaria

(Dir. A. Vilella)

Ospedale Vito Fazzi (Cardiologia UTIC)

(Dir. F. Magliari)

Ospedale Vito Fazzi (U.O.C. Emodinamica) Lecce

(Dir. A. Montanaro)

Ospedale Moscati

(Dir. V. Lenti)

Regione Campania

Ospedale Moscati

(Dir. G. Stanco)

Regione Calabria

Ospedale G. Paolo II

(Dir. A. Butera)

Bari

Bari

Brindisi

Lucera

Lecce

Taranto

Avellino

Lamezia Terme

Nazionale ANMCO, il 15 giugno 2009, a Bari, si è voluto dare concreta visibilità alla partnership creatasi in Puglia tra la Società Scientifica, le Istituzioni e le Strutture Sanitarie, attraverso una conferenza stampa di cui, a seguire, vengono riportati gli interventi principali.



Da sinistra: il Dott. Pasquale Caldarola, Consigliere ANMCO e Responsabile Qualità ANMCO, accanto al Dott. Francesco Bux, Direttore Generale dell'ARES Puglia, durante la Conferenza stampa che si è tenuta il 15 giugno a Bari.



Da sinistra: il Dott. Massimo Dutto del Bureau Veritas mentre consegna al Dott. Vincenzo Lenti, Direttore dell'Ospedale S. Giuseppe Moscati di Taranto, l'attestato della Certificazione di Qualità ISO 9001.

Dottor Pasquale Caldarola

(Componente Consiglio Direttivo ANMCO e Responsabile Qualità ANMCO)

«Il bisogno di certificare una Struttura clinica nasce in primo luogo dalla necessità di migliorare in modo omogeneo la qualità delle cure e di seguire processi clinici e gestionali codificati e misurabili. Nel proporre questo progetto, ci siamo posti l'obiettivo di promuovere un adeguamento delle moderne Strutture assistenziali, quali le Unità Cardiologiche Ospedaliere, ai requisiti richiesti dallo standard internazionale ISO 9001. Questo ha permesso di facilitare la gestione della complessità del rischio clinico e migliorare le condizioni per la misurabilità dei risultati attraverso indicatori di efficienza, di efficacia e della capacità globale della Struttura di "produrre salute". Il progetto ha offerto la possibilità ai vari stakeholders di individuare obiettivi concreti e raggiungibili per il miglioramento dell'organizzazione della Struttura Sanitaria in Cardiologia e di collaborare in ottica di coprogettazione. Ciò ha consentito alle UU.OO. partecipanti di ottenere la Certificazione ISO 9001 per tutti i settori, seguendo un percorso innovativo e sostenibile, utile per generare valore aggiunto ed una meritata visibilità. L'ANMCO con tali iniziative ha la possibilità di rafforzare la propria posizione nei confronti

degli Associati, divenendo sempre più il punto di riferimento e di supporto nell'affrontare tematiche quali Certificazione, Accreditamento, Risk Management, Formazione Continua».

Dottor Alessandro Villella

(Presidente Regionale ANMCO Puglia)
«Il Progetto Qualità delle Cardiologie si è realizzato nel volgere di un semestre grazie alla sinergia tra le Istituzioni (Assessorato, ARES Puglia, Direzioni delle ASL, OPT, AstraZeneca) e gli Operatori Sanitari (Medici, Infermieri, Farmacisti Ospedalieri, Ingegneri Clinici). Tutti hanno agito in sintonia con l'obiettivo di far crescere una nuova cultura organizzativa del lavoro ospedaliero, tesa al miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza delle prestazioni offerte ai Cittadini, ove l'esperienza e le competenze peculiari di ciascun operatore sono divenute patrimonio dell'intero gruppo di lavoro. L'esperienza condotta ha determinato, inoltre, un miglioramento delle relazioni tra tutti gli operatori, che hanno unito le forze stimolati dallo scopo di raggiungere un prestigioso attestato di cui fregiarsi, ed ha consentito frequenti momenti di confronto tra gli operatori delle varie U.O. delle Cardiologie coinvolte nel progetto. A tutti va il ringraziamento e il plauso per aver voluto intraprendere e condividere un percorso che anche nel lungo periodo darà i suoi frutti».

Dottor Francesco Bux

(Direttore Generale ARES Puglia)

«Il sistema di gestione per la qualità delle Strutture cardiologiche pugliesi si è dimostrato di buon livello, in grado di garantire ai pazienti un'assistenza omogenea e congrua agli standard internazionali. Un risultato ottenuto con il coinvolgimento sempre più convinto da parte di tutti gli Operatori, in particolare i Medici, volto alla programmazione degli obiettivi, al monitoraggio delle attività e alla valutazione della loro reale efficacia. E, alla fine, ne esce confermata la consapevolezza che una certificazione di processo sul lavoro quotidiano di una Struttura cardiologica è utile non soltanto all'utenza, cioè ai pazienti, ma anche agli Operatori, primi fra tutti i Medici. Questa innovativa iniziativa di trasparenza e qualità punta a migliorare ulteriormente i già elevati standard di qualità delle cure cardiologiche nel nostro Paese. Un esempio di rapporto, quello tra le realtà sanitarie pubbliche, una Società Scientifica ed una azienda privata che ha unicamente lo scopo di migliorare la qualità delle cure per il bene del paziente, per la riduzione delle spese e dei costi delle aziende ospedaliere».

Dottor Massimo Dutto

(Health and Social Work Manager di Bureau Veritas Italia)

«La Certificazione abbatte l'autoreferenzialità della Struttura sanitaria



Da sinistra: il Dott. Carlo D'Agostino, Direttore dell'Ospedale di Venere di Bari - Carbonara, e i Dottori Nicola Locuratolo e Francesco Tota, dell'Ospedale San Paolo di Bari.



Da sinistra: il Dott. Pasquale Caldarola, Consigliere ANMCO e Responsabile Qualità ANMCO, l'Ing. Oreste Pitocchi, della OPT s.r.l. di Milano, Consulente per il progetto e il Dott. Alessandro Villella, Presidente Regionale ANMCO Puglia.

avvalendosi di una verifica compiuta da occhi esterni, competenti nello specifico, che garantiscono trasparenza e centralità del paziente all'interno del processo di assistenza e cura. Inoltre è un vantaggio sia per la Struttura stessa che, grazie a questi interventi di verifica, può migliorare la propria organizzazione e la propria gestione del Rischio Clinico, sia per l'Amministrazione Sanitaria della Regione, che vede crescere il livello di sicurezza delle cure prestate al paziente nel proprio territorio. La nostra non è una valutazione clinica, ma una valutazione globale sulla gestione, che garantisce tutte le parti coinvolte: la Regione, la Direzione Sanitaria, gli Operatori e, naturalmente e soprattutto, il Paziente».

Dottor Dario Scapola

(Vice Presidente di AstraZeneca SpA)
«Tra l'ANMCO e AstraZeneca esiste una stretta e consolidata collaborazione relativa a progetti scientifici e di ricerca clinica. Con il Progetto di Certificazione e Accredimento delle Cardiologie questa partnership si estende ad un nuovo ambito culturale, che intende promuovere la cultura della salute e della qualità dell'assistenza. In ottica di Accredimento nazionale dell'eccellenza, questa iniziativa rappresenta un'opportunità di miglioramento dell'efficienza organizzativa e gestionale delle unità Operative ed un'importante occasione di apertura e trasparenza nel rispetto dell'assistito e del cittadino».

Ingegnere Oreste Pitocchi

(Amministratore Unico della OPT Srl - Società di Consulenza di Direzione)

«Il Progetto di Certificazione e Accredimento delle Cardiologie risulta essere la testimonianza pratica e concreta della possibilità di declinare i principi della Clinical Governance, ovvero del Buon Governo Clinico, in un modello organizzativo semplice - fruibile - misurabile.

- Semplice, capace di tradurre principi complessi in un quadro di riferimento organizzativo e clinico di immediata comprensione.

- Fruibile, costituito da un sistema di regole e di prassi progettate ed implementate in qualità di strumenti di utilizzo quotidiano.

- Misurabile, che adotta un sistema di monitoraggio degli indicatori essenziali di esito, di appropriatezza, processo e volumi di attività, adeguato a garantire il confronto nel tempo nella realtà medesima e tra realtà simili con relativa individuazione delle priorità di intervento.

Il modello certificato garantisce una comunicazione efficace all'interno dell'U.O. e tra l'U.O. di Cardiologia e il resto della Struttura sanitaria oltre ad offrire la possibilità di generare nel tempo dati utilizzabili sia dalla Società Scientifica ANMCO che dalla Regione, soprattutto in termini di valorizzazione e misurazione del miglioramento continuo in un ambito sempre

più importante in termini clinici ed economici (utilizzo di risorse) quale la Cardiologia».

Dopo la conferenza stampa, l'Assessore alla Salute della Regione Puglia Prof. Tommaso Fiore, alla presenza dei Direttori Generali e Sanitari delle ASL interessate, ha pubblicamente ringraziato l'ANMCO per l'interessante iniziativa prodotta, lo Sponsor e soprattutto tutti gli Operatori Medici e non per l'impegno teso al reale miglioramento clinico - organizzativo nelle proprie U.O. ed ha auspicato che tale processo possa non solo proseguire nel tempo, ma anche estendersi ad altre realtà cardiologiche e ad altri settori della Sanità Pugliese.

Quali novità sulla pagina WEB dell'Area Nursing?

Alcune Rubriche ci terranno più vicini "on line"

48

di G. Satullo, E. Bottari, D. Bernardo, L. Sabbadin, V. Martinelli

Da molti anni il Cardionursing rappresenta non solo un momento importante di formazione e di informazione per un'Area sempre più competente ma anche un motivo di aggregazione. Anche quest'anno, a giudizio di molti, il bilancio è stato nettamente positivo. Ma, inutile nascondere, archiviato il Congresso annuale, le

dell'Area Nursing sta mettendo a punto una serie di iniziative che, tra un Congresso Nazionale e il successivo, tendono a mantenere vivo e stimolante il rapporto non solo tra tutti gli Iscritti all'Area ma auspicabilmente tra tutti gli Infermieri che lavorano nelle Cardiologie italiane. Tra le iniziative che verranno prossimamente pubblicate non poteva mancare il potenziamento dello spazio del Sito WEB ANMCO riservato all'Area Nursing (Figura 1) che si arricchirà di nuovi "servizi". Il WEB è ormai utilizzato dalla maggior parte della popolazione e quindi riteniamo che una pagina propositiva e vicina alle esigenze di formazione e d'informazione sia essenziale e rappresenti un buon punto di partenza. Diverse saranno le nuove Rubriche. Accenniamo alle principali.

L'Aritmia del mese

Già a luglio sono stati "messi in rete" i primi due Casi (Figura 2 e 3). Come è evidente da una analisi delle figure e dalle domande a risposta multipla sono casi semplici, tanto per...conoscerci e per consentire nella risposta che verrà pubblicata di introdurre alcuni concetti che stanno

alla base dell'Elettrocardiografia e dell'Aritmologia, quali il calcolo della frequenza e il riconoscimento del ritmo sinusale. Mensilmente verrà presentato un Caso elettrocardiografico (eccezionalmente due a luglio) a risposta multipla la cui soluzione verrà fornita il mese successivo unitamente al nuovo Caso. Quindi, come già accennato, a settembre (fino al 23 agosto le



Figura 1
La pagina WEB dell'Area

tensioni si smorzano, le proposte guardano spesso già al successivo Congresso e, fino ad oggi, in attesa del successivo Congresso Nazionale, il collegamento principale tra l'ANMCO e gli Iscritti all'Area è stato mantenuto da Eventi Regionali distribuiti a macchia di leopardo. Troppo poco. L'attuale Comitato di Coordinamento



Figura 2
Caso 1 dell'Aritmia del mese con in didascalia la domanda a risposta multipla

strutture dell'ANMCO sono rimaste chiuse per ferie) forniremo la soluzione dei Casi presentati a luglio, proponendone uno nuovo. La soluzione sarà redatta in modo articolato ma (speriamo!) semplice e comprensibile. Il susseguirsi dei Casi presentati, almeno per i primi 15 - 20 mesi, avrà una sua logica "didattica" in modo tale che le risposte dei Casi disponibili in Archivio con il passare dei mesi e degli anni possano fornire ai navigatori del WEB quasi un compendio essenziale di Aritmologia di superficie. In seguito, qualora l'eventuale successo dell'iniziativa ci convinca dell'opportunità di continuare, potranno essere presentati Casi poco più complessi. La scelta di proporre mensilmente semplici Casi di Aritmologia non è stata chiaramente casuale: è infatti evidente che gli Infermieri di Cardiologia convivono con il monitoraggio ECG e quindi con le Aritmie. Basti pensare agli Infermieri di UTIC, quelli impegnati nella gestione della telemetria o ancora gli Infermieri degli Ambulatori che eseguono test ergometrici. Ma gli interessati al rico-

noscimento delle Aritmie, almeno le più semplici, non sono solo quelli che lavorano in Cardiologia; ormai sono tantissimi i settori in cui gli Infermieri devono possedere una familiarità con il monitoraggio ECG: il 118, i PS, le Rianimazioni, le Sale operatorie, tutte le Terapie Intensive anche non coronariche. Se ciò non bastasse, è evidente che con lo sviluppo di competenze "tecniche" più o meno autonome in campo aritmologico (Infermieri di elettrofisiologia, Infermieri adibiti al

controllo dei Pace Maker o alla lettura degli ECG dinamici, ecc) la voglia e la necessità, tra gli Infermieri, di una maggiore competenza aritmologica non potrà che crescere.

Ad ogni domanda una risposta

Entro il 2009 sarà attivata una Rubrica di risposta ai navigatori. Speriamo di fornire un servizio utile, rispondendo a domande non solo di tipo scientifico - culturale ma anche di tipo organizzativo e, entro certi limiti, sindacale e legale. Numerosi saranno i Medici e gli Infermieri che coadiuveranno i componenti dell'Area in questo lavoro. Gli estensori delle domande, all'atto della formulazione, ne selezioneranno la tipologia in modo da semplificare il processo di risposta. Anche in questo caso, l'archiviazione delle risposte per tema potrà, con il passare dei mesi, rappresentare un'utile fonte di consultazione.

Sezione riservata alle Regioni

Già da alcuni anni parte della nostra pagina WEB è riservata alle Regioni. Abbiamo però notato che l'utilizzo è veramente marginale. Dovrebbe

invece essere maggiormente utilizzata, arricchendola con informazioni riguardanti le iniziative (e sono tante!) che vengono svolte nelle singole Regioni e soprattutto con la messa in rete del materiale didattico e/o di aggiornamento utilizzato nei Congressi e nei Corsi. Non ultimo, essendo numerose in ambito cardiologico, le esperienze infermieristiche locali di tipo organizzativo sarebbe interessante e utile, al di fuori della sede congressuale, una loro pubblicità. Nei prossimi mesi solleciteremo i Presidenti Regionali ANMCO e i Referenti Regionali dell'Area Nursing, spronandoli a una condivisione nella gestione della pagina; ma è evidente che nelle singole Regioni dovrà essere la base a spronare "la dirigenza" e a collaborare con essa.

Altre iniziative sono in cantiere, quali per esempio un servizio di aggiornamento bibliografico; ma per alcune siamo ancora in fase di analisi di fattibilità, sia in senso tecnico che di risorse umane ed economiche. La bontà di tali iniziative potrà essere valutata solo a distanza, sia in quanto ne dovrà essere validata l'effettiva piena e adeguata realizzazione, almeno per le Rubriche già pianificate, sia in quanto sarà fondamentale il riscontro del reale utilizzo dei nuovi servizi offerti. Infatti la linfa vitale che ci potrà fare avanzare sul cammino tracciato sarà il vero utilizzo di quanto offerto. La maggiore soddisfazione di chi propone e realizza tali iniziative non sta tanto nel prepararle, quanto nel riconoscerle positivamente solo se veramente utilizzate; tra l'altro solo così si può realizzare quel continuo contatto con tutti gli Iscritti all'Area

(e non solo) che rappresenta il vero senso dell'associazionismo. Inoltre, come avrete ben capito, è la collaborazione di tutti (anche come semplici fruitori) che manterrà in vita le iniziative; infatti non è sufficiente seguire passivamente le Rubriche ma è auspicabile che la maggior parte della popolazione infermieristica che ha nell'ANMCO un punto di riferimento, consideri la pagina WEB dell'Area un ausilio nell'attività quotidiana partecipando, tra l'altro, attivamente all'Aritmia del mese, ponendo domande e stimolando i Presidenti Regionali e i Referenti Regionali dell'Area Nursing a una maggiore attività sia locale che di interazione con il Comitato di Coordinamento dell'Area.

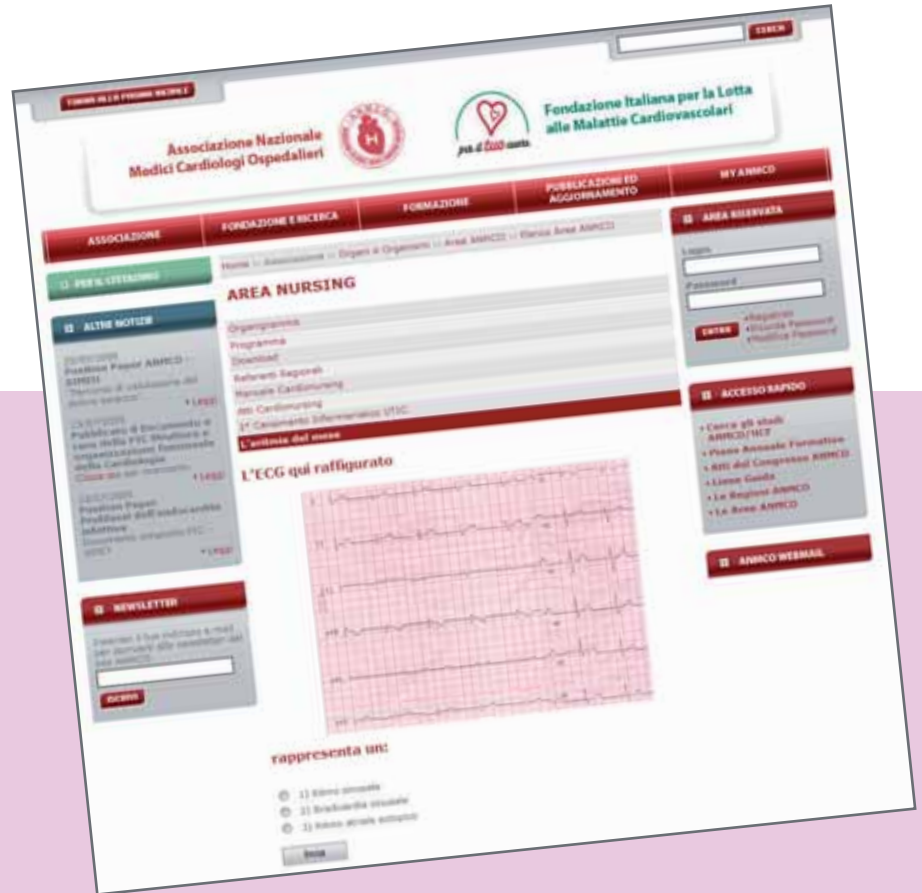


Figura 3
Caso 2 dell'Aritmia del mese con in didascalica la domanda a risposta multipla

Il Ruolo del Consulente nel Reparto di Cardiologia

Quando chiamarlo? Cosa chiedergli? Un programma formativo dell'Area Prevenzione Cardiovascolare per il 2009

di P. Faggiano e S. Urbinati

Il paziente cardiopatico presenta, molto frequentemente una o più patologie associate, o comorbidità. Queste comorbidità sono talora la presentazione clinica principale, spesso responsabili del ricovero ospedaliero, eventualmente in un Reparto non Cardiologico (si pensi alla riacutizzazione di una broncopneumopatia cronica), ma possono anche rappresentare il meccanismo fisiopatologico alla base di un evento cardiaco acuto che richieda il ricovero in UTIC o in degenza ordinaria (es. edema polmonare acuto da ritenzione di fluidi secondaria ad insufficienza renale ingravescente; angina instabile da anemizzazione scatenata da emorragia digestiva, ecc.). Inoltre le patologie cardiovascolari acute e croniche coinvolgono frequentemente altri organi ed apparati (interazione cuore - cervello, sindrome cardiorenale, ecc.), richiedono l'impiego di farmaci che hanno non raramente effetti tossici o indesiderati (disturbi idro-elettrolitici, alterazioni rilevanti della crasi ematica, ecc.), infine necessitano di approcci terapeutici di competenza non strettamente cardiologica (ultrafiltrazione, ventilazione non invasiva, ecc.). I dati del Blitz 3 sull'Epidemiologia e Gestione dei ricoveri in UTIC, presentati al Congresso ANMCO dello scorso anno, hanno documentato, su poco meno di 7.000 pazienti, una

prevalenza "preoccupante" di varie patologie extracardiache generalmente ritenute relativamente comuni, quali diabete (25%), BPCO (15%), insufficienza renale (creatinina > 1.5 mg%: 17%), anemia (Hb < 10 gr%: 12%). Ma anche patologie considerate meno frequenti erano invece riscontrate con prevalenza significativa tra i pazienti del Blitz 3: neoplasia nel 6%, storia di ictus nel 6%, arteriopatia periferica nel 9%. Una sola comorbidità era riscontrata nel 29% della popolazione esaminata e addirittura 3 o più nel 19%. La presenza di queste patologie extracardiache, con elevata prevalenza, in associazione al problema cardiovascolare che ha portato al ricovero, influenza notevolmente la prognosi a breve e a lungo termine dei nostri pazienti. Inoltre, la gestione di queste comorbidità richiede spesso competenze specialistiche molto approfondite, che il Cardiologo, anche esperto e con competenze "intensivistiche", generalmente non possiede. È quindi frequente il ricorso a Colleghi di altre Specialità, quali Nefrologo, Diabetologo, Pneumologo, Gastroenterologo, ma anche Neurologo, Ematologo, Rianimatore, Chirurgo vascolare, Infettivologo, ecc. Spesso le richieste di consulenza sono appropriate e mirate, ma non è raro che si ricorra allo Specialista solo per fugare "dubbi" o incertezze poco rilevanti.

Dalla consapevolezza dell'importanza di queste problematiche, l'Area Prevenzione Cardiovascolare nell'ambito del Piano Annuale Formativo del 2009, ha cercato di approfondire il problema della Consulenza Specialistica sui pazienti ricoverati nei Reparti di Cardiologia. Questa iniziativa, che fa seguito a quella della "Consulenza Cardiologica nel Paziente candidato ad intervento di Chirurgia non cardiaca" realizzata negli anni scorsi, è stata organizzata utilizzando la formula della presentazione, da parte dei Cardiologi, di Casi Clinici che sollevano una serie di interrogativi a cui sono chiamati a rispondere, Nefrologi, Diabetologi, Pneumologi e Gastroenterologi. Questo evento formativo nel corso del 2009 verrà replicato in dodici differenti sedi. Le edizioni del Corso nel I semestre si sono già svolte nelle città di Torino, Bologna, Verona, Bari, Napoli e Roma. Le prossime edizioni si terranno tra novembre e dicembre a Catania, Macerata, Torino, Cremona, Trieste e Lecce. Le prime edizioni già svolte hanno incontrato particolare interesse da parte dei Medici coinvolti, permettendo stimolanti discussioni e confronti su problemi clinici non strettamente cardiologici.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

DOMANDA DI ISCRIZIONE



Non compilare

Codice Unico

Non compilare

Codice ANMCO

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.anmco.it/associazione/come del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale alla Segreteria ANMCO - Via Alfonso La Marmora, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055/5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/associazione/statuto del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/associazione/regolamenti/regolamenti

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Data di nascita
Luogo di nascita Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel. Fax E - mail Reparto:
Specializzato in Cardiologia: Sì No Altre Specializzazioni

Non compilare

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro

Tipologia

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto* |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Altro*..... | |

* Accreditamento (da compilare **se Struttura privata**): SI NO

Nome del Primario o facente funzione
Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Qualifica

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Specializzando | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo

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"/> Cardiocirurgia (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"/> Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) | <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 Fondazione "per il Tuo cuore" - Heart Care Foundation - ONLUS

Dichiaro di accettare lo Statuto dell'ANMCO come previsto dall'articolo 4

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO [www.anmco.it], in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti - inclusi quelli relativi alla Sua carta di credito ove inseriti - sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici precedentemente indicati, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bolgna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). Con riguardo ai dati finanziari, ove da Lei inseriti, gli stessi saranno utilizzati e/o comunicati esclusivamente per la gestione di incassi e pagamenti derivanti dalla Sua iscrizione solo a istituti bancari e finanziari. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modifica dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

Nome e Cognome Socio..... Indirizzo.....

Comune..... CAP..... Prov..... Codice Fiscale.....

Banca..... Agenzia.....

Intestatario/i conto.....

IBAN⁽¹⁾

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Codice Paese CIN CIN Codice ABI CAB Numero Conto Corrente

Il sottoscritto autorizza la banca suddetta ad addebitare sul proprio conto corrente, nella data di scadenza della obbligazione o data prorogata d'iniziativa del creditore⁽²⁾, la quota associativa annuale dell'ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (codice SIA 3F893), a condizione che vi siano disponibilità sufficienti e senza necessità per la Banca di inviare la relativa contabile di addebito. Il sottoscrittore ha la facoltà di opporsi all'addebito entro 5 giorni lavorativi bancari dopo la data di scadenza o la data prorogata dal creditore. Le parti hanno la facoltà di recedere in ogni momento dal presente accordo, con un preavviso pari a quello indicato nel contratto del suddetto conto corrente per il recesso da quest'ultimo rapporto, da effettuarsi mediante comunicazione scritta. Il sottoscrittore prende atto che sono applicate le condizioni che sono riportate nel suddetto contratto di conto corrente o comunque rese pubbliche nei Fogli Informativi predisposti dalla Banca. Il sottoscrittore dichiara di aver trattenuto copia della presente autorizzazione, che viene inoltrata ad ANMCO in originale.

Luogo e data

Firma del sottoscrittore

⁽¹⁾ Verificare con la propria Banca la correttezza del codice IBAN.

⁽²⁾ Per il primo anno il pagamento della quota associativa avverrà entro due mesi dalla data di ricevimento; per gli anni successivi l'addebito sarà effettuato nel mese di gennaio, salvo eventuali modifiche deliberate dall'Assemblea.

Per avere ulteriori informazioni sulle modalità di pagamento è possibile contattare la Segreteria ANMCO al numero 055 5101203.

Abbiamo un sogno: diffondere la cultura dell'Ecocardiografia nello Scompenso Cardiaco

54

di P. L. Temporelli e M. Senni

Nel paziente con Scompenso Cardiaco, con o senza disfunzione ventricolare sinistra, l'Ecocardiografia Doppler è uno strumento affidabile e riproducibile per valutare e monitorare nel tempo il profilo morfo - funzionale ed emodinamico, per guidare le scelte terapeutiche e per predire la prognosi

A dispetto dei notevoli progressi della terapia medica e chirurgica, lo Scompenso Cardiaco (SC) presenta ancora una elevata mortalità annuale e, di conseguenza, la gestione di questa sindrome rappresenta una delle principali sfide della pratica clinica quotidiana. Una accurata stratificazione del rischio è cruciale per la prognosi e l'adeguato utilizzo di risorse, su tutte il trapianto cardiaco. Studi osservazionali e dati di Registri indicano chiaramente che la metodica strumentale di gran lunga più utilizzata nel paziente ospedalizzato per Scompenso Cardiaco è l'Ecocardiografia, sia nelle Cardiologie che nelle Medicine Interne, dove peraltro afferisce una buona quota di pazienti scompensati, specie se anziani. Alla luce di questo largo impiego, è auspicabile che la metodica ecocardiografica possa fornire al Clinico il maggior numero di informazioni a lui necessarie e nello stesso tempo che il Cardiologo, o il Clinico in generale, conosca e sappia utilizzare tutte le informazioni che un referto dovrebbe contenere. Purtroppo le recenti Linee Guida europee per lo SC non danno una giusta enfasi alla metodica, in particolare al suo ruolo nella guida alla terapia e nella stratificazione prognostica, e quelle ecocardiografiche insistono sull'utilizzo di sofisticate applicazioni di ultima generazione, trascurando vecchi parametri ben consolidati e fondamentali nel paziente con SC.

L'insostenibile leggerezza dell'Ecocardiografia nel paziente scompensato

Di fatto l'Ecocardiografia Doppler si conferma anche nel paziente con

SC acuto e cronico uno strumento irrinunciabile grazie alla molteplicità delle informazioni che è in grado di fornire, a partire dalla valutazione delle dimensioni delle camere cardiache e della funzione sistolica ventricolare sinistra e destra insieme alla quantificazione della funzionalità valvolare, con la conseguente possibilità di un primo inquadramento eziopatogenetico della origine dello Scompenso (cardiomiopatia ischemica o primitiva o valvolare). Tra i vecchi indici monodimensionali e bidimensionali, la valutazione dei volumi e della frazione d'eiezione del ventricolo sinistro e soprattutto delle loro variazioni nel tempo mantengono un potente valore prognostico. In particolare, lo sfavorevole rimodellamento ventricolare, in termini di incremento anche modesto del volume diastolico associato a peggioramento anche lieve della frazione d'eiezione, va sempre contrastato perché responsabile del successivo deterioramento clinico. Da qui la necessità di fornire al Clinico non solo una valutazione assoluta di volumi e di funzione ventricolare ma anche di variazioni dinamiche rispetto ad una precedente valutazione, specie se eseguita nello stesso laboratorio sia in ambito dello stesso ricovero che durante accessi precedenti. Un altro parametro che non dovrebbe mancare è la stima della funzione ventricolare destra, derivabile con buona approssimazione da un vecchio indice facile da ottenere e riproducibile basato sullo spostamento sistolico del piano tricuspidalico e più noto con il suo acronimo (TAPSE). Nel contesto della valutazione accurata della funzionalità valvolare, finalizzata anche alla iden-

tificazione di anomalie modificabili chirurgicamente o per via percutanea, una particolare attenzione va data alla quantificazione del rigurgito delle valvole atrio - ventricolari e soprattutto della mitrale poichè una superficiale valutazione qualitativa del rigurgito mitralico nel paziente con SC induce spesso ad una inadeguata gestione clinica.

Il valore aggiunto della valutazione emodinamica non invasiva

Accanto ai parametri morfofunzionali e valvolari, la possibilità di una valutazione incruenta del profilo emodinamico è ad oggi una delle prerogative dell'esame ecocardiografico nello SC. In passato veniva infatti data grande importanza alle anomalie della funzione sistolica per spiegare i segni e i sintomi dello SC. In epoca più recente è emerso invece come sia fondamentale la conoscenza del profilo emodinamico centrale e soprattutto della funzione diastolica. In tale contesto, l'Ecocardiografia Doppler è prepotentemente emersa come strumento utile, affidabile e riproducibile per:

- a) valutare e monitorare nel tempo il profilo emodinamico nei pazienti con SC, con o senza disfunzione ventricolare;

- b) guidare le scelte terapeutiche;
- c) predire la prognosi.

Tra i vari indici, la stima delle pressioni di riempimento ventricolare sinistro è senza dubbio il più importante ed è oggi ottenibile con ottima approssimazione sia in presenza di funzione sistolica depressa che nello SC a funzione ventricolare preservata. In un ideale referto, la stima non

invasiva della "wedge" attraverso una corretta interpretazione del profilo diastolico dovrebbe essere un passaggio irrinunciabile come d'altro canto la stima della pressione atriale destra mediante valutazione della vena cava inferiore. Tra le altre variabili emodinamiche, la stima delle pressioni e soprattutto delle resistenze polmonari e della loro reversibilità è particolarmente utile nel contesto dello SC avanzato perché permette di identificare i possibili candidati al trapianto cardiaco.

Il "fascino" dell'asincronismo

Nuove e più sofisticate applicazioni della metodica, integrate con parametri più datati ma per certi aspetti ancora validi, permettono infine di identificare i potenziali candidati alla resincronizzazione cardiaca che, specie nello SC avanzato, si è dimostrata in grado di migliorare i sintomi e soprattutto la prognosi dei pazienti già trattati al meglio della terapia medica. La conoscenza dei limiti delle varie metodiche nella capacità di predire il successo della procedura e la necessità della loro integrazione con altri parametri deve guidare nella formulazione del referto e nel messaggio da fornire al Clinico. L'Area Scompenso Cardiaco ha fatto propria e condiviso l'idea di cercare di diffondere la cultura dell'utilizzo dell'Eco - Doppler come strumento fondamentale nella gestione clinica e nell'inquadramento prognostico non solo dei pazienti stabili ma anche durante le fasi di instabilizzazione dello SC. Infatti nei pazienti con SC acuto la conoscenza di dati quali la funzione sistolica, le pressioni di riempimento ventricolare sinistro e destro permettono assieme ai dati

di pressione arteriosa di classificare il nostro paziente sulla base dei diversi quadri fisiopatologici. Durante la fase di instabilizzazione l'utilizzo dei dati forniti da un'esame ecocardiografico ben eseguito, ripetuto e completo di tutte le informazioni emodinamiche può permettere un corretto utilizzo di farmaci come ad esempio i vasodilatatori ed i diuretici per arrivare ad una vera e propria "tailored therapy" senza dover ricorrere ad un esame invasivo come il cateterismo cardiaco. In questa ottica l'Area sta cercando di organizzare assieme ad un gruppo di esperti del settore una serie di incontri su tutto il territorio nazionale, limitato ad un numero ristretto di Cardiologi, proprio con lo scopo di insegnare quali sono le informazioni che dobbiamo avere dall'esame ecocardiografico e come poterle utilizzare al meglio. In conclusione, un "buon" referto ecocardiografico nel paziente con SC è senza dubbio una straordinaria occasione clinica. I contenuti dovrebbero riflettere non un asettico elenco di misure ma piuttosto una vera e propria guida per il Clinico nel percorso decisionale sulle strategie da mettere in atto. D'altro canto, è indispensabile che chi cura lo SC abbia perlomeno una minimale conoscenza del referto ecocardiografico per potervi attingere tutte quelle utili informazioni che contiene e che, a oggi, sono spesso scotomizzate. Da qui la necessità di diffondere la "cultura" del referto ecocardiografico nello SC: un investimento senza dubbio costo - efficace e con un favorevole impatto sulla salute del paziente.

Consigli Regionali ANMCO 2008 - 2010

ABRUZZO

Presidente: Laura L. Piccioni (Teramo)
Consiglio Regionale: Franco De Sanctis (Penne - PE), Domenico Di Clemente (Pescara), Raniero Di Giovambattista (Avezzano - AQ), Luciano Fagagnini Sulmona (AQ), Giacomo Levantesi (Vasto - CH), Loredana Mantini (Chieti)

www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo/

BASILICATA

Presidente: Berardino D'Alessandro (Policoro - MT)

Consiglio Regionale: Rachele Autera (Matera) Michele Antonio Clemente (Matera) Marco Fabio Costantino (Potenza) Salvatore Gubelli (Venosa - PZ)

Antonio Lopizzo (Potenza)
Giuseppe Romaso (Marsicovetere - PZ)

www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata/

CALABRIA

Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)

Consiglio Regionale: Federico Battista (Cosenza), Roberto Ceravolo (Catanzaro), Michele Giulio Alberto Comito (Vibo Valentia), Nicola Cosentino (Cariati - CS), Massimo Elia (Crotone), Virgilio Pennisi (Reggio Calabria)

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria/

CAMPANIA

Presidente: Giovanni Gregorio (Vallo Della Lucania - SA)

Consiglio Regionale: Cesare Baldi (Salerno), Luigi Caliendo (Castellammare di Stabia - NA), Nicola Capuano (Nocera Inferiore - SA), Aldo Celentano (Napoli), Angelina Martone (Caserta), Sergio Severino (Napoli), Osvaldo Silvestri (Napoli), Attilio Varricchio (Avellino)

www.anmco.it/regioni/elenco/campania/

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Consiglio Regionale: Nicoletta Franco (Rimini), Donato Mele (Ferrara), Massimo Pantaleoni (Reggio Emilia), Giampiero Patrizi (Carpi - MO), Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza), Claudio Reverberi (Parma), Andrea Rubboli (Bologna)

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Tullio Morgera (Monfalcone - GO)

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

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

LAZIO

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

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

LIGURIA

Presidente: Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente - GE)

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

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

LOMBARDIA

Presidente: Claudio Cuccia (Brescia)

Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Anna Frisinghelli (Passirana - Rho - MI), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Daniele Nassiacos (Saronno - VA), Marco Negrini (Milano), Roberto Pedretti (Tradate - VA), Alessandro Politi Gravedona (CO)

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/

MARCHE

Presidente: Roberto Accardi (Macerata)

Consiglio Regionale: Luigi Aquilanti (Ancona), Sante Bucari (Ancona), Melissa Dottori (Ancona), Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno), Patrizia Lattanzi (Pesaro), Marco Marini (Jesi - AN), Luigi Minutiello (Fabriano - AN), Andrea Pozzolini (Fano - PU)

web.infinito.it/utenti/a/anmco.marche/

MOLISE

Presidente: Carolina De Vincenzo (Campobasso)

Consiglio Regionale: Placido Busico (Agnone - IS), Angela Rita Colavita (Campobasso), Gennaro Fiore (Campobasso), Pietro Lemme (Isernia), Alberto Montano (Termoli - CB), Carlo Olivieri (Isernia), Dante Staniscia (Termoli - CB), Marina Angela Viccione (Isernia)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise/

P.A. BOLZANO

Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)

Consiglio Regionale: Renato Di Gaetano (Bolzano), Alessandro Mautone (Bolzano), Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ), Walter Pitscheider (Bolzano)

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano/

P.A. TRENTO

Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)

Consiglio Regionale: Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Marini (Trento), Simone Muraglia (Trento), Prisca Zeni (Trento)

www.anmco.it/regioni/elenco/trento/

PIEMONTE/VALLE D'AOSTA

Presidente: Maurizio Dalmasso (Ivrea - TO)

Consiglio Regionale: Maria Rosa Conte (Rivoli - TO), Aldo Coppolino (Savigliano - CN), Paolo Corsetti (Torino), Luisa Formato (Moncalieri - TO), Gianni Gaschino (Torino), Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara), Paolo Scacciatella (Torino)

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte/

PUGLIA

Presidente: Alessandro Vilella (Lucera - FG)

Consiglio Regionale: Ermanno Angelini (Brindisi), Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA), Antonio Matera (Andria - BA), Tiziana Mazzella (Lecce), Teresa Pascente (Taranto), Vitantonio Russo (Manduria - TA), Giuseppe Santoro (Conversano - BA), Giuseppe Scelera (Bari - Carbonara - BA)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia/

SARDEGNA

Presidente: Rinaldo Aste (Carbonia - CA)

Consiglio Regionale: Antonio Asproni (Nuoro), Gavino Casu (Sassari), Raffaele Congiu (Cagliari), Marco Corda (Cagliari), Francesco Dettori (Oristano), Antonio Manunza (Carbonia - CA), Giuseppe Sabino (Sassari), Paolo Vargiu (Olbia - SS)

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna/

SICILIA

Presidente: Abele Ajello (Palermo)

Consiglio Regionale: Maurizio Giuseppe Abriagnani (Erice - TP), Michele Bono (Sciacca - AG), Giuseppina Maura Francese (Catania), Salvatore La Rosa (Milazzo - ME), Pietro Lo Giudice (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa)

www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia/

TOSCANA

Presidente: Francesco Maria Bovenzi (Lucca)

Consiglio Regionale: Sergio Berti (Massa), Alessandro Comella (Lido di Camaiore - LU), Umberto Conti (Pisa), Stefano Di Marco (Pescia - PT), Massimo Fineschi (Siena), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Ugo Limbruno (Grosseto), Guido Parodi (Firenze)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana/

UMBRIA

Presidente: Gianfranco Alunni (Perugia)

Consiglio Regionale: Daniela Bovelli (Terni), Rita Liberati Foligno (PG), Sara Mandorla (Gubbio - PG), Cristina Martino (Spoleto - PG), Maria Grazia Sardone (Perugia), Donatella Severini (Città di Castello - PG)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria/

VENETO

Presidente: Marchese Domenico (Pieve di Sacco - PD)

Consiglio Regionale: Emanuele Carbonieri (San Bonifacio - VR), Pietro Delise (Conegliano - TV), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Pasquetto (Mirano - VE), Cosimo Perrone (Arzignano - VI), Roberto Valle (San Donà di Piave - VE)

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

Prevenzione primaria cardiovascolare: esperienza sul campo

di F. P. Calciano, A. Cardinale

La prevenzione e l'educazione sanitaria tra i banchi di scuola e nella società: esperienze positive portate avanti con costanza e continuità

I risultati sono significativi quando i progetti sono condivisi dai ragazzi

La prevenzione primaria cardiovascolare abbraccia molti degli elementi oggi raggruppati in un termine sin troppo usato quale Stile di Vita. Alimentazione ed attività fisica per iniziare, poi abitudini voluttuarie non corrette quali il fumare e l'eccedere con bevande alcoliche. L'iniziativa è stata proposta e coordinata dall'Associazione Amici del Cuore Grassano, associazione che pone la prevenzione e l'informazione cardiovascolare al primo piano dell'attività associativa. Vi è stata poi la condivisione da parte di alcuni istituti scolastici, di Cardiologi e di alcune Associazioni specialistiche, quali l'ANMCO e l'Heart Care Foundation, con le quali abbiamo stabilito un ottimo e proficuo rapporto di collaborazione. L'esperienza maturata in anni di attività costante, continua (l'attività preparatoria si esplica nei mesi

estivi, mentre l'attività sul territorio abbraccia il periodo scolastico, mediamente da ottobre a maggio, con incontri mensili con le classi che aderiscono ai progetti scolastici), ci porta a modulare ogni anno delle variazioni ai progetti proposti alla luce dell'esperienza maturata e dei rilievi che vengono dall'interno, dai ragazzi. I ragazzi rappresentano il punto centrale, non solo come fruitori e beneficiari dei messaggi d'informazione e di prevenzione cardiovascolare, ma anche come co - autori nella gestione degli stessi progetti. I ragazzi devono sentirsi interpreti principali, non comparse o solo spettatori del progetto. Se questo accade, e non è nè semplice nè scontato, allora una piccola luce si accende e vi sono dei risultati positivi, pur parziali. Occorre svestirsi da un atteggiamento di supponenza, io so, io parlo, io dico. Questo non può produrre nulla.

Importante discutere dando informazioni e contestualmente ascoltando i rilievi, le osservazioni, non tanto magari sui presupposti del progetto, ad esempio sull'importanza della dieta mediterranea o sull'opportunità di una costante attività fisica, o ancora sulla necessità di un intervento verso la pratica giovanile dell'abuso di alcolici. Questi sono dati che si possono e si devono fornire. Il passo successivo, quello importante e delicato è come tradurre queste informazioni in un progetto operativo che possa essere accettato dai ragazzi, dalle famiglie, dalla società, in modo da portare ad un cambiamento delle abitudini non corrette. Qui nasce il problema. Passare dall'individuazione di una criticità alla soluzione della

isola della
prevenzione



Figura 1

stessa. Vi possono essere varie opzioni, vari modi d'intervento. Abbiamo noi posto come centrale la condivisione del progetto da parte dei ragazzi. Ci siamo resi conto in questi anni che ciò non è sufficiente. Occorre affiancarlo ad altri elementi. La condivisione deve essere non solo dei ragazzi e della Scuola, ma anche della Famiglia, la quale non deve delegare il problema alla Scuola, ma deviare parte attiva. L'informazione, come qualsiasi altro elemento, può svolgere un ruolo positivo o negativo nel lanciare messaggi ai ragazzi. Messaggi che possono essere manifesti o subliminali. Vi sono poi altri elementi, questi molto più grandi che attualmente esulano dalla nostra possibilità d'intervento, quale le dinamiche economiche che vi sono in ogni attività ed elementi associati, come occupazione, pubblicità. Questi ultimi aspetti lasciamoli attualmente al di fuori. Importante creare un gruppo coeso, con all'interno Professori, Dirigenti scolastici, rappresentanti dell'associazione, Medici e Cardiologi e genitori. Abbiamo in animo, laddove decideremo di continuare quest'esperienza, di inserire anche una giovane ricercatrice che si occupa di Scienza della Formazione, per capire le dinamiche che sottendono le scelte dei ragazzi e per elaborare con i ragazzi un percorso. Abbiamo anche iniziato una collaborazione con il mondo dell'informazione scritta, della

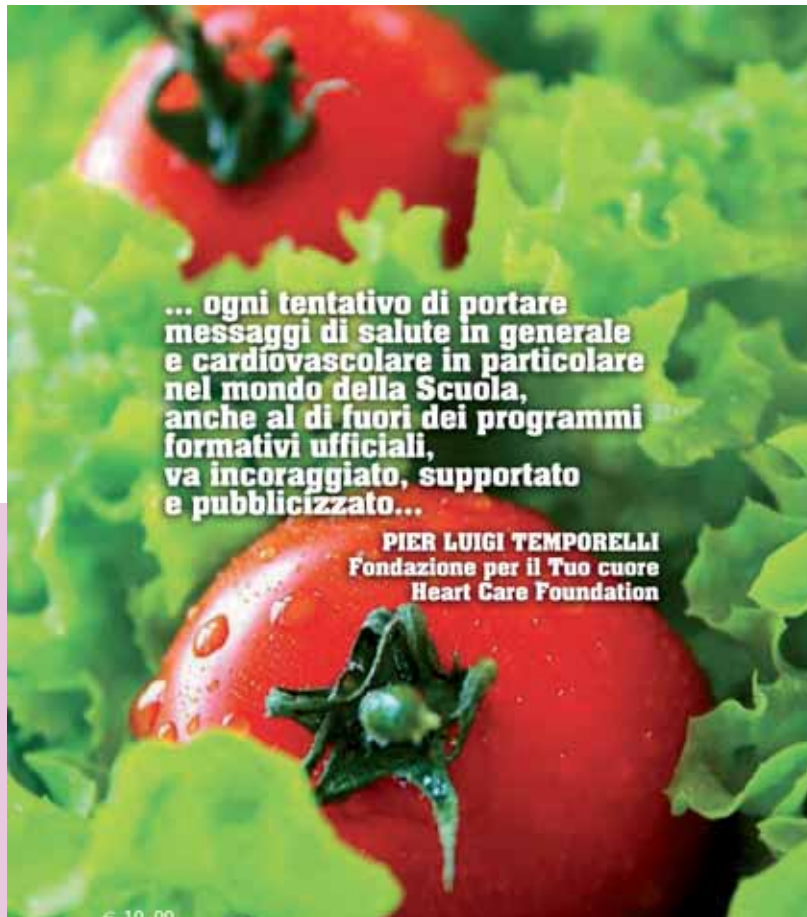


Figura 2

televisione e della radio. Finora la collaborazione importante che ci hanno assicurato è stata quella di divulgare le iniziative, di dare spazio ai vari interpreti dei progetti, ad iniziare dai ragazzi, di intervenire e spiegare i progetti stessi; di ospitare gli esperti in modo da favorire una completezza d'informazione sui temi portati avanti. Vorremmo in un prossimo progetto integrare maggiormente all'interno del progetto il mondo dell'informazione. Siamo partiti da una domanda: È possibile far modificare comportamenti già strutturati a ragazzi di 14 - 17 anni, età media verso la quale sono in genere rivolti i nostri progetti? Non è semplice, ma l'esperienza acquisita ci permette di essere ottimisti. Negli anni scorsi abbiamo cercato di lanciare anche messaggi alle giovani mamme, dicendo loro di insistere da subito con i bambini piccoli nel proporre cibi non veloci (merendina) ma salutari (frutta), magari dando tempo. Spesso far mangiare a merenda la frutta ad un bambino è un intervento che richiede 30 - 45 minuti, mentre passare una merendina è un fatto immediato. La nostra proposta in quella situazione è stata quella di proporre un pomeriggio tra frutta,

racconti e letture di fiabe, anche animate con offerta di frutta a tutti, piccoli e grandi. Care mamme, cari genitori, il messaggio proposto, date tempo ai vostri figli, aiutateli nella crescita, nelle scelte, nel loro percorso formativo globale. Il pomeriggio prendetevi un'ora da dedicare a

loro: spegnete il televisore, il computer, fate spegnere video giochi e date loro tempo. Insieme leggete loro o raccontate una fiaba, una storia della nonna nel mentre con calma fate fare merenda con frutta e spremuta. È operare una scelta. Ovviamente ognuno sarà libero di seguire un proprio percorso. L'approccio al problema con i ragazzi più grandi, non è più facile. Ci devono essere vari elementi per arrivare a piccoli e parziali risultati positivi: credere in quello che si fa, condivisione da parte della Scuola e degli insegnanti di riferimento, condivisione da parte dei ragazzi e possibilmente da parte delle famiglie. I ragazzi raccontano le difficoltà di un percorso siffatto: difficile agire sul singolo se il singolo è in un gruppo dove questi temi non sono accettati, ad esempio. Le scelte alimentari devono passare necessariamente dalla Famiglia. Un'attenzione particolare l'abbiamo rivolta alla colazione, spesso dimenticata. Abbiamo chiesto ai ragazzi di riprendere l'abitudine di una colazione con latte e biscotti o pane, alzandosi dieci minuti prima; di modificare, almeno due volte la settimana, la scelta della

merenda in classe, introducendo anche la frutta. Diverso il caso per l'attività fisica o le abitudini voluttuarie. Per l'attività fisica in questi anni abbiamo registrato un cambiamento significativo nella realtà dove usualmente operiamo: sempre più spesso la gente cammina a passo svelto, si concede lunghe passeggiate, riempie i campi di atletica o il campo sportivo. Un po' tutte le età. I ragazzi preferiscono maggiormente praticare sport di gruppo (scelta condivisa) o le palestre, ma iniziano ad accettare anche il consiglio di trascorrere meno tempo in modo statico in casa davanti alla televisione o al computer, per un'opzione che li porti fuori, all'aria aperta con gli amici prima di rimettersi a studiare. Alcuni hanno accettato la proposta di non prendere l'ascensore, ma di salire e scendere per le scale o di andare a piedi per compere in negozi vicino casa. Problema importante quello che abbiamo iniziato ad affrontare da due anni, l'abuso delle bevande alcoliche tra i ragazzi ed i pericoli che questo può determinare alla guida di un automezzo. Abbiamo loro proposto un patto. Il primo anno "Chi guida non deve bere alcolici", il secondo a questo abbiamo aggiunto "L'abuso di alcol è dannoso per la salute". Non è facile. Non è percepito in genere come un rischio questo problema, al limite è una trasgressione. Quest'anno abbiamo condiviso quest'aspetto con un'associazione che si occupa d'incidenti stradali, l'Associazione "Vivi la strada" di Castellana Grotte e Putignano in provincia di Bari. "Vivi la strada" porta nelle manifestazioni testimonianze filmate forti, fortissime, con immagini

devastanti d'incidenti stradali che coinvolgono i ragazzi; testimonianze video di mamme che hanno perso il figlio; testimonianze dirette di ragazzi che sono scampati alla morte e che ne pagano ora i postumi su una sedia a rotelle; ed ancora testimonianze delle Forze dell'ordine, della drammatica comunicazione alla famiglia di un grave incidente stradale, testimonianze dei Vigili del Fuoco dei Medici, dei Rianimatori. I ragazzi sono rimasti colpiti ed hanno chiesto di poter continuare ad avere anche queste informazioni, perché reputano che anche in questo modo possono modificare alcuni comportamenti. Abbiamo presentato loro anche delle considerazioni semplici ma importanti, considerazioni del Direttore dell'Osservatorio sull'Alcol dell'Istituto Superiore della Sanità, Prof. Emanuele Scafato, in un incontro avuto a Roma nella presentazione del libro "Isola della prevenzione" che racchiude l'esperienza scolastica che abbiamo portato avanti quest'anno (Figure 1 e 2). «Non esistono leggi che possono cambiare i comportamenti o tutelare le persone 24 ore su 24 ore. Voi siete la prima risorsa di voi stessi. Occorre parlare e pensare in termini di salutogenesi. Ricordate che siete al centro di tutte le vostre scelte, siete i fautori anche del vostro destino. Non ci si può piangere addosso, io vi do delle conoscenze, usate queste conoscenze. Siete liberi di fare quello che volete. La libertà del bere è una libertà assoluta, come tutte le libertà». Quelli sopracitati sono concetti che esprimono la necessità di una sana autodeterminazione da parte di ognuno. Ragazzi queste sono le informazioni,

a voi il tradurle in comportamenti salutari per voi stessi. In futuro vorremmo proporre ai ragazzi un progetto basato su due osservazioni, "L'alcol non aiuta a stare insieme", "L'alcol non è amico dei ragazzi". Una strada complessa quella che abbiamo sinora percorso e sulla quale stiamo attualmente discutendo se e come continuarla. Non è semplice. L'impegno in termini di tempo, economico non è marginale. Utile allargare la base d'intervento continuando il lavoro fatto sinora per stabilizzare i risultati e contestualmente aumentarne la fruizione. Abbiamo deciso, sollecitati dalle esperienze fatte in questi anni con i progetti scolastici, di preparare un Decalogo (Figura 3) di consigli da discutere e consegnare ai pazienti ai quali sarebbe utile proporre una modifica del proprio stile di vita, ognuno all'interno del proprio ambito (Studio Medicina Generale e U.O. di Angiologia). Decalogo che richiami consigli in tema di alimentazione, di attività fisica e, se occorre, anche eventuali consigli personalizzati. Siamo impegnati anche durante l'estate nell'organizzare incontri divulgativi aperti al pubblico sempre inerenti ai temi dell'informazione e prevenzione cardiovascolare partendo dai risultati racchiusi nel libro "Isola della prevenzione". Abbiamo organizzato anche un incontro presso un Centro Turistico della costa ionica della nostra regione, ricevendo attenzione. Siamo ora giunti al periodo nel quale dobbiamo decidere se e come continuare. Un obiettivo vorremmo introdurre nell'eventuale nuovo progetto. Il confronto diretto tra la realtà dei ragazzi italiani e quella di ragazzi europei del Nord e del Sud

STILE DI VITA E PREVENZIONE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Un corretto Stile di Vita è importante ai fini della prevenzione primaria o secondaria delle malattie cardiovascolari. Accanto alla visita clinica completa, agli esami di laboratorio o agli esami strumentali, quando richiesti ed utili alla definizione della patologia (richiesta ed utilità conseguenti ad una attenta valutazione da parte del Medico di Medicina Generale in collaborazione con lo Specialista), utili consigli che possano aiutare ogni persona a mettere in atto quelle strategie comportamentali finalizzate ad un benessere individuale. Di seguito ci permettiamo di sottoporre alla Vostra attenzione consigli che riteniamo utili nel singolo caso. Vi consigliamo di discuterli anche con il vostro Medico di Fiducia.

ALIMENTAZIONE

Riscoprite e soprattutto fate riscoprire ai vostri figli la colazione tipica nostra, a base di latte e biscotti secchi, o pane, magari abbrustolito.
Break scolastico per i ragazzi: inserite almeno due volte la settimana la frutta, quella di stagione, quella che preferiscono
A merenda, sempre per i ragazzi inserite anche una spremuta, uno yogurt, e d'estate ogni tanto un gelato.

PASTI PRINCIPALI (la piramide alimentare da tenere ben in evidenza in cucina)

Una sana alimentazione deve prevedere:

- A - un consumo, più volte al giorno, di frutta e verdure, queste ultime sia crude che cotte;
- B - un consumo due, ancor meglio tre volte la settimana, dei legumi di vario tipo sia da consumare con la pasta, sia da soli, sia come contorno;
- C - non eccedere con la carne, privilegiare quelle magre;
- D - consumare almeno tre volte la settimana il pesce, privilegiando il pesce azzurro;
- E - non eccedere con i formaggi (privilegiare quelli con meno grassi) e non eccedere con i salumi;
- F - privilegiare come condimento l'olio extravergine d'oliva;
- G - utilizzare il sale con moderazione;
- H - modalità di cottura: preferibile la cottura al forno a quella fritta;
- I - evitare le bevande alcoliche, sono dannose, e spesso possono mettervi in condizioni di pericolo per la vita vostra o quella degli altri. Divertitevi in sicurezza e per far questo non c'è necessità di alcun supplemento d'alcol.

Figura 3

Europa. Un progetto eventualmente da proporre contestualmente ai ragazzi lucani, a quelli di Roma, che ci seguono e partecipano da anni ai nostri progetti scolastici, insieme a coetanei di altre realtà quali la Finlandia e la Spagna con l'obiettivo di:

- analizzare lo status quo, le abitudini alimentari in atto, lo svolgimento dell'attività fisica e sportiva, le abitudini voluttuarie in tema di alcol e di fumo tra i ragazzi;

- un'analisi su alcuni parametri, quale BMI ed Indice di rischio cardiologico;
- uno screening selettivo per il colesterolo ed il diabete nei soggetti con familiarità positiva per cardiopatia ischemica, cerebrovasculopatie acute centrali e periferiche, dislipidemie e diabete;
- valutare le implicazioni culturali, climatiche o d'altro genere nelle scelte dei ragazzi.

Un gemellaggio fra i partecipanti

al progetto con un'analisi finale da presentare insieme in uno dei paesi che aderiranno al progetto. Obiettivo ambizioso, attualmente solo postulato, ma nella vita è utile volare in alto. La realizzazione di questi progetti è stata possibile anche grazie alla tenacia, al lavoro, ai consigli, all'impegno continuo, costante e appassionato profuso dalla Sig.ra Lucia Bolettieri, Presidente dell'Associazione Amici del Cuore Grassano.

Onda su onda: torniamo a scuola di Elettrocardiografia

L'Elettrocardiogramma: insostituibile compagno nelle emergenze cardiologiche

di Francesco De Rosa

Se correttamente interpretato, l'Elettrocardiogramma ci informa sullo stato funzionale del sistema di eccito - conduzione, sulla presenza di aritmie, sullo stato di perfusione miocardica, sullo spessore e sulla volumetria delle camere cardiache e, non ultimo, in modo esclusivo, sul funzionamento di un pacemaker e sulla presenza di alcune sindromi aritmiche quali la Sindrome di Brugada, la Sindrome di WPW e la Sindrome del QT - lungo

Le origini

La prima rudimentale registrazione di una traccia elettrocardiografica, definita Cardiogram, che del tutto casualmente è molto suggestiva di un'onda di lesione transmurale, la si deve ad un medico francese Augustus Desire Waller. Tuttavia la nascita dell'elettrocardiografia è legata a Willem Einthoven che non solo inventò il galvanometro a corda, il che gli valse il premio Nobel nel 1921, ma diede l'avvio al moderno metodo interpretativo dell'Elettrocardiogramma. Ad Einthoven si deve inoltre l'attuale terminologia elettrocardiografica, mutuata da Cartesio, che per motivi fonetici ed allitterativi nei suoi studi matematici utilizzava le lettere dell'alfabeto partendo dalla lettera P a seguire. Tale terminologia è risultata così perfetta ed esclusiva che per qualsiasi elemento aggiuntivo, descrittivo di quadri elettrocardiografici nuovi, si è ricorsi all'alfabeto greco o al nome dell'autore che li ha descritti, proprio per non intaccare minimamente la terminologia originaria di Einthoven. Ne sono esempio l'onda di lesione descritta da Smith (1918) e Pardee (1920), l'onda di Osborn (1953), descritta nell'ipotermia, l'onda delta della preeccitazione ventricolare, descritta da Segers nel 1944, l'onda epsilon della displasia aritmogena del ventricolo destro, illustrata da Fontaine nel 1978. L'Elettrocardiogramma unitamente allo studio della semeiotica fisica cardiovascolare ed alla sintomatologia del paziente ha rappresentato l'unico esame strumentale disponibile in ambito diagnostico per molte generazioni di Cardiologi e più in generale di Internisti. L'avvento di

metodiche diagnostiche cardiologiche sempre più sofisticate ha solo apparentemente offuscato il suo ruolo, che di fatto resta centrale nella formulazione di una diagnosi cardiologica.

L'attualità

Ancora oggi, una diagnosi cardiologica non può prescindere dalla corretta interpretazione dell'Elettrocardiogramma del nostro paziente. Questo semplice ed accessibile esame ci offre una serie di informazioni che nessun esame, per quanto sofisticato, invasivo e costoso, riesce a darci. Inoltre non va sottovalutato il fatto che l'esame non è operatore dipendente nella sua fase di registrazione, anche se necessita di una serie di conoscenze fondamentali per la sua interpretazione. Se correttamente interpretato, l'Elettrocardiogramma ci informa sullo stato funzionale del sistema di eccito - conduzione, sulla presenza di aritmie, sullo stato di perfusione miocardica, sullo spessore e sulla volumetria delle camere cardiache e, non ultimo, in modo esclusivo, sul funzionamento di un pacemaker e sulla presenza di alcune sindromi aritmiche quali la Sindrome di Brugada, la Sindrome di WPW e la Sindrome del QT - lungo. Ma c'è di più: nelle Sindromi Coronariche Acute assume un valore fondamentale ai fini della scelta terapeutica, considerato che la strategia ripercussiva risente della presenza o meno del sopraslivellamento del tratto ST.

Perle e tranelli

Ma una interpretazione corretta dell'Elettrocardiogramma non è sempre facile. Di errori interpretativi, i cosiddetti "tranelli", nella storia dell'Elettrocardiografia se ne contano molti. Quello che di più viene in mente è



quello commesso da ben tre illustri Colleghi, Louis Wolff, John Parkinson e Paul Dudley Withe, che nel loro storico articolo sulla Sindrome da loro descritta e pubblicata nel 1930, interpretarono la preeccitazione ventricolare come blocco di branca e non individuarono correttamente quella che qualche tempo dopo Segers definì onda delta. Meno grave, considerata l'epoca, l'affermazione di Sir Thomas Lewis sull'origine delle extrasistoli ventricolari: «Le extrasistoli con morfologia tipo blocco di branca sinistra nascono dal ventricolo sinistro e quelle con morfologia tipo blocco di branca destra nascono dal ventricolo destro». Accanto ai tranelli esistono però le “perle”, cioè punti fermi che devono essere impressi nella memoria. E sicuramente le perle più importanti, che danno un senso alle onde elettrocardiografiche sottraendole ad uno sforzo mnemonico, sono le tre leggi fondamentali dell'Elettrocardiografia, nate dalla teoria del dipolo di Frank N. Wilson, sulla scorta dell'ipotesi del doppietto formulata da J. Craig, capacissimo quanto osteggiato medico sudamericano.

Le leggi

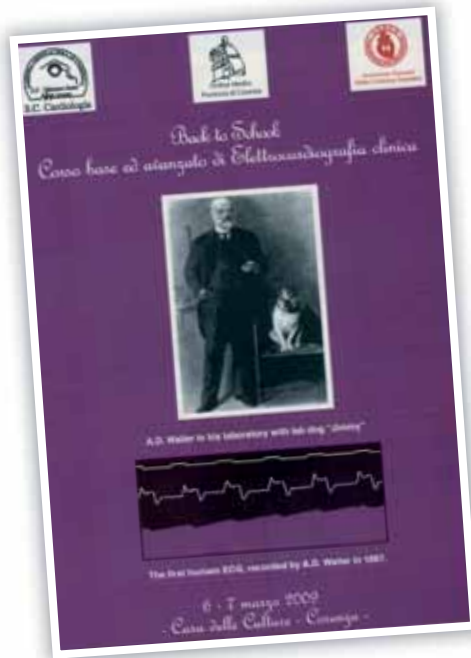
Le tre leggi recitano:

- I) Un vettore che si avvicina ad un elettrodo di registrazione, descrive una deflessione positiva sull'ECG.
- II) Un vettore che si allontana da un elettrodo di registrazione, descrive una deflessione negativa sull'ECG.
- III) Un vettore perpendicolare ad un elettrodo di registrazione, descrive una deflessione isodifasica (positiva - negativa) sull'ECG.

Queste tre semplici leggi spiegano in

pieno la morfologia delle più impercettibili onde elettrocardiografiche.

Back to School



Al fine di rivisitare, alla luce delle più recenti acquisizioni, i quadri elettrocardiografici di base e le principali sindromi aritmiche, abbiamo realizzato un corso base ed avanzato di Elettrocardiografia, provocatoriamente preceduto da una esortazione: back to school. Il Corso, inserito nel Piano Annuale Formativo ANMCO, a numero chiuso, rivolto a 60 Medici e 30 Infermieri, si è svolto a Cosenza nei giorni 6 - 7 marzo 2009 ed ha registrato un notevole interesse dei partecipanti. Anche perché, a salire in cattedra sono stati riconosciuti cultori calabresi della branca ed alcuni tra i più eminenti cultori dell'Elettrocardiografia e più in generale dell'Aritmologia nazionale. Grande spazio è stato dato alla diagnosi elettrocardiografica di

ischemia miocardica differenziandola dai quadri che la possono simulare. Questo argomento è stato affrontato dal Prof. Giuseppe Oreto la cui capacità didattica e competenza specifica sono elementi ben conosciuti. Sempre a componenti della sua Scuola, il Prof. Gianfranco Luzza ed il Prof. Antonino Donato, sono stati affidati la diagnosi degli ingrandimenti atriali e di ipertrofia ventricolare, i blocchi di branca e gli emblocchi. Grande risalto è stato dato poi alle sindromi aritmiche congenite in cui si sono cimentati con lezioni magistrali il Dott. Pietro Delise, il Dott. Bortolo Martini ed il Dott. Gabriele Vignati, mentre la diagnosi delle tachicardie a QRS largo è stata affidata al Dott. Giuseppe Vergara. Molti anche gli Specialisti calabresi come il Dott. Pietro Maglia. È nostra intenzione continuare a tenere alta l'attenzione su una metodica destinata a sopravvivere ad ogni possibile progresso tecnologico, e peraltro insostituibile nelle emergenze cardiologiche.

Bibliografia

- 1) Wolff L, Parkinson J, White PD: Bundle-Branch block with short P-R interval in healthy young people prone to paroxysmal tachycardia. *Am Heart J.* 1930; 5: 685-704.
- 2) Segers M, Lequime J, Denolin H: L'activation ventriculaire precoce de certains coeurs hyperexcitables: Etude de l'onde delta de l'electrocardiogramme. *Cardiologia.* 1944; 8 : 113167.
- 3) Osborn JJ. Experimental hypothermia; respiratory and blood pH changes in relation to cardiac function. *Am J Physiol.* 1953; 175: 399-98.

Ipertensione Arteriosa Polmonare

di Roberto Gortan

Il 13 giugno 2009 si è svolto a Palmanova il terzo dei sei incontri che il Consiglio Direttivo Regionale

ANMCO Friuli Venezia Giulia ha programmato per il biennio 2009 – 2010. Il tema dell'incontro è stato "Ipertensione Arteriosa Polmonare".

Il Comitato Scientifico era a cura dei Dottori Luigi Paolo Badano, Roberto Gortan e Tullio Morgera.

Motivazioni

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia fin dall'inizio del suo mandato aveva espresso il desiderio di rafforzare la presenza della nostra Associazione, puntando le proprie risorse sulla realizzazione di eventi che potessero stimolare la crescita culturale e mantenere alto lo

spirito di associazione tra gli Specialisti. Con questi presupposti l'ANMCO Friuli Venezia Giulia ha deciso di impegnarsi nella realizzazione di una serie di incontri che, traendo spunti da Casi Clinici emblematici, potessero delineare un percorso clinico - strumentale - terapeutico omogeneo. Dopo gli incontri su la "Sindrome di Brugada" e "Scompenso cardiaco a frazione d'eiezione conservata", quello su "Ipertensione Arteriosa Polmonare" rappresenta il terzo degli incontri fino ad ora organizzati.

L'incontro

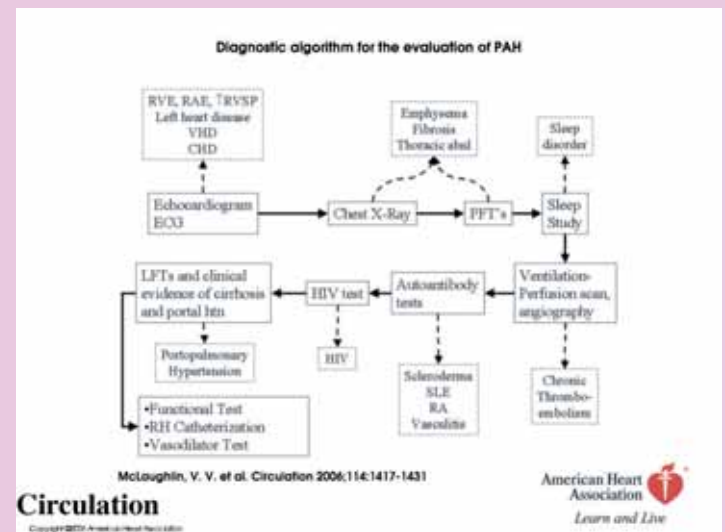
L'Ipertensione Arteriosa Polmonare è una patologia rara ed a prognosi non buona, per questo diventa necessario poterla diagnosticare correttamente attraverso un percorso clinico - strumentale atto ad individuare l'eziologia, delinearne la prognosi per intraprendere una corretta terapia. Partendo da Casi Clinici "vissuti" (a cura della Dott.ssa Chiara Lestuzzi, della Dott.ssa Giulia Russo e del Dott. Stefano Ghio), le Relazioni seguite hanno cercato di descrivere l'epidemiologia la classificazione e la fisiopatologia di tale malattia. Grande enfasi è stata affidata alla parte diagnostica strumentale come l'Ecocardiografia ed il corretto utilizzo del cateterismo cardiaco grazie all'appassionato intervento di giovani Colleghi quali la Dott.ssa Norma Pezzutto, il Dott. Davide Zanuttini, il Dott. Francesco Lo Giudice, la Dott.ssa Denise Muraru e la Dott.ssa Maria Teresa Grillo. Non sono mancati però significativi scambi di opinioni sulla selezione dei pazienti da avviare alla terapia medica o a quella cardiocirurgia, grazie anche alla presenza tra i Relatori del Dott. Stefano Ghio che, riferendosi al gruppo di lavoro multidisciplinare con il quale si confronta (Cardiologi, Cardiocirurghi, Radiologi, Reumatologi) ha saputo trasmetterci le importanti esperienze di un centro di riferimento come quello di Pavia.

| Pulmonary arterial hypertension Diagnostic classification | |
|---|---|
| Third World Symposium on Pulmonary Arterial Hypertension, Venice 2003 | |
| 1. Pulmonary arterial hypertension | 3. PH with lung diseases/Hypoxemia |
| <ul style="list-style-type: none"> Idiopathic PAH Familial PAH Related to: <ul style="list-style-type: none"> Connective tissue diseases HIV Portal Hypertension Anorexigens Congenital heart diseases PPHN PAH venulae/cap.involv. (PVOD) | <ul style="list-style-type: none"> COPD Interstitial Sleep-disordered breathing Developmental abnormalities |
| 2. PH with left heart disease | 4. PH due to chronic thrombotic and/or embolic disease |
| <ul style="list-style-type: none"> Atrial or ventricular Valvular | <ul style="list-style-type: none"> TE obstruction of prox. PA TE obstruction of distal PA Non thrombotic P embolism |
| | 5. Miscellaneous |



Tavola Rotonda

Il dibattito finale è stato caratterizzato da una vivace serie di interventi che sono serviti a tracciare le basi per revisionare i percorsi clinico - strumentali e terapeutici a livello regionale, unificando così gli approcci che centri differenti possono inevitabilmente avere, centrando così anche con questo terzo incontro i propositi iniziali: rendere omogenei i percorsi. Anche questo incontro è stato caratterizzato da una importante adesione di partecipanti (circa 120 iscritti) sia Medici che Infermieri che hanno saputo apprezzare i contenuti delle Relazioni esposte, vista l'attiva partecipazione anche nei dibattiti instaurati. L'iniziativa "Omogeneizzazione dei percorsi: dal Caso Clinico alla Flow Chart" si sta dimostrando una formula vincente nello stimolare i partecipanti ad offrire un miglior servizio ai paziente e rendere il "sistema" sempre più efficace e professionale. L'incontro "Ipertensione Arteriosa Polmonare" ha anch'esso rispecchiato tali propositi.



Il Rischio Emorragico nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta: una nuova frontiera per la sicurezza delle cure

di F. Colivicchi, R. Patrizi,
R. Mezzanotte

L'ANMCO Lazio intende dare vita ad un Sistema di Sorveglianza per le complicanze emorragiche nelle SCA nel contesto del Registro Regionale NET - SCA

Questo strumento si propone come riferimento informativo indipendente per azioni di Governo Clinico coerenti ed efficaci

Le emorragie rappresentano le più frequenti complicanze di natura non ischemica nei pazienti ricoverati per Sindrome Coronarica Acuta (SCA). Nella pratica clinica vengono utilizzate diverse definizioni (in Figura 1 criteri GUSTO e criteri TIMI) per indicare la gravità di un eventuale sanguinamento; queste classificazioni tengono conto degli aspetti clinici, dell'entità di riduzione dei valori di emoglobina e dell'eventuale ricorso ad emotrasfusioni (vedi Figura 1). Nel complesso, la frequenza delle emorragie maggiori nei pazienti ricoverati con SCA si aggira tra il 2 e l'8%. L'incidenza varia soprattutto in relazione all'età, alle comorbidità maggiori, al tipo ed al dosaggio della terapia antitrombotica e antiplastrinica ed alle eventuali procedure invasive che vengono eseguite durante il ricovero. In realtà, nei grandi Trial l'incidenza di complicanze emorragiche è solitamente piuttosto bassa (ad esempio inferiore al 2% nei Trial OASIS - 2, PRISM e PURSUIT), mentre appare di assoluto rilievo clinico nei Registri prospettici osservazionali (10 - 15% nel GRACE, 4 - 6% nel CRUSA-DE). Questo dato sottolinea, ancora una volta, la sostanziale differenza esistente tra "mondo dei Trial" e "mondo reale". La crescente attenzione nei confronti di questa particolare criticità clinica è dettata dal suo

rilevante impatto prognostico. Infatti, il verificarsi di complicanze emorragiche comporta, nei pazienti con SCA, un ulteriore aumento del rischio di morte durante il periodo di ricovero. Inoltre, molti dei più gravi contenziosi medico - legali, che investono i reparti di Cardiologia, sono riconducibili a complicazioni emorragiche maggiori (ad esempio ematomi retro - peritoneali spontanei o post - procedurali). Alla luce di queste considerazioni, le più recenti Linee Guida nazionali ed internazionali per la gestione delle SCA raccomandano una preliminare ed attenta stratificazione del rischio emorragico nel singolo paziente. Questa valutazione clinica dovrebbe precedere la definizione dell'iter terapeutico, sia per quanto riguarda la prescrizione di farmaci antitrombotici ed antiplastrinici, che per l'indirizzo ad eventuali strategie di contestuale rivascolarizzazione percutanea. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lazio ha da tempo avviato una riflessione critica su questo particolare argomento. La sicurezza delle cure nel "mondo reale" è, infatti, un tema centrale per la qualità dell'assistenza sanitaria. L'ANMCO Lazio ha quindi ritenuto opportuno promuovere la realizzazione di un Sistema di Sorveglianza per le complicanze emorragiche nei pazienti con SCA. Questo strumento operativo, originariamente

sviluppato in alcuni ospedali della Regione Lazio come iniziativa locale di promozione della qualità dell'assistenza, vedrà il proprio compimento con il Registro Regionale NET - SCA. Nel Registro Regionale laziale per le SCA viene infatti riservata un'attenzione particolare all'eventuale comparsa di complicanze emorragiche ed alla mor-

bilità secondaria ad esse direttamente correlata. Nel difficile contesto gestionale delle organizzazioni sanitarie complesse, i sistemi di sorveglianza delle attività di assistenza costituiscono una componente essenziale per la governance ed il controllo del rischio clinico. Lo sviluppo di strumenti

nali, che possono realizzare efficacemente anche la funzione di sistemi di sorveglianza a supporto di un'analisi indipendente ed autonoma dei sistemi complessi. Riteniamo, infatti, che la sfida del Governo Clinico richieda strumenti nuovi, ovvero un uso innovativo di strumenti tradizionali. L'ANMCO, come forte Associazione indipendente di professionisti, si muove, quindi, ancora una volta, lungo la direttiva del miglioramento della sicurezza e della qualità complessiva delle cure. I primi risultati di questa nuova iniziativa verranno presentati nel corso del Congresso Nazionale dell'ANMCO 2010.

| Classificazione TIMI delle emorragie ¹ | |
|--|--|
| Maggiori | Emorragia intracranica o sanguinamento clinicamente franco (anche a test di immagine) associati a diminuzione dei valori di emoglobina ≥ 5 g/dl |
| Minori | Sanguinamento clinicamente franco (anche a test di immagine) associato a diminuzione dei valori di emoglobina tra 3 e < 5 g/dl |
| Minime | Sanguinamento clinicamente franco (anche a test di immagine) associato a diminuzione dei valori di emoglobina < 3 g/dl |
| Classificazione GUSTO delle emorragie ² | |
| Gravi e potenzialmente fatali | Emorragia intracranica o sanguinamento che determina compromissione emodinamica che necessita di intervento |
| Moderate | Sanguinamento che necessita di emotrasfusione senza causare compromissione emodinamica |
| Lievi | Sanguinamento che non soddisfa i precedenti criteri |

Tutte le definizioni TIMI tengono conto delle emotrasfusioni con le quali i valori di emoglobina sono aumentati di 1 g/dl per ogni unità di globuli rossi trasfusi.

Figura 1

di sorveglianza richiede, tuttavia, la creazione preliminare di sistemi di supporto informativo, organizzati ed efficienti. Solo la piena disponibilità di reti capaci di raccogliere, elaborare e distribuire informazioni, attendibili ed esaustive, consente, infatti, azioni di Governo Clinico coerenti ed efficaci. L'ANMCO Lazio vuole dare quindi un nuovo valore ai Registri osservazio-

L'offerta formativa ANMCO in tema di Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare nella Regione Marche

di Mauro Persico

Aumenta il numero dei Corsi e degli Istruttori

Con il I Corso ACLS svoltosi a San Benedetto del Tronto nel dicembre 2002, si è dato inizio ufficialmente, anche nelle Marche, al progetto noto come "Cascata Formativa ANMCO", che si proponeva di diffondere in Italia la cultura e l'addestramento alla Rianimazione Cardiopolmonare (RCP) (Figura 1). In questi sette anni l'attività del Gruppo Istruttori marchigiani è proseguita senza sosta (27 Corsi organizzati con 397 partecipanti), riuscendo a ga-

Istruttori ANMCO, l'aver attualmente 15 Istruttori attivi (compresi i due Direttori) e 8 in formazione, rappresenta indubbiamente un potenziale "formativo" davvero notevole. Tutto ciò ha avuto delle rilevanti ricadute pratiche. La prima di queste è stata la completa autonomia nell'organizzazione dei Corsi; se fino a 2 anni fa per completare una Faculty di 4 Istruttori ed 1 Direttore per un Corso ACLS, si doveva far ricorso ad Istruttori provenienti da altre regioni, con ovvio incremento dei costi, attualmente, l'aver tanti Istruttori a disposizione,

Dopo sei anni di attività del gruppo Istruttori Marche, nasce ad Ascoli Piceno il Centro Regionale di Formazione Permanente per i Corsi RCP ANMCO - AHA

Con il crescente numero di Corsi effettuati e di Istruttori formati, le Marche divengono completamente autonome per quanto riguarda gli Istruttori da utilizzare.

rantire ogni anno almeno un Corso ACLS e almeno 2 - 3 BLS - D. Se si considerano le persistenti difficoltà nel promuovere Corsi ANMCO in una regione dove da sempre la formazione in RCP è stata appannaggio esclusivo dell'IRC (Italian Resuscitation Council), il solo fatto di essere riusciti a far conoscere ed apprezzare la qualità dei nostri Corsi, rappresenta per tutto il gruppo un potente stimolo per cercare di fare sempre meglio. Al costante incremento del numero dei Corsi effettuati negli ultimi 3 anni (Figure 2 - 3), si è associato un rilevante aumento del numero di Istruttori "formati" ed in "formazione" (Figura 4). Se soltanto si pensa che alla fine del 2002 nelle Marche c'erano soltanto 2

comporta la necessità di garantire ad ognuno 1 - 2 Corsi l'anno per il mantenimento dell'indispensabile "competence".

Un'altra conseguenza dell'incrementata attività del gruppo marchigiano, è stato l'incarico, dato al Coordinatore Regionale dei Corsi RCP Marche, di dirigere Corsi ANMCO in Emilia Romagna (Bologna, Parma), fino a quando si fosse creato un numero sufficiente di Istruttori, da affiancare ai 2 soli Istruttori ANMCO emiliani (Gonzi e Capecchi), per poter essere autonomi. Nell'aprile di quest'anno poi, 5 Istruttori marchigiani hanno svolto a Monopoli il I corso BLS - D ANMCO - AHA in Puglia, con la prospettiva di iniziare la cascata formativa



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

anche in questa regione.

Il I Corso Istruttori nelle Marche

L'attenzione e l'apprezzamento per quanto fatto nella nostra regione da parte del Comitato Scientifico Nazionale e dall'attuale Chairman dell'Area Emergenza - Urgenza Dott. Giuseppe Fradella, si sono concretizzati con lo svolgimento di un Corso Istruttori nelle Marche. Il 13 - 14 febbraio 2008 presso il Centro Formazione della Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno si è svolto un Corso Istruttori BLS - D/ACLS ANMCO - AHA.

Considerando che i Corsi Istruttori si sono sempre svolti a Firenze o a Pisa, con l'eccezione di Parma nel gennaio 2008, essere riusciti ad organizzare tale evento ad Ascoli, ha indubbiamente rappresentato un segno di forte attenzione da parte del Comitato Scientifico

Nazionale per l'attività svolta nelle Marche. Con la direzione dell'allora Coordinatore Nazionale Giuseppe Fradella per il Corso ACLS e di Mauro Persico per il BLS - D, dopo 2 giorni di intenso e proficuo lavoro, sono diventati Istruttori ANMCO - AHA, 12 Colleghi per il BLS - D e 7 per l'ACLS. Particolarmente importante è stato il fatto che 3 dei nuovi Istruttori BLS - D ed 1 Istruttore ACLS, tutti non Cardiologi, erano già validissimi Istruttori IRC. Questo a testimonianza del fatto che il Gruppo Istruttori ANMCO non è costituito soltanto da Cardiologi e che è sempre aperto al contributo anche di Istruttori di altre Associazioni.

Nasce il Centro di Formazione Permanente (CFP)

Dopo il Corso Istruttori, l'altro importante obiettivo che ci si era

posti, era quello di creare un Centro Permanente di Formazione per i Corsi di RCP, autonomo per quanto riguarda il team degli Istruttori (tutti della stessa regione), ma anche per quanto riguarda le stazioni di addestramento (manichini, PC e tutto il materiale necessario) e la Segreteria Organizzativa, in modo da contenere e ridurre al massimo i costi dei Corsi, soprattutto ACLS. L'esperienza di Parma, dove il Servizio di Formazione ed Aggiornamento dell'Azienda Universitaria - Ospedaliera si era fatto carico di provvedere all'organizzazione ed all'acquisto dei manichini, con un notevolissimo abbattimento dei costi, ha sicuramente rappresentato un modello che poteva essere imitato e realizzato. Il notevole interesse per i Corsi ANMCO dimostrato da diversi anni dal Direttore dell'U.O.C. di

Cardiologia di Ascoli Dott. Moretti e la sua forte volontà di creare un CFP, insieme alla altrettanto dimostrata disponibilità della Responsabile del Centro di Formazione della Zona Territoriale 13 di Ascoli Piceno, Dott.ssa Passaretti, hanno rappresentato gli elementi indispensabili perché il progetto potesse andare in porto. Con l'acquisto di 2 manichini per ACLS e di 3 monitor - defibrillatori, è stato possibile allestire 3 stazioni complete per l'addestramento. Il lavoro organizzativo di Segreteria è stato quasi completamente assicurato dal personale del Servizio Formazione di Ascoli; le aule ed il materiale necessario per i Corsi (PC, videoproiettori, etc.) erano già disponibili e più che sufficienti. L'indispensabile collegamento dei manichini con PC e defibrillatori, così da creare stazioni di addestramento complete, è stato assicurato da uno dei validissimi Istruttori ascolani (Amabili), che ha sempre garantito il perfetto funzionamento delle stazioni. Nel dicembre 2008 si è quindi svolto ad Ascoli Piceno il I corso ACLS organizzato dal nascente CFP dell'Area Vasta Sud (Ascoli Piceno-San Benedetto del Tronto) riservato al personale sanitario (medico ed infermieristico) operante nei Dipartimenti di Emergenza dei due ospedali. La sede organizzativa e amministrativa fa capo all'Ufficio Formazione di Ascoli Piceno, mentre i Corsi si svolgono alternativamente negli Ospedali di Ascoli e San Benedetto del Tronto. Nel 2009 si sono già svolti 2 Corsi, il primo a febbraio a San Benedetto, con la gradita presenza del Presidente Regionale ANMCO Dott. Roberto Accardi, ed il secondo ad aprile ad

Ascoli. Nel mese di ottobre e a dicembre sono previsti altri 2 Corsi ACLS (il calendario e le sedi sono pubblicati nel Sito dell'ANMCO) aperti a Medici ed Infermieri di area critica, per un numero massimo di 15 partecipanti. Superati gli iniziali piccoli problemi legati al fatto di trovarsi a gestire un Corso senza più il completo supporto dell'Agenzia di servizi dell'ANMCO, il CFP si sta dimostrando una scommessa pienamente riuscita. Oltre all'enorme vantaggio di avere le stazioni di addestramento "a casa" senza più dipendere dalla disponibilità dei manichini dell'ANMCO, possiamo organizzare Corsi ACLS a costi di gran lunga inferiori rispetto al passato, senza neanche il supporto finanziario degli sponsor; se fino a poco tempo fa era già un grosso problema reperire le risorse per organizzare un Corso ACLS all'anno, con il Centro di Formazione Permanente appartenente all'Area Vasta Sud e prossimamente all'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Sud", il numero di Corsi organizzati si è moltiplicato. Ultimo, ma non meno importante, è il notevole grado di soddisfazione espresso dai discenti alla fine di tutti i Corsi. La qualità del format proposto (sempre più vicino a quanto raccomandato da AHA), e l'indubbia professionalità degli Istruttori, rappresentano da sempre dei punti di forza dei Corsi ANMCO.

Conclusioni

Il lento ma progressivo cammino per arrivare alla creazione del Centro di Formazione aziendale ha richiesto tempo, passione e sacrificio. Riteniamo che l'offerta formativa ANMCO - AHA in tema di Corsi di RCP, anche nella nostra regione abbia

ormai raggiunto livelli di tutto rispetto, non molto inferiori a quelli di regioni molto più grandi delle Marche e che hanno iniziato prima di noi. La creazione del Centro di Formazione Permanente rappresenta un punto di arrivo per quanto riguarda l'organizzazione strutturale dei Corsi, ma deve rappresentare un punto di partenza per quanto riguarda la formazione sistematica del personale sanitario di area critica almeno per quanto riguarda i Corsi di soccorso cardiaco avanzato. Il personale sanitario che opera nei Dipartimenti di Emergenza - Urgenza degli ospedali marchigiani è sicuramente il primo destinatario di tale offerta formativa, che è comunque a disposizione di chiunque, anche di altre regioni, abbia interesse e voglia di partecipare a Corsi, come l'ACLS ANMCO - AHA, indubbiamente duri e faticosi, ma sicuramente utili e di grande soddisfazione.

AGORÀ

di Roberto Accardi

Ricordiamo lo stimolante Congresso del 24 maggio organizzato a Senigallia dal Dottor Nino Ciampani su "Il Cuore destro: bersaglio ed attore di pluripatologie", iniziativa congiunta di SIEC ed ANMCO Regione Marche. E siamo in attesa del Convegno "La cardiologia nell'anziano: problemi, soluzioni, prospettive", che si svolgerà ad Ancona il 23 - 24 ottobre, organizzato dal Dott. Roberto Antonicelli della Cardiologia dell'INRCA.

Corso di BLS - D ANMCO/AHA in Puglia

di Vincenzo Lopriore

Introduzione

Il 10 aprile 2009 si è svolto a Monopoli il primo Corso di BLS - D voluto dal Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO Puglia, in collaborazione con l'Area Emergenza - Urgenza. Il Corso è stato organizzato localmente dal Consigliere Regionale Dott. Vincenzo Lopriore della Divisione di Cardiologia di Monopoli ed è stato sponsorizzato dalla Stroder.

con l'organizzazione di questo Corso ha voluto iniziare quella Cascata Formativa necessaria per avvicinare il maggior numero di Cardiologi ad un settore dell'ANMCO, talvolta trascurato, ma non privo di interesse. Il Corso era rivolto anche ad individuare possibili Istruttori locali (pugliesi) per guardare felicemente il futuro e poter costituire finalmente anche in zona un Gruppo di nuovi Istruttori

Impegno del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Puglia per la costituzione di Istruttori ANMCO per il BLS - D

Il Dott. Vincenzo Lopriore e la Cardiologia di Monopoli hanno organizzato, per la prima volta in Puglia, un Corso BLS - D ANMCO/AHA

Iniziando così una proficua collaborazione con l'Area Emergenza - Urgenza ANMCO

La Direzione del Corso è stata affidata al Dott. Mauro Persico, Coordinatore Nazionale Organizzativo dei Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare. Così si è dato inizio, finalmente anche in Puglia, alla Cascata Formativa del BLS - D. Nella Relazione conclusiva effettuata dagli Istruttori, è stato scritto che l'organizzazione locale è risultata essere eccellente per l'accoglienza e la disposizione strategica del Corso. Altrettanto sapiente e precisa è stata la direzione del Corso condotto da un gruppo di Istruttori ANMCO della Regione Marche, che il Dott. Persico ha voluto con sé per lo svolgimento di questo delicato compito. Infatti in Puglia è stato il primo Corso con queste caratteristiche. Hanno partecipato Cardiologi ed Internisti provenienti un pò da tutta la Puglia (Lecce, Taranto, Altamura, Lucera, ecc.). L'interesse particolare era fornito anche dall'applicazione delle tecniche rianimatorie anche ai lattanti ed ai bambini così come dettato dal Regolamento AHA. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Puglia

in grado di preparare a loro volta i giovani Medici a fronteggiare situazioni di emergenza con competenza e prontezza di riflessi, in maniera tale da creare anche proseliti per questa area particolare dell'ANMCO. Così sono stati individuati alcuni Medici particolarmente capaci e predisposti a frequentare a loro volta il Corso di Istruttori BLS - D ANMCO/AHA per la Puglia.

Svolgimento del Corso

Il Corso è stato improntato con training a piccoli gruppi su manichino adulto e lattante senza e con defibrillatore semiautomatico. Seguendo l'algoritmo di trattamento del paziente in arresto cardiaco per morte cardiaca improvvisa, puntualizzando la necessità della tempestività dell'intervento e l'instaurarsi immediata della catena di sopravvivenza. I partecipanti hanno assistito dapprima a lezioni teoriche di tipo frontale su "Question time, sulla posizione laterale di sicurezza e sulla manovra di Heimlich". Successivamente si sono costituiti quasi spontaneamente piccoli gruppi affiatati in

grado di apprendere naturalmente sul piano pratico le tecniche ed i tempi di BLS - D. Alla fine la valutazione finale è stata effettuata da tutti gli Istruttori congiuntamente. Gli Istruttori erano la Dott.ssa Liliana Talamonti, il Dott. Armando Nasso, il Dott. Stenio Amabili, e il Dott. Alessandro Capestro.

Contenuti

Dopo il benvenuto da parte del Dott. Lopriore della locale Cardiologia, si è passati subito a dare inizio al Corso BLS - D con la parte teorica frontale per l'adulto effettuata dal Dott. Persico e per la parte pediatrica effettuata dalla Dott.ssa Talamonti. L'uditorio, composto da Cardiologi ospedalieri e da Internisti, ha mostrato una ottima disponibilità all'apprendimento con umiltà, attenzione e partecipazione. Il Corso si è tenuto presso l'Hotel Vecchio Mulino di Monopoli, che ha messo a disposizione una Sala convegni molto grande ed accogliente, ed altre tre sale grandi dove sono state allestite quattro stazioni per le prove pratiche: tre per l'adulto ed una per il pediatrico e per il lattante. Dopo la parte teorica iniziale si è passati all'addestramento pratico su manichino con l'ausilio di un DVD. Tutti i discenti hanno potuto confrontarsi e ruotare tra le varie postazioni essendo stato ottimamente organizzato il Corso in maniera tale che tutti gli Istruttori avessero modo di esaminare e correggere i vari discenti nelle varie fasi. Il Gruppo di Istruttori, tutti marchigiani provenienti da San Benedetto del Tronto, Ascoli ed Ancona, non ha avuto difficoltà a trovare la necessaria omogeneità di comportamento nell'impostazione generale e nella gestione pratica del Corso. Tutti i discenti presenti hanno

superato la prova con risultati brillanti. Alcuni di essi, particolarmente predisposti all'apprendimento e all'esecuzione corretta delle manovre sono stati proposti per il Corso da Istruttori presso la Sede Centrale dell'ANMCO: si tratta del Dott. Baldassarre, la Dott.ssa De Gennaro e il Dott. Lopriore. Il giudizio su tutto il Gruppo, hanno affermato gli Istruttori, è stato ampiamente positivo e tutti i discenti hanno espresso il desiderio di partecipare ad un Corso di ACLS.

Conclusioni

In definitiva ottima è risultata l'organizzazione e molto interessanti i contenuti di questo primo Corso ANMCO/AHA tenutosi in Puglia. Anche la valutazione complessiva del Corso (a detta degli Istruttori) è risultata ottima, soprattutto in considerazione del fatto che l'intento principale era quello di iniziare la Cascata Formativa per costituire anche in Puglia un Gruppo di Istruttori ANMCO e continuare la divulgazione di tecniche semplici ma precise, utilissime a tutti i Medici. Se si considera che spesso i Cardiologi prestano la loro opera in Strutture votate all'emergenza, si capisce come dovrebbe essere obbligatorio per tutti il conseguimento di una attestazione di Corso BLS - D, tra le più complete e serie possibili, come quella rilasciata dall'ANMCO.

Metodologia clinica: dal Caso Clinico alle Linee Guida

di A. Ajello e G. Palazzo

72

Vi è ampio dibattito circa il complesso processo rappresentato dal ragionamento diagnostico clinico. Nel 2006 J. Bowen nel suo intervento sul NEJM a proposito delle strategie educazionali più opportune, ne ha evidenziato gli elementi fondamentali (Figura 1). Elementi chiave sono in primo luogo l'acquisizione dei dati (anamnesi, esame fisico, risultati di test diagnostici) e in secondo luogo l'elaborazione dell'astrazione mentale o "rappresentazione del problema", processo quest'ultimo spesso inconsapevole. Il Medico esperto, probabilmente, si forma una prima impressione (un'astrazione mentale) dall'anamnesi del paziente, selezionando una possibile soluzione tra le tante possibili giovandosi del bagaglio culturale e dell'esperienza di cui dispone. Con l'esperienza il clinico immagazzina il ricordo e le caratteristiche dei pazienti di cui ha gestito il trattamento.

Queste esperienze, sommate e filtrate dalla conoscenza di una malattia, condizione o sindrome, diventano altrettante ancora nella memoria. Sebbene inconsapevole, questa astrazione mentale influenza la strategia diagnostica. Guidato dalla prima impressione, il clinico porgerà domande specifiche e guiderà le risposte del paziente pianificando un esame fisico mirato e richiedendo appropriate indagini strumentali. Tale ragionamento clinico, non analitico, è associato con l'esperienza del tipo di problema specifico del paziente. Al contrario, è possibile che il clinico inesperto non si formi un'astrazione mentale del

Caso Clinico, generi ipotesi multiple plausibili, conduca l'anamnesi in maniera non organica e richieda indagini strumentali nel caso migliore secondo un protocollo, nel caso peggiore a largo raggio, cercando di confermare o escludere le molteplici considerazioni diagnostiche in modo consapevole, analitico. Ambedue le strategie sono efficaci e sono usate simultaneamente. Infatti il ragionamento deliberatamente analitico diventa la strategia pri-

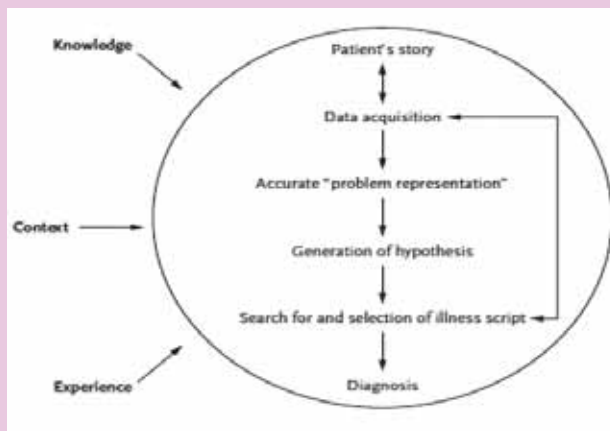


Figura 1

maria quando un caso è complesso o mal definito, i dati sono inusuali, o il clinico ha poca esperienza. Il Medico deve spesso inconsapevolmente usare multiple strategie combinate per risolvere i problemi con un elevato grado di flessibilità mentale e adattabilità nel ragionamento. L'esperienza dovrebbe rendere possibile, infatti, la formulazione di una sintetica rappresentazione mentale della malattia del paziente, la capacità di riconoscere sottili ma importanti variazioni in casi simili e dovrebbe anche fare rifuggire da una conclusione diagnostica prematura. L'accettazione di una diagnosi prima di una sufficiente verifica e l'incapaci-

tà di considerare plausibili alternative una volta che si sia pervenuti ad una diagnosi sono cause comuni di errori e possono verificarsi a qualsiasi grado di esperienza. Possibili motivi sono l'incapacità di assimilare acquisizioni culturali successive ed in evoluzione, la fretta di pervenire ad una conclusione diagnostica (riduzione dei tempi di degenza), la presunzione di un livello di esperienza in realtà non raggiunto. Con l'avanzare dell'età e dell'esperienza i Medici sono più predisposti a persistere nella diagnosi iniziale e, a volte, nell'errore. Queste considerazioni giustificano la progettazione di eventi formativi atti a raffinare il ragionamento clinico parallelamente e in sinergia a convegni finalizzati all'implementazione di Linee Guida, da intendere non come una gabbia per il ragionamento clinico ma come un'opportunità di confronto con modelli consueti di presentazione clinica

e gestione dei pazienti. Se i più giovani costituiscono il naturale obiettivo della formazione, da quanto si è scritto sopra, risulta evidente l'esigenza anche per i più anziani di evitare la sclerotizzazione dell'approccio al paziente. La forma di educazione continua in medicina è variabile. Nell'ambito delle forme possibili abbiamo scelto quella della discussione interattiva su Casi Clinici che sembra rivelarsi come la più efficace. L'ANMCO Sicilia in collaborazione con l'ANMCO Nazionale e la Fondazione "per il Tuo cuore" HCF ha organizzato a Catania il 15 maggio 2009, sotto la Presidenza del Prof. Enrico Geraci, un incontro

Firenze 20/05/09

Carissimi,
complimenti vivissimi per il successo eccezionale della nostra iniziativa pionieristica che ha aperto una nuova via di comunicazione tra la sede centrale e quelle periferiche... 30 e Lode!! Sarò ben felice di partecipare ai vostri programmi futuri.

Cordiali saluti

Attilio

Presidente

FONDAZIONE PER IL TUO CUORE - HCF ONLUS

scientifico indirizzato ai Soci ANMCO e, in particolare, a giovani Cardiologi che sono stati invitati a presentare Casi Clinici di particolare interesse clinico e non usuali, guidati da un Tutor ANMCO di riconosciuta esperienza nel campo trattato. Questo Evento Formativo è stato accettato per essere inserito nel Piano Annuale Formativo dell'ANMCO (PAF), in quanto ritenuto di interesse didattico e scientifico. Nel corso dei lavori (un lungo pomeriggio) 80 Cardiologi siciliani hanno assistito alla presentazione di quattro Casi Clinici, in tema di Sindromi Coronariche Acute. Dopo ciascun Caso un esperto regionale ha svolto un Minifocus sull'argomento, con riferimento anche alle Linee Guida internazionali. Quindi è stato aperto ogni volta un ampio spazio

di discussione con il coinvolgimento dell'uditorio e di alcuni dei maggiori esperti nazionali di Cardiopatia Ischemica (Attilio Maseri, Francesco Mari Bovenzi, Gennaro Santoro) in video - collegamento dalla Sede Nazionale ANMCO di Firenze (Figura 2). Scopo dell'Evento, sicuramente coronato da successo nonostante abbia scontato il prezzo di una nuova tipologia organizzativa, è stato innanzitutto quello di sperimentare una modalità innovativa di incontro culturale tra Cardiologi, con precipua attenzione alle esigenze dei più giovani, coniugando una peculiare strutturazione del Corso (Caso Clinico, Minifocus, ampia discussione con partecipazione di esperti distanti) con aspetti tecnici avanzati (video - collegamento). L'effetto secondario

atteso è quello della promozione all'interno delle singole unità operative, ove questo già non avvenga, dell'abitudine alla discussione sull'approccio e gestione del singolo paziente. Inoltre questo specifico Corso aderisce al nuovo indirizzo della Ricerca Clinica ANMCO, che, pur continuando a perseguire i suoi grandi temi tradizionali, sarà rivolta anche ai pazienti "marginali" delle cardiopatie più comuni, alle situazioni cliniche particolarmente difficili, alle patologie cardiache meno frequenti (una importante ricaduta potrebbe essere la promozione di una banca - dati di Casi Clinici rari).



Catania - Giuseppe Palazzo (a sinistra) ed Enrico Geraci (a destra)



Firenze - Da sinistra: Gennaro Santoro, Attilio Maseri, Francesco M. Bovenzi

MUMA 2009

La Cardiologia che ci unisce

di M. Sardone, A. Murrone, G. Alunni

A distanza di un anno dal primo Convegno Interregionale che si è svolto nelle Marche, a San Benedetto del Tronto, i Cardiologi dell'ANMCO di Marche, Umbria e Abruzzo hanno dato vita alla seconda fortunata edizione del MUMA 2009, "La Cardiologia che ci unisce". Quest'anno è toccato all'Umbria ospitare l'evento che si è svolto nei giorni 3 e 4 aprile, presso il Grand Hotel di Assisi. Ancora una volta i Cardiologi di queste tre regioni hanno saputo interagire in perfetta armonia, rafforzando i solidi rapporti di collaborazione, già sperimentati l'anno scorso. L'impegno profuso dai rispettivi Consigli Direttivi Regionali ha consentito di realizzare un vasto programma, che ha toccato vari aspetti della Cardiologia sia da un punto di vista clinico - pratico, che organizzativo. Il contributo di Relatori di prim'ordine, giunti anche da altre regioni, il Consiglio Direttivo ed il Consiglio Nazionale, che accettando di riunirsi ad Assisi ci hanno onorato della loro presenza, ha dato notevole spessore alla manifestazione. La risposta a tutto ciò è stata la folta presenza di ben 120 Colleghi iscritti

e di 50 Infermieri, che hanno partecipato attivamente e criticamente alla discussione. Il saluto del Presidente dell'ANMCO Salvatore Pirelli alla fine delle Sessioni di venerdì 3 aprile è stato molto apprezzato. La presenza e l'intervento del Prof. Attilio Maseri ha permesso di

ANMCO, sono iniziati i lavori del Convegno. Per la scelta degli argomenti ci si è calati nei panni del "Medico di guardia" in Cardiologia cercando di capire quali fossero le problematiche più pressanti o a maggior impegno professionale. Nella I Sessione si è

parlato di paziente ad alto rischio e a tal riguardo abbiamo affrontato il problema della mancanza di terapie "evidence based" per le donne, categoria ampiamente sottorappresentata nei Trial clinici, dell'utilizzo di Aspirina e statine che non hanno ancora un ruolo ben definito nella prevenzione cardiovascolare primaria, dei principi di gestione del paziente diabetico e con arteriopatia periferica, spesso asintomatici, ma con altissima prevalenza di coronaropatia.



chiudere in crescendo i lavori della prima giornata. A lui va il ringraziamento di tutti noi per ciò che ha fatto, per quello che sta facendo e per quello che farà per la Cardiologia italiana. Il recente successo ottenuto con la Campagna "per il Tuo cuore", ne è l'ultima testimonianza. Nel pomeriggio del 3 aprile, dopo il saluto delle Autorità e dei Presidenti Regionali

La II Sessione ha centrato l'attenzione sulla cardiopatia ischemica. Nelle recenti Linee Guida della ESC e dell'ACC/AHA sull'UA/NSTEMI si rilevano alcune differenze riguardo l'utilizzo dei farmaci anticoagulanti ed antiaggreganti; il sanguinamento è emerso prepotentemente come uno dei principali markers prognostici negativi, anche a media - lunga scadenza. Si è ritenuto importante porre

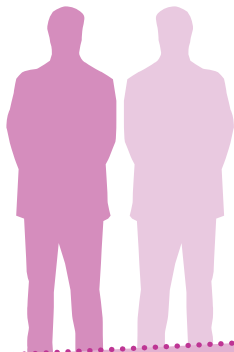


Basilica di San Francesco d'Assisi

l'attenzione su quale sia il ragionevole equilibrio tra la necessità di antiaggregazione/scoagulazione ed il rischio di sanguinamento. Il compito del Cardiologo al Pronto Soccorso non è sempre facile, è chiamato a scegliere il percorso più giusto per un paziente che si presenti con Dolore Toracico. È stato quindi analizzato se e quanto il recente "statement" ANMCO/SIMEU sul Dolore Toracico possa cambiare il comportamento del Cardiologo al Pronto Soccorso. L'estensivo ricorso alla coronarografia ed alla rivascolarizzazione percutanea, unitamente ai risultati di alcuni studi, ci hanno invece imposto una riflessione sull'indicazione all'angioplastica nel coronaropatico stabile cercando una risposta ad un quesito che ultimamente si è fatto avanti con forza e cioè: è necessario fare un passo indietro? Infine si è affrontato un problema che il Medico di guardia ormai è costretto ad affrontare quotidianamente senza l'ausilio di protocolli di comportamento univoci, che è la gestione dei pazienti con complicanze emorragiche o alterazioni comportamentali. Lo scompenso cardiaco avanzato è stato l'argomento della II Sessione; è superfluo sottolineare l'importanza epidemiologica e sociale di questa sindrome. Gli argomenti selezionati, sono stati scelti proprio perchè non godono di un ponderoso supporto di letteratura e quindi di EBM. A partire dalle strategie di svezzamento dalla terapia infusione, si è passati al timing per l'impianto di un VAD, che comporta la difficoltà di decisione sempre in equilibrio tra un paziente che "sta molto male" e quello che "sta troppo male", per finire con le cure

palliative. Le cure palliative purtroppo rappresentano ancor oggi un argomento lontano dalla visione comune di malattia, soprattutto nel nostro Paese; infatti la ricerca scientifica si è finora occupata quasi esclusivamente del miglioramento della sopravvivenza, ponendo poca attenzione ai sintomi ed alla qualità della vita. Ha fatto seguito un Update sull'uso dei PN al di fuori dell'Ospedale (utilità nel paziente ambulatoriale, come devono essere utilizzati e interpretati), terapia della ipertensione polmonare (l'ESC ha programmato per il 2009 la pubblicazione delle nuove Linee Guida), CRT ruolo dell'eco alla luce degli ultimi studi (l'Ecocardiogramma serve oppure no nel porre indicazione e predire la risposta alla terapia di resincronizzazione). La giornata di venerdì si è conclusa con la Cena sociale, accompagnata da un piacevole sottofondo musicale di un raffinato gruppo jazz. La serata è poi continuata con la musica di una simpatica band "multidisciplinare" che ha saputo divertire portando in pista numerosi partecipanti. Nella mattina del 4 aprile il programma, ricco di argomenti di alto contenuto scientifico, è ripreso con la III Sessione: la patologia cardiovascolare in gravidanza. La speranza di imbattersi il meno possibile in donne cardiopatiche in gravidanza, è nel pensiero di ogni Cardiologo, sia per la difficoltà di trattamento legata alla potenziale tossicità fetale da farmaci, sia per la possibilità di deterioramento clinico della cardiopatia indotta dalla gravidanza. Cosa consigliare alla donna cardiopatica in gravidanza è sempre un difficile equilibrio tra la legittima aspirazione alla maternità e

la certezza, spesso irraggiungibile, di non nuocere alla futura mamma. La Tavola Rotonda FIC ha fatto il punto sulla struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia in MUMA, sottolineando pregi, difetti e difficoltà dell'organizzazione sanitaria cardiologica nelle tre regioni. Le nuove opzioni terapeutiche in campo cardiovascolare sono state l'argomento della IV Sessione. Gli argomenti criticamente affrontati alla luce di Trial più o meno recenti sono stati la riduzione della FC nel paziente coronaropatico, la modulazione del S.R.A.A. e l'ablazione percutanea transcatetere. Il Convegno si è chiuso con la tradizionale Tavola Rotonda, con i Cardiochirurghi, sull'assistenza ventricolare meccanica e nuovi modelli di cuore artificiale. Il tema di fondo è stato se oggi è ragionevole pensare ad una gestione del paziente con VAD anche in centri non trapiantologici. La discussione è stata come al solito animata e piena di spunti di riflessione su questa importante tematica, tanto che è durata ben oltre l'orario previsto per il suo svolgimento. Ringraziando tutti coloro che hanno partecipato al MUMA 2009, ci diamo appuntamento al MUMA 2010, che si terrà in terra di Abruzzo che ci auguriamo tutti in forte ripresa.



Pasquale Caldarola intervista Tommaso Fiore

76



Il Prof. Tommaso Fiore, Assessore alle Politiche della Salute della Regione Puglia dal febbraio 2009, è nato a Bari l'8 giugno 1948, laureato in Medicina e Chirurgia nel 1972, Professore Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione presso l'Università di Bari dal 6 giugno 2001.

Attività assistenziali

Dirige la U.O.C. di Anestesia e Rianimazione I della Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico di Bari e svolge attività continuativa anestesiologicalo - rianimatoria nel settore dei trapianti di organo (rene - fegato - cuore) dal 1985.

Attività scientifica

Svolge regolare attività di ricerca scientifica nel campo della Anestesia e Terapia Intensiva, con particolare riferimento alla emodinamica e meccanica respiratoria.

Società scientifiche

Componente del Comitato Direttivo Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) nei trienni 1991 - 1994 e 1997 - 2000.

All'Assessore alle Politiche della Salute della Regione Puglia, Prof. Tommaso Fiore, rivolgiamo alcune domande sulle iniziative promosse dall'ANMCO in alcune Regioni d'Italia, tra cui la Puglia, per facilitare un miglioramento organizzativo all'interno delle U.O. di Cardiologia in ottica di Clinical Governance.

L'ANMCO, alla luce degli ottimi risultati conseguiti in Toscana, ha promosso anche in Puglia, Calabria e Campania un progetto di Certificazione di Qualità ISO 9001 di alcune U.O. di Cardiologia, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure e dei vari processi clinico - organizzativi. Ritieni utile che i Medici migliorino la propria cultura organizzativa e di gestione dei rischi per ottenere ricadute concrete sulla qualità dell'assistenza?

I concetti legati alla garanzia di qualità dei prodotti e dei servizi, che ormai da decenni hanno interessato il mondo manifatturiero e dei servizi, hanno ormai a pieno titolo preso piede anche nel mondo della Sanità. Le sollecitazioni sono tante, i casi di malasanità, le denunce, i reclami

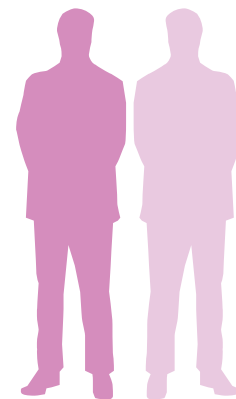
dei cittadini utenti, i costi assicurativi sempre più elevati. Tutti elementi che devono portare la figura professionale del Medico e dell'intero Staff sanitario ad una analisi approfondita della propria organizzazione e del proprio modo di lavorare. Puntare l'attenzione sui percorsi del paziente, individuare le criticità che si possono incontrare, attivare un piano di azioni preventive e misurare con adeguati indicatori l'efficacia di quanto messo in pratica, è necessariamente la strada da seguire per garantire affidabilità al sistema e migliorare la qualità dei servizi erogati.

Si parla sempre della necessità per le Strutture Sanitarie di conformarsi ai requisiti dell'Accreditamento istituzionale regionale, quasi mai viene loro richiesto di misurare i risultati in termini non solo di volumi di attività ma anche di qualità delle prestazioni. Come valuta l'approccio che stiamo promuovendo con il progetto di Certificazione delle Cardiologie legato al concetto del "misurare per migliorare" ossia alla "misurazione e trasparenza contrapposta alla autoreferenzialità"?

Ritengo che l'autoreferenzialità sia il nemico numero uno di un qualsiasi processo di cambiamento; misurare i risultati del proprio operato risulta essere invece, oltre che eticamente corretto, anche professionalmente stimolante. Misurare i risultati raggiunti significa confrontarsi con sé stessi e con gli altri, accelerando un processo di crescita, secondo criteri di trasparenza. Quindi il mio giudizio sull'iniziativa che si sta portando avanti di Certificazione - Accreditamento delle Cardiologie in Puglia non può che essere positivo, soprattutto considerando l'approccio ed il metodo seguito, che ho potuto cogliere in più di una circostanza. Poche carte, coinvolgimento di tutto il personale, analisi approfondite sui percorsi del paziente in ottica di riduzione dei rischi, attivazione di azioni preventive e indicatori che misurano i risultati raggiunti.

Come giudica l'attivazione di un sistema di Reporting che consenta alla Direzione Aziendale ed alla Agenzia Regionale della Sanità di monitorare nel tempo l'andamento di concordati indicatori di esito e di appropriatezza, oltre ai volumi di attività?

I sistemi complessi non possono basarsi esclusivamente



sull'intuito del Management o su prassi consolidate nel tempo e mai verificate nella loro efficacia. Per decidere in modo appropriato servono dati, informazioni, numeri, valutazioni oggettive e non soggettive riguardo la situazione ed il contesto in cui ci si ritrova a decidere. Nel caso specifico della Sanità, non è sufficiente sapere quanti interventi sono stati eseguiti nell'anno ma anche gli esiti e i risultati conseguiti. D'altra parte se vogliamo dare il giusto significato ed importanza allo strumento "carta dei servizi", dobbiamo entrare nell'ordine di idee di dichiarare e garantire al Paziente un livello di qualità riguardo la prestazione offerta. Avere quindi un sistema di Reporting che consenta di farci pervenire dati relativi sia alla quantità che alla qualità della salute prodotta risulta fondamentale anche per una corretta distribuzione delle risorse.

Il progetto di Certificazione delle Cardiologie, in Puglia, così come in Toscana, è stato sponsorizzato dall'azienda privata Astra - Zeneca e si è avvalso della consulenza dell'OPT di Milano. In Puglia l'ARES e l'Assessorato alla Salute hanno espresso una forte e convinta partecipazione al progetto, favorendo il coinvolgimento delle Direzioni Generali e Sanitarie. Come valuta la collaborazione tra Ente Regionale, Società Scientifiche ed Aziende private?

L'attività di un'azienda privata che dimostra attenzione verso iniziative finalizzate a concretizzare un progetto di interesse pubblico con interfacce istituzionali, che pone il paziente ed il professionista medico e non medico al centro del sistema, non può che risultare meritoria. Altrettanto significativo l'atteggiamento di una Società Scientifica come l'ANMCO che investe in un progetto rivolto ad accrescere la cultura organizzativa delle Cardiologie, in ottica di riduzione dei rischi e di miglioramento della qualità delle cure. In Puglia l'ARES, con il suo Direttore Generale Dott. Francesco Bux, ha partecipato con interesse a tale iniziativa promuovendo e facilitando incontri con le Direzioni Sanitarie ed aziendali e con i Responsabili aziendali del Risk Management. Il coinvolgimento dei vari portatori di interesse in iniziative di questo tipo è elemento imprescindibile non solo per il successo del progetto ma anche e soprattutto per fungere da apripista per altre iniziative. Il ruolo delle Direzioni Generali e Sanitarie è di indubbia importanza, per promuovere, nell'ambito degli

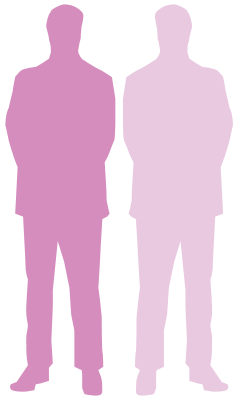
atti di programmazione aziendale, un programma di miglioramento della qualità dei propri servizi, sia sulla base dei risultati derivanti da attività di verifica, sia fornendo il massimo supporto ad iniziative promosse dall'Agenzia Regionale Sanitaria.

Ritiene di poter allargare la Certificazione ISO 9001 alle altre Cardiologie pugliesi e ad altri settori strategici, quali i Pronto Soccorso, le Rianimazioni, le Oncologie, ovvero di invitare le Direzioni Aziendali a promuovere iniziative simili nelle proprie Strutture?

Nel DIEF 2009 è già prevista l'estensione del progetto alle altre Cardiologie della Puglia. E' nostra intenzione definire un progetto, con relativo studio di fattibilità, in merito all'attivazione di un programma regionale per l'accreditamento e il miglioramento della qualità di tutte le nostre Strutture Sanitarie. La positiva esperienza sulle Cardiologie non può e non deve rimanere una esperienza isolata. Sicuramente il "taglio" che vogliamo dare al modello pugliese per l'accreditamento ci porta a dichiarare che vogliamo "trasformare un percorso di cogenza in un processo di crescita e di miglioramento della nostra Sanità in ottica di buon Governo Clinico". Infatti, costituisce obiettivo del Piano Sanitario Regionale lo sviluppo dell'accreditamento quale strumento di regolazione dei rapporti fra i produttori di prestazioni sanitarie all'interno della programmazione regionale e di promozione e miglioramento continuo della qualità in una logica di efficacia e appropriatezza delle prestazioni - equità nella possibilità di accesso al sistema di cure - sicurezza degli utenti e degli operatori - razionale consumo delle risorse.

È evidente che per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre i rischi per operatori ed utenti è indispensabile non solo promuovere miglioramenti organizzativi, ma anche realizzare un adeguamento strutturale dei vari presidi ospedalieri!

La legge 502/92 sull'Accreditamento delle Strutture Sanitarie non comprende solo i requisiti organizzativi ma anche quelli tecnologici e strutturali. Il miglioramento dello stato di salute e del benessere della popolazione, la soddisfazione dei cittadini e l'efficienza nonché sostenibilità tecnica del sistema impongono una continua e costante attenzione da un lato alla valorizzazione delle risorse



umane e dall'altro al mantenimento e miglioramento strutturale dei vari presidi. L'applicazione del precedente piano di riordino, che da un lato non ha disattivato nessun Ospedale, dall'altro ha di fatto reso non inquadrabile in una precisa tipologia di Ospedale (Ospedale di base o intermedio) quasi la metà degli Ospedali pubblici di ASL, ha incrementato la complessità della rete ospedaliera regionale. Sul piano della localizzazione e delle condizioni strutturali degli Ospedali, all'interno del Sistema Ospedaliero, sono presenti Strutture inadeguate, non conformi ai requisiti per l'Accreditamento istituzionale, difficilmente ristrutturabili. Stiamo di fatto provvedendo a sanare tali situazioni con interventi mirati.

Come valuta la situazione della Cardiologia in Puglia, dove ormai, con il contributo dell'ANMCO e di altre Società cardiologiche, è già avviata l'organizzazione della Rete per la gestione delle Sindromi Coronariche Acute, dove il numero delle procedure interventistiche ha quasi raggiunto la media nazionale, è ripartito il programma Trapianto Cardiaco?

La Cardiologia pugliese ha sicuramente raggiunto livelli di eccellenza che la pongono a competere con le realtà cardiologiche nazionali più avanzate. Con il contributo delle Società Scientifiche cardiologiche, l'ARES e l'Assessorato hanno disegnato i percorsi per la gestione delle SCA secondo il modello Hub & Spoke, per garantire, soprattutto nei pazienti a più alto rischio, una terapia ripercussiva precoce. In questi ultimi anni sono aumentate le procedure di Angioplastica, che hanno quasi raggiunto i valori medi nazionali, così come è aumentato il ricorso alla PTCA primaria per il trattamento dello STEMI. Di recente è partita una Campagna Regionale, rivolta alle famiglie pugliesi, per il riconoscimento precoce dei sintomi di infarto, che so essere stata apprezzata anche dal Presidente dell'ANMCO Dott. Salvatore Pirelli. Da qualche mese, presso la Cardiocirurgia del Policlinico di Bari è ripresa con ottimi risultati l'attività di trapianto cardiaco.

Forse c'è ancora da colmare il gap storico della mancata continuità assistenziale Ospedale - Territorio, soprattutto per la gestione delle patologie cardiache croniche, quali lo Scompenso Cardiaco.

Questo Assessorato riconosce un ruolo fondamentale alle

strutture territoriali ed intende promuovere iniziative tese a definire percorsi diagnostico - terapeutici omogenei per la gestione dei pazienti cronici. Purtroppo i pazienti con Scompenso Cardiaco sono sempre più in aumento e determinano un importante consumo di risorse; anche in Puglia lo Scompenso Cardiaco rappresenta una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero ed il tasso di reospedalizzazione è ancora elevato con circa il 30% di ricoveri ripetuti in un anno. Con l'ARES e con le Società Scientifiche abbiamo approntato dei protocolli per la gestione in Day Hospital e Day Service dei pazienti oligo - asintomatici o con recente ricovero per Scompenso Acuto. **Tuttavia lei lamenta l'inadeguatezza del Fondo Sanitario Regionale e critica i criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale.**

La Puglia da anni richiede nel riparto delle risorse tra le regioni una rivisitazione dei criteri, settati sostanzialmente sulle classi di età e, peraltro, congelati al 2006. Tali criteri, non tenendo in alcuna considerazione le condizioni socio - economiche che confluiscono nel concetto di "deprivazione", favoriscono le Regioni del Nord, con popolazione più anziana, a rilevamento demografico del lontano 2004. Oggi il vantaggio per tali regioni è ulteriormente aumentato dall'incremento della popolazione determinato dalla regolarizzazione degli immigrati. A titolo esemplificativo se alla Puglia fosse riconosciuta la quota di finanziamento pro capite della Liguria potremmo disporre di altri 900 milioni di euro.

Quali le prospettive per la Cardiologia pugliese?

Per quanto attiene la Cardiologia sarà necessario, con il coinvolgimento diretto dei Cardiologi e delle loro Società Scientifiche, continuare a lavorare per perfezionare l'organizzazione delle Reti per il trattamento delle patologie acute e croniche. Sarà forse opportuno prevedere una più omogenea distribuzione delle risorse. I Cardiologi dovranno tuttavia collaborare, per una corretta allocazione di risorse, a produrre iniziative per il contenimento della spesa farmaceutica che nel settore cardiovascolare rischia di esplodere; un esempio virtuoso è rappresentato dalle Linee Guida predisposte dalla Commissione appropriatezza prescrittiva, che, con il contributo di Medici di Medicina Generale e Specialisti Cardiologi, ha proposto un approccio al trattamento delle ipercolesterolemie mirando al raggiungimento di una appropriatezza clinica, non disgiunta da esigenze farmaco-economiche.

Riflessioni sul Testamento biologico

di Bruno Milone

Vi è un ampio consenso sia tra i Medici che nell'opinione pubblica circa l'istituzione del Testamento biologico, cioè di uno strumento giuridico che renda effettivo il Consenso informato e tuteli il fondamentale diritto del paziente all'autodeterminazione. In questi mesi nel Parlamento italiano, infatti, si sta discutendo una legge che regoli le "dichiarazioni anticipate di trattamento", con le quali il cittadino, quando è nel pieno possesso delle proprie facoltà, e quindi capace di intendere e di volere, comunica le proprie scelte in merito ai futuri trattamenti sanitari, soprattutto se dovesse trovarsi nelle condizioni cliniche particolari che gli impediscono di essere parte attiva nelle decisioni che lo riguardano. Come ha evidenziato nel suo intervento su "Cardiologia negli Ospedali" il relatore della legge al Senato, il Professor Raffaele Calabrò, il provvedimento è stato elaborato tenendo conto di diversi vincoli: da un lato, la tutela della vita ma senza cadere nell'accanimento terapeutico; dall'altro, il principio dell'autodeterminazione del paziente regolato dalla disciplina sul Consenso informato. Tali obblighi per il Legislatore sono sanciti dalla Costituzione italiana, che secondo il Senatore Calabrò stabilisce sì il diritto del cittadino alla libertà di cura, ma vieta ogni forma di eutanasia e di suicidio assistito, in quanto sancisce il principio dell'indisponibilità della vita. Questo insieme di limiti ha però un carattere così generale e controverso che ha reso difficile trovare poi un accordo, anche fra chi li condivide, sulle questioni legate ai casi clinici particolari. Infatti il testo di legge sulle "dichiarazioni anticipate di

trattamento" ha innescato un intenso dibattito di carattere scientifico, religioso, etico, politico e giuridico, in cui le posizioni e gli schieramenti spesso non sono apparsi ben definiti. I punti più problematici sono stati essenzialmente due: innanzitutto, la possibilità di inserire nelle disposizioni anticipate la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione artificiali che, secondo il relatore della legge, sono elementi di sostegno vitale e forme di accudimento della persona e non terapie che risolvono una patologia; in secondo luogo, il valore della volontà del paziente manifestata in anticipo, se debba essere considerata vincolante o meno per il Medico, soprattutto in rapporto ai progressi della scienza, che potrebbero rendere disponibili nuovi trattamenti capaci di risolvere la patologia ma essere ignoti al malato al momento della redazione del suo testamento biologico. A questo proposito, nella legge è stata introdotta anche la possibilità dell'obiezione di coscienza per il Medico, il quale come deve rispettare le scelte del paziente nel pieno delle facoltà mentali riguardo ai trattamenti sanitari, così non può essere costretto a compiere atti contrari alle sue convinzioni scientifiche e deontologiche, o interventi addirittura inutili e dannosi per il malato. Per chi contesta il testo del disegno di legge in corso di approvazione, non aver inserito la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione artificiali tra i trattamenti che il paziente può negare e non aver considerato vincolante il testamento biologico, sono il segno di una concezione illiberale e autoritaria, che non fa fare passi avanti al tradizionale paternalismo del rapporto medico paziente.

Contro questa concezione della relazione medico paziente, considerata di stampo conservatore, e in difesa della piena libertà di scelta e coscienza dell'individuo si è schierato in modo netto il Professor Umberto Veronesi, oncologo ed ex Ministro della Sanità, a sua volta promotore di un disegno di legge sul Testamento biologico. A suo parere morire non è solo un accadimento biologico, ma anche un diritto etico. La scienza e la tecnologia non possono evitare la morte, solo prolungare la vita, anche se per decenni. Pertanto, ha dichiarato Veronesi in una intervista al Corriere della Sera: «La libertà dell'individuo, del cittadino, deve riguardare non solo il suo progetto di vita, ma anche il suo progetto di morte. Deve essere riconosciuta a tutti la libertà di scelta e di coscienza anche in questo. Come è giusto riconoscere a chi lo vuole il diritto di andare avanti senza limiti prevedibili, così anche a chi la vede diversamente deve essere data la facoltà di chiedere di evitare o di sospendere inutili accanimenti». Da questa convinzione deriva la necessità di riconoscere ad ogni individuo capace di scelte consapevoli, il diritto al rispetto della sua volontà sulle cure di fine vita da parte dei Medici e degli Operatori sanitari, anche in caso di una loro diversa valutazione, in quanto solo al malato spetta in ultima istanza il giudizio sui trattamenti da preferire in termini di qualità della vita e del benessere della sua persona. L'autonomia del paziente, specifica Veronesi, deve essere salvaguardata proprio «nei casi intermedi in cui il cervello mantiene il barlume di alcune funzioni», oppure «un essere umano si trova incarcerato nel suo stesso



corpo». Il rispetto della volontà del malato e della sua dignità scatta maggiormente nei casi in cui è inerte e quindi «diventano ancor più importanti le disposizioni date liberamente in vita e in piena coscienza». Nel Testamento biologico, Veronesi vuole che sia «chiaramente indicata l'espressione di volontà di essere o non essere sottoposto a trattamenti di sostegno, compresa l'alimentazione e l'idratazione artificiale». Questo passaggio nel suo disegno di legge «è un elemento essenziale perché è su questo punto che la volontà del soggetto potrebbe essere equivocata mentre la possibilità di rifiutare la nutrizione è già contemplata nel Codice italiano di deontologia medica all'articolo 53». Tuttavia, prosegue Veronesi, deve essere «data la possibilità al Medico che ha in carico il paziente di non seguire le indicazioni di volontà anticipate, se sono in contrasto con le proprie convinzioni etiche, affidando quindi il paziente ad altri sanitari. Inoltre la stessa cosa è contemplata qualora in uno specifico caso si rendessero disponibili, grazie a nuovi progressi scientifici, nuove possibilità di terapie e di recupero». Le posizioni sin qui espresse sembrano ricalcare una contrapposizione che si è stabilizzata su molti temi di bioetica, come quello dell'aborto o della ricerca sulle cellule staminali: da un lato c'è chi difende il principio dell'indisponibilità della vita, anche a costo di limitare la capacità di scelta dell'individuo, e chi invece difende questa capacità di scelta ad ogni costo. Questa contrapposizione, tra chi sembra essere "pro life" e chi invece "pro choice", però rischia di offuscare il merito della questione, ciò che la scienza fa e può fare, da cui

bisogna comunque partire per arrivare ad un giudizio e quindi ad una legge efficace ed equilibrata. Prendiamo ad esempio la questione dell'idratazione e dell'alimentazione artificiali, che, secondo coloro che si schierano pro life, non rientrano tra i trattamenti medici di cui è opportuno pretendere la sospensione, in quanto mangiare e bere sono atti ordinari e necessari per la vita e non terapie. Secondo il loro parere, idratazione e alimentazione costituiscono la base stessa che consente la vita, non interventi specifici e particolari che hanno l'obiettivo di ripristinare alcune funzioni del nostro corpo compromesse. Pertanto, secondo i difensori di questa posizione, la loro sospensione non è mai lecita in quanto sono mezzi di conservazione della vita, che è un diritto inviolabile e originario dell'individuo. Questa idea, che idratazione e alimentazione siano interventi ordinari della vita e non terapie, è spesso rafforzata dall'analogia con le nostre esperienze quotidiane del mangiare e del bere, che sono atti positivi e piacevoli, in quanto soddisfano dei bisogni primari, e l'assenza di tali atti porta a sensazioni spiacevoli e dolorose come la sete e la fame; mentre la cura vera e propria di una patologia avviene indipendentemente da tali atti. In realtà, l'idratazione e l'alimentazione artificiali prevedono delle procedure e delle pratiche molto complesse, sempre e comunque coordinate da un Medico, che introducono nel corpo del paziente le sostanze nutritive ed idratanti nelle proporzioni adeguate alla situazione clinica, ed è pertanto fuorviante l'analogia con esperienze della vita ordinaria. Come ha sottolineato in un Documento il SINPE

[Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo]: «La nutrizione artificiale è da considerarsi a tutti gli effetti un trattamento medico fornito a scopo terapeutico o preventivo. La nutrizione artificiale non è una misura ordinaria di assistenza...Come per molte terapie o procedure mediche, la nutrizione artificiale può essere associata ad effetti collaterali anche gravi e la sua attuazione prevede il consenso informato del malato o di un suo delegato». Nelle circostanze specifiche, la decisione di continuare o sospendere la procedura riguarda la situazione clinica complessiva del paziente, per evitare interventi sproporzionati, ma anche la natura della patologia. Sicuramente è diverso se la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione avvenga in un malato terminale, o in stato vegetativo, o in un paziente esente da patologie di questo tipo, ma in rianimazione per i traumi successivi ad un incidente stradale. Nel primo caso, soprattutto in uno stato avanzato della malattia, è difficile separare il sostegno vitale dalla terapia. Nel secondo caso, bisogna curare e tenere il paziente sotto osservazione clinica anche per effettuare una accurata analisi dei danni, soprattutto a livello neurologico. Quindi è fuorviante ritenere sempre e comunque idratazione e alimentazione come se non fossero atti medici. Come abbiamo già ricordato, il codice deontologico dei Medici, all'art. 53, sostiene che un paziente può rifiutare volontariamente di nutrirsi e il medico non deve assumere misure coercitive. Un malato ha già il diritto tanto di chiedere e accettare l'alimentazione artificiale, quanto il diritto di rifiutare questa procedura quando ritiene che



essa sia ormai sproporzionata. La situazione non dovrebbe cambiare con un paziente incosciente. Infatti, come ha sottolineato in un suo documento il Comitato per l'etica di fine vita (Cef), «questo diritto deve valere anche ove l'interessato abbia lasciato un testamento biologico, o prove certe della sua volontà al riguardo, perché, altrimenti, si aprirebbe una iniqua disuguaglianza di trattamento tra l'individuo cosciente e quello che non può più far sentire la propria voce». L'altro problema sul tappeto riguarda la possibilità di disattendere le disposizioni sulle cure di fine vita nel caso che si presentino nuovi trattamenti, non disponibili all'atto della dichiarazione, capaci di garantire al paziente la guarigione o una qualità della vita accettabile. Per quanto sul principio generale sembra esservi un accordo generalizzato, anche in questo caso però le posizioni divergono tra chi vorrebbe in ogni caso rimettere alla valutazione del Medico l'effettiva conferma delle dichiarazioni preventive, l'unico in grado di valutare la validità delle nuove terapie, e chi invece vorrebbe comunque rispettata la volontà del malato, tranne che il nuovo trattamento non comporti una qualità di vita da lui ritenuta preventivamente accettabile. Secondo i rappresentanti del Cef, quando si parla di nuovi trattamenti molto spesso si fa riferimento alla scoperta di farmaci come la penicillina risolutivi di patologie mortali. Ma tali invenzioni hanno sempre avuto carattere eccezionale e non hanno avuto una frequenza tale da giustificare attese di progressi continui in un breve lasso di tempo. Nella prassi ordinaria della Medicina, al contrario, i nuovi tratta-

menti tecnici, fisici o farmacologici hanno spesso apportato solo lievi miglioramenti in rapporto al decorso delle patologie più gravi. Senza contare che l'introduzione nella pratica clinica di un farmaco o una terapia innovativi avviene dopo lunghe fasi di ricerca e di verifica, che devono rispettare i principi etici condivisi dalla comunità scientifica, per impedire abusi sugli individui che si sottopongono alle sperimentazioni. Alla luce di queste considerazioni è quindi opportuno che i miglioramenti introdotti da ogni nuova terapia, se non sono risolutivi, non vengano utilizzati per sospendere la vincolatività delle disposizioni sui trattamenti di fine vita, ma vengano messi in rapporto alla volontà espressa dall'interessato, riguardo al benessere e alla qualità della vita da lui, autonomamente, ritenuti accettabili. Ciò che traspare tra coloro che contestano la vincolatività del testamento biologico è la sfiducia nel senso di responsabilità individuale, cioè nella capacità concreta di ogni individuo di fare le scelte giuste in una situazione data. Poiché nella società moderna si nota sia una assenza di saldi principi morali che l'affermarsi di posizioni economiciste, o nichiliste, da ciò si deduce una crisi decisionale. In un tale contesto di crisi, si afferma, a farne le spese sono spesso i più deboli cui verrebbero rifiutate cure necessarie e vitali non per ragioni mediche ma banalmente economiche, oppure prevarrebbero nelle decisioni considerazioni di tipo edonistico o consumistico. Tale sfiducia non ha solo origine nel pensiero cattolico, ma anche in alcuni settori del pensiero radicale più

critico verso la contemporaneità. Buona parte di queste valutazioni e preoccupazioni espresse dal Senatore Calabrò nella presentazione del suo Ddl, sono condivisibili, anche se va limitata la loro portata apocalittica. Il Testamento biologico può diventare uno strumento burocratico per sollevare il Medico dalla responsabilità di battersi per la guarigione del paziente, di qualsiasi paziente, sempre e comunque (già oggi una visione economicista del Servizio Sanitario ha comportato una accelerazione del lavoro ed una minore attenzione al malato). Però, continuare a considerare la capacità di scelta degli individui come immatura o addirittura pericolosa, rischia di riportare in campo idee di Stato etico, secondo cui è l'autorità o l'istituzione a dover stabilire che cosa è bene e che cosa è male, una tradizione dalla quale lo stesso pensiero cattolico dovrebbe affrancarsi per le tragiche esperienze storiche del passato. Inoltre, ancorarsi a principi morali immutabili nella loro chiarezza non impedisce che quegli stessi principi diventino oscuri appena si passa ad una analisi concettuale più critica, e soprattutto alla loro applicazione nella pratica medica: non esiste una definizione accettata universalmente di accanimento terapeutico, come è difficile che qualsiasi Medico, anche chi difende la libertà di scelta del malato, non sia per la vita. In campo Medico invece prevalgono più spesso le cosiddette "zone grigie" nelle quali sia il Medico che il malato prendono decisioni in una condizione di indeterminatezza, senza sapere, in molti dei casi, se non a posteriori, quali saranno le conseguenze delle loro azioni.

Gli italiani sempre più desiderosi di informazioni su salute e farmaci

di Sabino Scardi

82

Al 63° Congresso Nazionale della FIMMG è stata presentata una ricerca "Popolazione Italia: modelli di assunzione delle informazioni sul farmaco" realizzata da Added Value Italia su un campione di 1.000 soggetti rappresentativi della popolazione italiana intervistati telefonicamente nel settembre 2008. Dall'indagine è risultato che:

- il 41% degli intervistati s'informa regolarmente sui temi della salute per mezzo di trasmissioni radiotelevisive (23%), leggendo gli inserti dei quotidiani (17%) o altre fonti specializzate mentre il 32% non s'informa mai o lo fa raramente;
- il 23% degli intervistati quando pensa di avere un problema di salute s'informa sempre (o quasi sempre) prima di andare dal Medico (mentre il 17% s'informa saltuariamente), nel 47% dei casi utilizzando libri, riviste o trasmissioni radiotelevisive e nel 32% internet, infine il 28% si consulta invece con amici o parenti che hanno avuto lo stesso problema di salute.

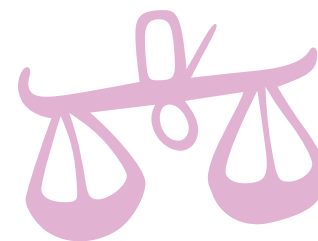
Questa crescente domanda di informazioni sanitarie assecondata a volte da fonti scientifiche non autorevoli può creare problemi non trascurabili nella popolazione. Oggi i malati desiderano conoscere le cause e la prognosi della propria malattia e hanno bisogno di aiuti e consigli per modificare lo stile di vita e per partecipare più attivamente alla gestione della propria malattia. L'educazione alla salute è una branca dell'istruzione che con la dovuta tempestività e la necessaria gradualità si propone di far conoscere gli aspetti caratterizzanti l'uomo in buona salute, nonché

le regole, le strutture e i mezzi che concorrono a determinare il benessere fisico e psichico della popolazione (Tabella 1). Non bisogna però identificare l'educazione alla salute con l'incremento delle conoscenze tecniche di Medicina da parte delle persone. Questo è ciò che frequentemente viene fatto da riviste, periodici, rubriche mediche radiotelevisive che causano nella maggior parte dei casi patofobie, stati d'ansia, allarmismi o facili entusiasmi. Ricordo ciò che i Collegi di Medicina Generale mi hanno spesso raccontato dell'incremento di richieste da parte dei propri assistiti di esami strumentali al lunedì mattina dopo che la domenica sera avevano assistito ad un rubrica di medicina televisiva molto seguita. Si parla fin troppo di Medicina sui mass media dove sono propinati ai lettori novità terapeutiche, miracolose scoperte, arditi interventi chirurgici, notizie che puntano soprattutto sul sensazionale. L'educazione e l'informazione alla salute sono invece un processo educativo che tende a responsabilizzare i cittadini nella difesa della salute propria e altrui. Esse si realizzano attraverso un processo di comunicazione per ottenere modificazioni di comportamento (ad esempio miglior aderenza alla terapia, controllo dei valori pressori o del peso corporeo, adattamento al nuovo stile di vita, ecc.) indispensabili per una migliore gestione della propria malattia. In ogni caso il modello operativo deve essere il più possibile semplice, deve tener conto del grado di "cultura" del lettore senza sottostimare le barriere di linguaggio

e deve essere diretto alla maggior parte della popolazione. Le strategie utilizzabili possono essere diverse, crediamo però che, almeno in campo cardiologico, attraverso la Fondazione "per il Tuo cuore" HCF, l'ANMCO potrebbe dar vita ad una pubblicazione bimensile (o mensile) che con autorevolezza e qualità di dati, potrebbe concorrere ad una corretta informazione dei malati e dei presunti sani sulla prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione delle cardiopatie. Questa può rappresentare un'arma semplice, efficace, poco costosa e a larga diffusione per un'azione concreta di informazione ed educazione della popolazione. La nostra Associazione ha già fatto un'opera meritoria con la Rivista Tempo Medico Cuore con cui ha stabilito un "ponte" tra Ospedale e Territorio. Perché non raggiungere il terzo interlocutore (il paziente) con una pubblicazione tipo "Questioni di Cuore" da distribuire nelle edicole?

Il contenzioso medico - legale: “una malattia sociale”

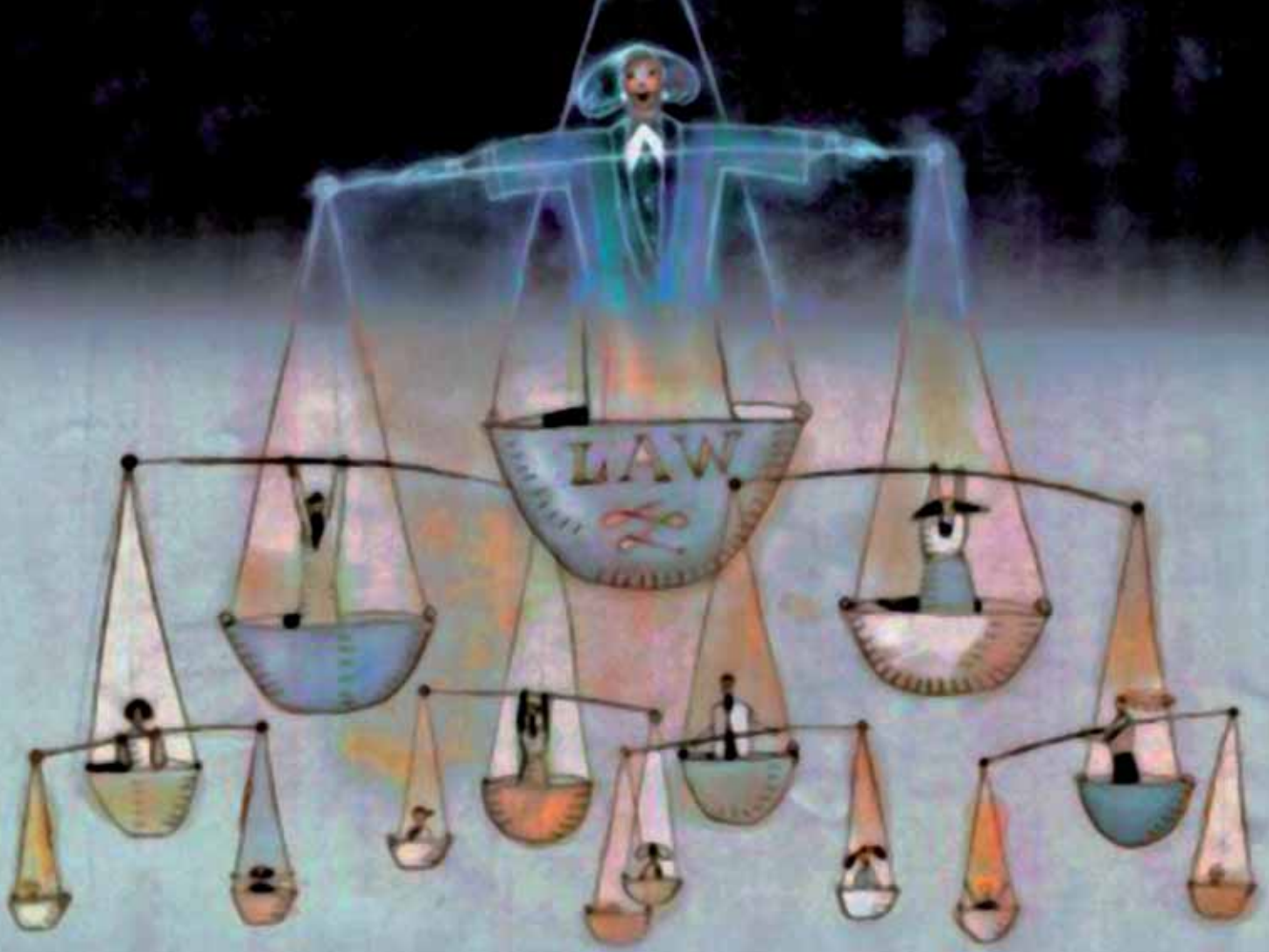
di Ornella Mafri



L' aumento degli standard qualitativi in ambito sanitario ha comportato, paradossalmente, un enorme aumento di contenzioso in materia di responsabilità medica e la conseguente esigenza di ricorrere, sempre più, a forme assicurative di tutela, quanto meno patrimoniale. Secondo indagini dell'Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione (ANIA), da ritenersi la fonte più che attendibile nel settore, le denunce per colpa professionale sono aumentate del 148% mentre quelle per responsabilità delle strutture del 31%; l'aumento medio dei sinistri, stimato fino al 2004, è stato del 21% e, con riguardo alle strutture, del 67%. Non si hanno, successivamente a tale periodo, dati aggiornati certi anche a causa dei sinistri tardivi che impediscono all'Assicuratore di accertare il reale andamento dei sinistri che possono colpire una polizza di un ente ospedaliero. Sempre secondo studi forniti dall'ANIA, le cause più comuni e diffuse di rischio di malpractice sono costituite da errori medici, dalla difettosa tenuta della cartella, dall'assenza di consenso, dalle infezioni ospedaliere, dalle apparecchiature elettromedicali, dal difetto di informazione e, non da ultimo, dal diverso cambiamento di mentalità del paziente anche a fronte della crescita di tutela dei suoi diritti (si pensi alla Convenzione di Oviedo, alla Carta Europea dei Diritti del malato, alle Prescrizioni del Garante della Privacy). A ciò si aggiunga l'atteggiamento della Magistratura che, andando oltre quella che può essere una maggiore sensibilità per la

materia trattata, appare fortemente protettivo nei confronti di chi lamenta di avere subito un danno alla propria salute ovvero a quella di un congiunto. Non è azzardato sostenere che aleggia in tutti i giudizi di responsabilità medica, tanto civili quanto penali, una sorta di scetticismo sull'operato del Medico o della Struttura su cui ricadono pesanti oneri probatori per ridurre i rischi ed i danni, anche patrimoniali, che potrebbero seguire ad una sentenza di condanna. Ed infatti, se in campo penale la giurisprudenza e la dottrina hanno raggiunto un equilibrio quasi stabile, almeno sui grandi temi trattati nei numeri precedenti della Rivista (nesso causale, consenso, cartella clinica), non altrettanto può dirsi in sede civile, dove le decisioni non sono univoche e sono meno favorevoli alla classe medica. Le conseguenze di natura economica, in quella che è stata definita l'epoca dei risarcimenti, sono intuibili. E' sufficiente dare un'occhiata alla casistica civile per riscontrare, in ipotesi di accertata responsabilità, liquidazioni pesanti che possono riflettersi anche sul Medico pur se facente parte di una Struttura sanitaria assicurata. E non solo: il caso degli eredi del Medico, chiamati in giudizio per i danni che lo stesso avrebbe causato in vita, non è una mera ipotesi ma realtà nelle aule di Tribunale. Tanto perché la natura contrattuale della prestazione medica e la conseguente prescrizione decennale dei diritti dei danneggiati, si pone come una vera e propria spada di Damocle, pronta a cadere inaspettatamente, anche a distanza di anni dall'esecuzione della

prestazione. In sede civile, la Corte di Cassazione, con recentissima decisione pronunciata a sezioni unite (26972/2008), a fronte del continuo proliferare di categorie di danno non patrimoniale liquidate dalla giurisprudenza di merito (si pensi al danno esistenziale, al danno parentale, al danno terminale oltre che al più noto danno morale), ha tentato un riordino della materia, escludendo la risarcibilità di danni non patrimoniali che non siano previsti dalle norme ordinarie (illecito utilizzo di dati personali, atti discriminatori per motivi razziali, etnici, religiosi, mancato rispetto della ragionevole durata del processo), dall'art. 185 c.p. (fatto - reato) o dalle norme costituzionali (art. 32: salute, artt. 2 - 29 - 30: famiglia, rapporto parentale - perdita o compromissione, artt. 2 - 3: reputazione, immagine). Sulla base di una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c., secondo cui il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi previsti dalla legge, la Corte ha escluso l'ontologica esistenza di alcune categorie di danno, come il danno esistenziale, di cui, si legge in sentenza, “non è più dato discorrere” ed ha, fra l'altro, escluso la congiunta liquidazione del danno morale (inteso come sofferenza soggettiva) e del danno parentale, ritenendola duplicazione della stessa tipologia di danno. Le Sezioni hanno espressamente sancito che tali principi si applicano anche alla materia contrattuale ed in particolare ai contratti di protezione tra cui il contratto di ospedalità. Nonostante il monito della Suprema Corte di non incorrere



in duplicazioni risarcitorie, l'entità dei risarcimenti non è diminuita ed anzi, secondo un sommesso parere di chi scrive, si appresta ad aumentare vertiginosamente, incrementando le cause civili, anche futili, nel delicato settore sanitario. La Magistratura di merito, infatti, continua a ricorrere, anche in materia di responsabilità medica, al criterio della liquidazione tabellare del danno e le tabelle più diffuse, che sono attualmente quelle del Tribunale meneghino, sono state aggiornate lo scorso mese di maggio 2009, con un aumento ponderato dei valori monetari medi pari al 30%. In questo contesto, a fronte di un concreto aumento del rischio in materia di responsabilità medica e, soprattutto, a seguito del mutamento di mentalità che non considera più i professionisti in genere e quindi non solo i Medici ma anche gli Avvocati, i Notai, gli Ingegneri, quali indubbi conoscitori dell'arte, non solo, le Strutture

sanitarie ma anche i Medici, personalmente, sono sempre più costretti a sottoscrivere contratti assicurativi. Le conseguenze dell'aumento della sinistrosità, derivante anche dal fenomeno delle denunce tardive e dall'entità dei risarcimenti, ha avuto, tuttavia, degli effetti a catena inevitabili pure nel settore assicurativo, quali l'aumento dei premi e, soprattutto, la modifica delle condizioni di copertura, con la riduzione dei massimali, l'inserimento di franchigie e di clausole claims made che coprono i sinistri per fatti avvenuti durante il periodo di copertura solo se la richiesta di risarcimento è pervenuta nel periodo di operatività della polizza, che può comprendere un periodo di retroattività. Non di rado, Medici o Aziende Sanitarie, che ritenevano di essere al riparo da pretese risarcitorie di presunte vittime di malpractice o di malasania, hanno dovuto fare i conti con condizioni di polizza penalizzanti,

quasi sempre dovute alla richiesta di pagamento di premi troppo bassi per potere garantire rischi elevati. In questo scenario possiamo solo prendere atto che il contenzioso medico legale è una vera e propria "malattia sociale", nell'ambito della quale le cause contro i Medici e contro le Strutture sono, con crescente frequenza, motivate da scopi economici che nulla hanno a che vedere con un paventato desiderio di giustizia. Ecco perché l'obiettivo da raggiungere è quello di fare sì che la giusta tutela delle vittime venga posta sullo stesso piano della giusta tutela dei Medici innocenti.

L'ospite prezioso

di Roberto Valle

Fino al 1979 non si riproduceva in Italia, passava durante le migrazioni, svernava, ma mai aveva deposto le uova, a memoria di naturalista. Il Beccapesci (*Sterna sandvicensis*) (Immagine 1) era ed è diffuso come nidificante in tutto il mondo (meno che nelle Isole Sandwich o Hawaii, da cui prende il nome), ma in Italia era considerato solo specie migratrice e svernante. Poi nel 1979 si è riprodotto per la prima volta nelle Valli di Comacchio e lì è rimasto per quasi vent'anni, fino al 1995, quando è stata colonizzata anche la Laguna di Venezia e successivamente le saline di Manfredonia, in Puglia ed il

comprensorio vallivo del Delta del Po. La presenza della specie nel periodo della nidificazione, infatti, è limitata a lagune, delta e coste sabbiose. Negli anni seguenti tuttavia, il Beccapesci ha scelto la Laguna di Venezia, come sito "preferito", con un numero di coppie in crescita, da 202 coppie nel 1995 ad un massimo di 700 nel 2001, con una media di 500 coppie. Così, la popolazione nidificante in Laguna è arrivata a costituire l'80 - 90% di quella presente in Italia e una percentuale rilevante di quella presente lungo le coste dell'intero Mediterraneo. I Beccapesci, come le altre Sterne nidificano quasi esclusivamente in

gruppi, che possono contare da qualche coppia fino ad alcune centinaia di coppie, chiamati "colonie" (Immagine 2). Le colonie si insediano ogni anno, a partire dalla metà di aprile e fino alla fine di luglio, sulle "barene", delle estensioni tabulari fangose, intertidali (ovvero parzialmente, ma regolarmente sommerse dalle maree), ma colonizzate da una rigogliosa vegetazione (Immagine 3). Sulle barene i Beccapesci costruiscono i loro nidi, che sono nella massima parte dei casi, molto semplici e quasi sempre vengono realizzati sui depositi di conchiglie o di frammenti di materiale vegetale, che si trovano, spiaggiati



85

Immagine 1





Immagine 2

Immagine 3



Immagine 4





Immagine 6



Immagine 5

dalla marea, lungo il bordo di molte barene. Qui gli adulti depongono le loro uova, da cui dopo tre settimane di cova, nascono i pulcini, che a poche ore dalla schiusa sono già in grado di abbandonare il nido, rifugiandosi tra la vegetazione, in modo da sottrarsi alla vista e quindi alle "attenzioni" dei predatori (Immagine 4).

Trattandosi di una Sterna (uno stretto parente dei Gabbiani), di cui condivide parzialmente l'aspetto, il Beccapesci è bianco e grigio chiaro, dotato di grandi ali, che gli consentono di volare instancabilmente (Immagine 5) e di compiere acrobazie ed evoluzioni spettacolari, come quando si tuffa da grande altezza per catturare i pesci di cui si nutre, afferrandoli con il becco appuntito, con la caratteristica punta gialla (Immagine 6). Va notato che il Beccapesci è una specie ittiofaga obbligata, vale a dire che si nutre esclusivamente di pesci, di taglia variabile, ma sempre comunque medio - piccola. Questi vengono "pescati" prevalentemente in mare aperto, mentre le barene che ospitano le colonie si trovano all'interno della laguna, per cui per nutrire i pulcini al nido, gli adulti effettuano un "pendolarismo", che copre una distanza che varia dai 5 agli 11 km! Con una certa frequenza tuttavia, questo sforzo

risulta vano, perché i violenti temporali estivi, se si verificano in coincidenza con le alte maree di sizigie di giugno (quando i pulcini non sono ancora in grado di volare), possono spazzare via intere colonie di centinaia di nidi, in pochi minuti. In genere tuttavia il successo riproduttivo (numero di pulcini che si involano per coppia) è buono e la popolazione veneziana è in ottimo stato di salute ed in espansione demografica continua. La situazione è buona al punto che le colonie di Beccapesci attraggono altre specie, anche di grande pregio, come la Sterna di Ruëppel (*Sterna Bengalensis*), visibile in primo piano nell'immagine 7, riconosci-

bile dal becco interamente giallo. La Sterna di Ruëppel, detta anche Beccapesci forestiero, è una vera rarità che in tutto il Mediterraneo europeo si riproduce con meno di dieci coppie. Nella stessa immagine, si vede anche un altro rappresentante del gruppo degli sternidi, la Sterna comune (*Sterna hirundo*), riconoscibile dal becco color rosso acceso, un'ulteriore frequentatrice delle colonie di Beccapesci, che ne arricchisce la diversità biologica ed il valore naturalistico.



Immagine 7

Pier Filippo Fazzini ci ha lasciati

di Giovanni Maria Santoro

88

Pier Filippo Fazzini è stato uno dei personaggi che più hanno contribuito alla nascita e allo sviluppo della Cardiologia in Italia. La Cardiologia ospedaliera fiorentina riconosce in lui uno dei suoi fondatori e la Cardiologia italiana lo ha avuto tra i più importanti protagonisti per oltre trent'anni. Al suo impegno si deve la creazione della Divisione di Cardiologia di Careggi, per la quale lavorò dal 1959 (anno dell'assunzione ospedaliera) fino al 1978 (quando finalmente il Reparto trovò la sua collocazione definitiva), avendo chiaro il progetto di costruire una Struttura in linea con le più avanzate Cardiologie italiane e adeguata agli standard europei. Sicuramente furono anni non facili, che gli valsero la fama (meritata) di personaggio "scomodo" per l'establishment sanitario fiorentino, perché molto spesso contrario alle posizioni allineate dei più, perché sempre pronto a combattere battaglie anche se già in partenza apparentemente perdute. Ancora oggi, a distanza di oltre dieci anni dal suo pensionamento, la Cardiologia I di Careggi (così è denominata oggi la gloriosa Divisione di Cardiologia di allora) è una delle strutture italiane più presenti a livello internazionale: conferma questa della validità delle sue intuizioni, oltre che della sua "fortuna" e "abilità" (sono parole da lui stesso usate) nella scelta dei collaboratori, i quali continuano a mantenere un livello assistenziale e di ricerca scientifica di alto profilo (attualmente il Reparto è diretto dal Dott. David Antonucci, che gli successe nel 1996 al momento del pensionamento). Pier Filippo Fazzini fu tra i primi iscritti dell'ANMCO, fino dal 1963, e nell'Associazione ha ricoperto ripetutamente incarichi direttivi fino alla Presidenza nel biennio 1992 - 1994. Considerava l'ANMCO un fenomeno associativo di straordinaria importanza e si batteva continuamente perché l'Associazione mantenesse, insieme alla caratterizzazione culturale che ne ha fatto una delle strutture di ricerca più importanti ed efficienti a livello mondiale, la sua anima primitiva di organismo sindacale. Pier Filippo Fazzini era infatti convinto che l'indipendenza della Cardiologia ospedaliera dovesse essere strenuamente presidiata e difesa. Considerando quanto sta accadendo oggi in molte regioni italiane dove la riorganizzazione degli Ospedali per intensità di cura mette a rischio l'indipendenza e

l'unitarietà della Cardiologia, la posizione di Pier Filippo Fazzini, all'epoca giudicata di retroguardia, assume al contrario una valenza profetica. Tra gli incarichi istituzionali, non si possono dimenticare gli anni di direzione del *Giornale Italiano di Cardiologia* (1988 - 1990) e di *"Cardiologia negli Ospedali"* (1977 - 2007), vissuti con l'abituale impegno e entusiasmo. Oggi, a pochi giorni dalla sua scomparsa, preferisco ricordare Pier Filippo Fazzini per come mi è parso nel corso della nostra lunga frequentazione che risale al 1978 e che da allora si è mantenuta con un rapporto stretto, appena allentato solo dopo il pensionamento. Il Professore (dai noi giovani assistenti di allora era così chiamato per antonomasia) aveva tutte le caratteristiche del leader: autorevolezza, competenza professionale, coraggio delle scelte, sincerità nei rapporti umani. L'idea, da lui più volte espressa, che efficacia ed efficienza richiedessero ordine e disciplina lo portarono a costruire nel Reparto una precisa scala di responsabilità, in cui ognuno, dal primo aiuto medico all'ultimo ausiliario, aveva una collocazione precisa. All'esterno questa organizzazione dava l'impressione di una gestione militaresca: in realtà non ricordo decisioni importanti che non siano state discusse e condivise anche con noi collaboratori. Il carattere dell'uomo, tutt'altro che "facile", era leggendario in tutto l'Ospedale dove il Professore aveva fama di essere poco conciliante, esigente, impaziente e autoritario: in effetti era così, nonostante i tentativi della dolce Emilietta, la moglie che ha diviso con lui sessanta anni di vita, di mitigarne le angolosità. Eppure, il Professore ha lasciato un segno indelebile in molti di coloro che hanno lavorato con lui. Personalmente fui arruolato nel corso di una cena a casa sua l'anno successivo a quello di laurea; dopo dieci minuti di conversazione mi chiese di andarlo a trovare in Reparto. Quando alcuni giorni dopo mi presentai timidamente alla porta della Divisione, trovai ad accogliermi il Professore in persona. Così entrai nel gruppo, che poi negli anni successivi si ampliò, sempre però mantenendo un'omogeneità di intendimenti e di comportamenti. Il Professore amava dire che l'Ospedale era la sua seconda casa e i suoi collaboratori la sua seconda famiglia. In realtà per tutti noi che lavoravamo in Divisione di Cardiologia il Reparto era la prima casa e

il clima di amicizia, collaborazione, fiducia reciproca costituì la base di legami (che ancora oggi si mantengono) in certi casi più forti di quelli familiari. L'esempio del Professore si tradusse in un imprinting comune che andò al di là dell'insegnamento professionale: l'interesse del paziente come priorità, l'impegno strenuo nell'assistenza coniugato con quello nella ricerca clinica, la condivisione delle strategie sono elementi che hanno sì caratterizzato la nostra successiva carriera professionale ma hanno sicuramente influenzato anche la nostra vicenda personale. Penso che il Professore sia stato fortunato ad andare in pensione all'alba della rivoluzione aziendale che ha radicalmente cambiato la vita dei nostri Ospedali. Era un uomo di altri tempi che male si sarebbe adattato alla mediazione e al compromesso. Anche la sua scelta di abbandonare completamente l'attività professionale, compresa quella privata, dopo il pensionamento deve essere letta come espressione del disagio di chi, abituato da sempre a vivere da protagonista la vita ospedaliera, si trovò all'improvviso in una posizione secondaria. Il distacco avvenne senza sofferenze né rimpianti. Raramente partecipava ai Congressi e solo all'inaugurazione per incontrare i vecchi amici, con molti dei quali continuava a mantenere affettuosi rapporti. Purtroppo, cinque anni fa una grave malattia ne limitò enormemente l'efficienza fisica e gli tolse la parola: il destino è stato crudele con un uomo che aveva costruito la sua vita proprio sull'efficienza e sulla comunicazione. Pochi giorni fa, la fine. A noi che lavorammo con lui resta il ricordo indelebile di un'esperienza professionale esaltante e l'eredità di una concezione antica della professione medica, da difendere e da tramandare a chi verrà dopo di noi.



Pier Filippo Fazzini nel suo studio a Careggi in una foto di diversi anni fa



Blitz 4 Qualità

ADERENZA ALLE LINEE GUIDA NELLA GESTIONE
DELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE



